

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 II

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. II. 246 с. ISBN 978-5-7249-2907-3

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 978-5-7249-2907-3

© Российская медицинская академия  
непрерывного профессионального  
образования, 2018

## Оглавление

1. Лапушко В.Ю., Омарова П.Н.  
ОСНОВНЫЕ ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ  
ОРТОПЕДИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ НА ДЕНТАЛЬНЫХ  
ИМПЛАНТАТАХ 18
2. Лапушко В.Ю.  
РОЛЬ БИОМЕХАНИЧЕСКОЙ ПЕРЕГРУЗКИ В  
ПЛАНИРОВАНИИ И ДИАГНОСТИКЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО  
ЛЕЧЕНИЯ НА ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТАХ 20
3. Ласачко В.А.  
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГИГАНТСКОЙ БАЗАЛИОМЫ 22
4. Лептеева Т.Н.  
ПРЯМАЯ БАКТЕРИЦИДНАЯ АКТИВНОСТЬ IgG У ЛИЦ С  
ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРОЦЕССАМИ В  
ОТНОШЕНИЕ *S. AUREUS* 24
5. Лисовский Д.А., Комиссарова С.В.,  
МУЛЬТИСПИРАЛЬНАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ  
БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ВЕНТРАЛЬНОЙ  
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ГРЫЖЕ: КРИТЕРИЙ ВЕЛИЧИНЫ  
ГРЫЖИ И ОПЕРАТИВНАЯ ТАКТИКА ХИРУРГА 26
6. Логунова Т.А.  
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ИЗМЕНЕНИЙ В  
КОРЕ МОЗГА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ 28
7. Лосева Т.В.  
ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ СТЕПЕНЬ АДАПТАЦИИ К  
ОРТОДОНТИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ У ДЕТЕЙ 12-15 ЛЕТ 30
8. Мартусевич А.К., Краснова С.Ю., Галка А.Г.  
ОЦЕНКА ВОЗМОЖНОСТЕЙ БЛИЖНЕПОЛЬНОГО СВЧ-

ЗОНДИРОВАНИЯ КОЖИ В ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ КОМБУСТИОЛОГИИ	33
9. Мартусевич А.К., Краснова С.Ю. ИССЛЕДОВАНИЕ НЕКОТОРЫХ БИОЛОГИЧЕСКИХ ЭФФЕКТОВ ГЕЛИЕВОЙ ХОЛОДНОЙ ПЛАЗМЫ IN VITRO	35
10. Марченко В.В. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РОБОТ-АССИСТИРОВАННОЙ, ОТКРЫТОЙ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ РЕЗЕКЦИИ ПОЧКИ	37
11. Матвеев А.Д. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГЕННОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С IV СТЕПЕНЬЮ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	39
12. Махмудов М.М. ДИНАМИКА ВЕГЕТАТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА НА ФОНЕ ДВУСТОРОННЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ СУБТАЛАМИЧЕСКОГО ЯДРА	41
13. Меркулова М.С. ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ И ДИФФУЗИОННО-ТЕНЗОРНАЯ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА	43
14. Микитяк Ю.М., Сальманова Г.З. ВЗАИМОСВЯЗЬ ПАТОЛОГИИ ПРИКУСА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С РАССТРОЙСТВОМ ДЫХАНИЯ ВО СНЕ	45
15. Мирварисова Л.Т., Мирворисова З.Ш. ПОДДЕРЖКА ПИЛОТНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ В ПРОЦЕССЕ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ	47
16. Мирварисова Л.Т., Файзиева Н.Н., Мирворисова З.Ш., ТЕСТИРОВАНИЕ ИНСТРУМЕНТА ВНЕШНЕЙ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	49

17. Миронова Е. А., Гилева К.С.  
НОВЫЙ МЕТОД УСТРАНЕНИЯ ВТОРИЧНЫХ  
ОГРАНИЧЕННЫХ ДЕФЕКТОВ БОКОВОЙ ПОВЕРХНОСТИ  
ЯЗЫКА И МЯГКИХ ТКАНЕЙ ДНА ПОЛОСТИ РТА ПРИ  
ПОМОЩИ FАММ – ЛОСКУТА И КСЕНОМЕМБРАНЫ  
PERMACOL 51
18. Мирошкин С.С.  
ПРИМЕНЕНИЯ ПРОЛОНГИРОВАННЫХ ФОРМ  
НАЛТРЕКСОНА В ЛЕЧЕНИИ АЛКОГОЛЬНОЙ  
ЗАВИСИМОСТИ 53
19. Моисеева Ю.П.  
ВЛИЯНИЕ ПОЛОВЫХ ГОРМОНОВ НА СЛИЗИСТУЮ  
ОБОЛОЧКУ ПОЛОСТИ НОСА У БОЛЬНЫХ С  
ПОЛИПОЗНЫМ РИНОСИНУСИТОМ 55
20. Моисеева Ю.П., Старунова Я.Г.  
ДЕРМОИДНАЯ КИСТА КОНЧИКА НОСА В ПОЖИЛОМ  
ВОЗРАСТЕ: ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ 57
21. Муратов А.А.  
СТРУКТУРА ИСТИННОЙ ОПУХОЛЕВОЙ ИНВАЗИИ  
ПЕРВИЧНЫХ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЁННЫХ  
НЕОРГАННЫХ ЗАБРЮШИННЫХ ОПУХОЛЕЙ С  
ВОВЛЕЧЕНИЕМ ПОЧКИ 59
22. Муратов И.И.  
РОЛЬ ВЫЕЗДНЫХ БРИГАД ПРИ ОКАЗАНИИ  
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКОЙ  
ПОМОЩИ СЕЛЬСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ 60
23. Наврузова Н.О., Саидова Ф.И.  
К ВОПРОСУ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ  
ШЕЙКИ МАТКИ 63

24. Назаренко Т.Н.  
КРАСОТА И ЭСТЕТИКА В СТОМАТОЛОГИИ 65
25. Нам Ю.А.  
МИОПИЯ И ВОЗРАСТНАЯ МАКУЛЯРНАЯ ДЕГЕНЕРАЦИЯ:  
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПАТОГЕНЕЗА 67
26. Нафедзов И.О.  
ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА НИЗКОЙ ПЕРЕДНЕЙ  
РЕЗЕКЦИИ 69
27. Никулин В.Э., Бордовский С.П., Польшина Н.И.  
АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ НАЗНАЧЕНИЙ  
НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ПО  
КРИТЕРИЯМ БИРСА ПАЦИЕНТАМ СТАРЧЕСКОГО  
ВОЗРАСТА И ИХ СВЯЗЬ С ПАДЕНИЯМИ 71
28. Нуртдинова Л.Р., Герасимова А.И., Андреев Н.А.  
БИОЭНЕРГОИНФОРМАЦИОННОЕ СОСТОЯНИЕ ВОДНОЙ  
СОСТАВЛЯЮЩЕЙ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА 73
29. Облогина И.С., Петросян А.В.  
ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ  
ПАЙРА 75
30. Облогина И.С., Суходольская Е.М.  
ЭТИОЛОГИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ БЕТА-ГЕМОЛИТИЧЕСКОГО  
СТРЕПТОКОККА ГРУППЫ А ПРИ ОСТРЫХ ИНФЕКЦИЯХ  
ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ  
ДЕТЕЙ 78
31. Оборкин В.Ю.  
СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО  
ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТА У ДЕТЕЙ 80
32. Оганесян А.А.  
ОЦЕНКА ПЕРФУЗИИ ЛЕГКИХ ПРИ КОМПЬЮТЕРНО-

ТОМОГРАФИЧЕСКОЙ АНГИОПУЛЬМОНОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ	81
33. Озерова О.С. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ ГЕМОСТАТИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА «ГЕМОБЛОК» ПРИ ТОЛСТОКИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ.	83
34. Омарова М.М. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РОТАЦИОННОЙ ПЛАСТИКИ	85
35. Орешкина А. А. ДИНАМИКА ЛАБОРАТОРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ МАРКЕРОВ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА РАЗЛИЧНЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ	87
36. Осипова Д.В. ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА CES1 НА АНТИАГРЕГАНТНЫЙ ЭФФЕКТ БЛОКАТОРА P2Y12 РЕЦЕПТОРОВ КЛОПИДОГРЕЛА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ	89
37. Османова Э.Р. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВАРИАНТОВ ГЕНОТИПОВ <i>VEGFA</i> СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С ВЛАЖНОЙ ФОРМОЙ ВОЗРАСТНОЙ МАКУЛЯРНОЙ ДЕГЕНЕРАЦИИ	91
38. Пантелеймонова П.М. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ОМАЛИЗУМАБ В ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ КРАПИВНИЦЫ. ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ И ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ	93

39. Парусов А.И.  
ПРИМЕНЕНИЕ НЕСЕЛЕКТИВНЫХ  $\beta$ -АДРЕНОБЛОКАТОРОВ  
ПРИ СИНДРОМЕ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ  
ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ 95
40. Плотникова Ю.В.  
РАННИЕ ПРЕДИКТОРЫ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ  
КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ АТАКЕ  
ЯЗВЕННОГО КОЛИТА 97
41. Полухин Н.В.  
ИЗУЧЕНИЕ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ПРИМЕНЕНИЯ  
СОВРЕМЕННЫХ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ НА  
РЫНКЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ 99
42. Польшина Н.И., Бордовский С.П., Никулин В.Э.  
СРАВНЕНИЕ ЧАСТОТЫ НАЗНАЧЕНИЯ ПОТЕНЦИАЛЬНО НЕ  
РЕКОМЕНДОВАННЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ  
ПАЦИЕНТАМ С ПАДЕНИЯМИ ПО КРИТЕРИЯМ БИРСА И  
КРИТЕРИЯМ STOPP/START 101
43. Поляков А.В., Салямова Э.И.  
ТРАНСПАЛЬПЕБРАЛЬНЫЙ ДОСТУП В ХИРУРГИИ  
ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА 103
44. Полякова О.А.  
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ МИЕЛОМЫ БЕНС-ДЖОНСА ПОД  
МАСКОЙ ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЗА 105
45. Пономарев Д.Е., Пушкарев А.В., Герасимова А.И.,  
Андреев Н.А.  
РАЗРАБОТКА ПРОТОТИПА КРИОХИРУРГИЧЕСКОГО  
АППАРАТА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ 107
46. Попова А.С.  
АНЕСТЕЗИЯ РОПИВАКАИНОМ ПРИ

ФАКОЭМУЛЬСИФИКАЦИИ КАТАРАКТЫ	109
47. Попов А.С. ХАРАКТЕР ИЗМЕНЕНИЯ МУКОЦИЛИАРНОГО КЛИРЕНСА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПРИ ПАТОЛОГИИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ	111
48. Прилуцкая С.Г. ВЛИЯНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ	113
49. Пушкарев А.В., Пономарев Д.Е., Нуртдинова Л.Р. ИССЛЕДОВАНИЕ ТЕПЛОФИЗИЧЕСКИХ СВОЙСТВ БИОТКАНЕЙ С ЦЕЛЬЮ ПРИМЕНЕНИЯ В МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЯХ	115
50. Пчеленок Е.В., Бубнова К.Н. ОЦЕНКА ДИНАМИКИ РОСТА РЕЗИДУАЛЬНОЙ ХОЛЕСТЕАТОМЫ ПРИ ОБЛИТЕРАЦИИ ПАРАТИМПАНАЛЬНЫХ ПРОСТРАНСТВ ПО ДАННЫМ МРТ В РЕЖИМЕ non-EPI DWI	117
51. Ражапова Г.Ф. ПРИМЕНЕНИЕ СУППОЗИТОРИЕВ ЛОНГИДАЗА® В РЕАБИЛИТАЦИИ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН С ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНЫМ БЕСПЛОДИЕМ	119
52. Розочкин И.Н. ВЛИЯНИЕ ГЕНДЕРНОГО ФАКТОРА НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ МИРТАЗАПИНА У ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ	121
53. Романова М. Ю. ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕСТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ТРАУМЕЛЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ	123

54. Рублевская А.С.  
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТРИГГЕРНЫХ ФАКТОРОВ РАЗВИТИЯ  
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БЕРЕМЕННЫХ 125
55. Сабанов В.И., Кертанов С.Р., Хестанова М.С.  
ВЛИЯНИЕ СУХОГО ПОРОШКА ТОПИНАМБУРА НА  
УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ В КРОВИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ  
ЖИВОТНЫХ 127
56. Сабанов В.И., Дарчиева З.В.  
СТРУКТУРА И АНАЛИЗ КОМОРБИДНОСТИ  
ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ 129
57. Сабиров Ж.Ф.  
ДВИГАТЕЛЬНЫЙ ДЕФИЦИТ У БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ  
СКЛЕРОЗОМ 131
58. Сайфутдинова К.Р.  
ОБОСНОВАНИЕ ВНУТРИБРЮШНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ ПРИ  
ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ  
РТ4 132
59. Салямova Э.И., Поляков А.В.  
СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПТЕРИОНАЛЬНОГО И  
СУПРАОРБИТАЛЬНОГО ДОСТУПОВ К ВНЕМОЗГОВЫМ  
ОБЪЕМНЫМ ОБРАЗОВАНИЯМ ПЕРЕДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ  
ЯМКИ 134
60. Санакоева В.А.  
ОСОБЕННОСТИ СОСУДИСТОЙ РЕАКТИВНОСТИ И  
ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПРИ  
ИМПЛАНТАЦИИ ОДНОКАМЕРНОГО  
ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРА 137
61. Санникова Е.С.  
СТРУКТУРА НАРУШЕНИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЛА 46, ХУ И

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ	139
62. Сапаев Д.Ш. ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ПОСЛЕ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ПЕЧЕНИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КЛАССИФИКАЦИИ CLAVIEN–DINDO	141
63. Седых С.Д. ВОЗМОЖНОСТЬ ВЫПОЛНЕНИЯ ОРГАНосохраняющих ОПЕРАЦИЙ ПРИ ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНОМ РАКЕ	144
64. Сиволенко Е. Е., Селина Д. Б. ОСОБЕННОСТИ ВСПЫШЕК ГЕПАТИТА А в США 2015-2017 ГГ	145
65. Сидорова М.А. ИЗМЕНЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ДЫХАТЕЛЬНОЙ МУСКУЛАТУРЫ ПРИ ИЗОМЕТРИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ	148
66. Симакова М.А., Филатов А.Е. САМОКОНТРОЛЬ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА: ОЦЕНКА КОМПЛАЕНТНОСТИ	149
67. Сипатина Е.В. НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА	151
68. Скворцов С.Н., Терина Н.А. ГЛОБАЛЬНАЯ ПРОДОЛЬНАЯ ДЕФОРМАЦИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ STEM1	153
69. Смирнова А.Ш. СОДЕРЖАНИЕ СЕКРЕТОРНОГО ИММУНОГЛОБУЛИНА А В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПРИ СЕПТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ	155
70. Смирнова А.Ш.	

УРОВЕНЬ СЕКРЕТОРНОГО ИММУНОГЛОБУЛИНА А В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПРИ РАЗНЫХ ИСХОДАХ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ОЧАГАХ ИНФЕКЦИИ У СЕПТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ	157
71. Советов И.В., Кузовкова А.А. ОЦЕНКА ИЗМЕНЕНИЙ МОЗГОВОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ НАЛИЧИИ АНЕВРИЗМ ПЕРЕДНИХ ОТДЕЛОВ ВИЛЛИЗИЕВА КРУГА С ПОМОЩЬЮ МЕТОДА ПЕРФУЗИОННОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ	159
72. Сошина М.М. ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ В ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ	161
73. Султанова С.Г. ДИНАМИКА ПОСТУРАЛЬНОЙ НЕУСТОЙЧИВОСТИ И НАРУШЕНИЙ ХОДЬБЫ НА ФОНЕ ДВУСТОРОННЕЙ ГЛУБОКОЙ СТИМУЛЯЦИИ СУБТАЛАМИЧЕСКОГО ЯДРА ГОЛОВНОГО МОЗГА У БОЛЬНЫХ С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА	163
74. Тажиева З.Б. ФАКТОРЫ РИСКА, РАННИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ДИЗМЕТАБОЛИЧЕСКИХ НЕФРОПАТИЙ У ДЕТЕЙ	165
75. Таланова О.И. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ SMAS-ЛОСКУТА У ПАЦИЕНТОВ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ СИНДРОМА ФРЕЙ	167
76. Таппахов А. А. ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОЛИМОРФИЗМА <i>RS7966550</i> ГЕНА <i>LRRK2</i> С	

БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА У НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)	169
77. Тарилова Е.А. АКТУАЛЬНОСТЬ МЕТОДОВ ФИЗИОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ МУЖСКОГО БЕСПЛОДИЯ	171
78. Тищенко А.С., Резяпова М.И. ДЕЛИРИЙ В ПРАКТИКЕ АНЕСТЕЗИОЛОГА- РЕАНИМАТОЛОГА	173
79. Тобоева М.Х. ИССЛЕДОВАНИЕ ГЕНА APC ПРИ ОСЛАБЛЕННОЙ ФОРМЕ СЕМЕЙНОГО АДЕНОМАТОЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ	175
80. Трухин Д.В. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА	177
81. Туктагулов Н.В. БЕЗОПАСНОСТЬ ВЫПОЛНЕНИЯ ДЗ ЛИМФОДИССЕКЦИИ ПРИ РАКЕ ПРАВОЙ ПОЛОВИНЫ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ	179
82. Тумгоева Л.Б. ЛИСТЕРИОЗНЫЙ МЕНИНГИТ У ПАЦИЕНТКИ В СРОКЕ БЕРЕМЕННОСТИ 33-34 НЕДЕЛИ. МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОЕ РЕШЕНИЕ	181
83. Тумгоева Л.Б. НАБЛЮДЕНИЕ ЗРЕЛОЙ ТЕРАТОМЫ С НЕОБЫЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ТЕЧЕНИЕМ И ЭХОГРАФИЧЕСКИМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ У МОЛОДОЙ ЖЕНЩИНЫ	183
84. Тян А.А. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ СТЕНОЗА ПОЗВОНОЧНОГО КАНАЛА В СОЧЕТАНИИ С НЕСТАБИЛЬНОСТЬЮ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО	

ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА	185
85. Файзиева Н.Н., Мирварисова Л.Т. АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ В НЕПРЕРЫВНОМ МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ	187
86. Фёдоров Е. В. ОПТИМИЗАЦИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ЗАКРЫТИЯ КИШЕЧНЫХ СТОМ	189
87. Филичкин К.А. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА	191
88. Хайрутдинова Г.Р., Бухминов Ю.Ю. ВЕДУЩИЙ ФАКТОР ВОЗНИКНОВЕНИЯ ДИСФУНКЦИИ ВНЧС	193
89. Хараева Е.А. НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В ГИНЕКОЛОГИИ, ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ТАКТИКА НЕОТЛОЖНОЙ ТЕРАПИИ	195
90. Хасанова А.Р. ВЛИЯНИЕ ФОТОТЕРАПИИ НА НЕКОТОРЫЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ	197
91. Хохелько В. А., Наджафова С. Г. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ В ГЕРИАТРИИ: ПРОЕКТ «САНАТОРИЙ НА ДОМУ»	199
92. Цыганова А. А. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОЯВЛЕНИЙ БУЛЬБАРНОГО И ПСЕВДОБУЛЬБАРНОГО СИНДРОМОВ	201
93. Черницкая Д.Б. Волкова В.И., Рыбаков А.А.	

АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ МЕТОД ВЫЯВЛЕНИЯ НАСЛЕДСТВЕННОЙ НЕЙРОПАТИИ ШАРКО-МАРИ-ТУТА ПРИ ПРОГРЕССИРУЮЩЕМ ТЕЧЕНИИ	203
94. Черницкая Д.Б. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ГЕСТАЦИОННОМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ У ЖЕНЩИН С НОРМАЛЬНОЙ И ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА	205
95. Чехонацкий В.А. НЕЙРОСТИМУЛЯЦИЯ СПИННОГО МОЗГА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ МНОГОУРОВНЕВОГО ПОРАЖЕНИЯ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА	207
96. Чехонацкий И.А., Морозов А.Д. ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С БИЛАТЕРАЛЬНЫМ СИНХРОННЫМ УРОТЕЛИАЛЬНЫМ РАКОМ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ	209
97. Чипизубов В.А. ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЕ КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ БЫСТРО ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ И АССОЦИИРОВАННОЙ С ДИСКИНЕЗИЯМИ ФОРМАМИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА	211
98. Чу Сяоян СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ В КОРРЕКЦИИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА	213
99. Шадиев А.М. КОМБИНИРОВАННЫЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ ПРИ ЯЗВЕННОМ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ	215
100. Шалыгин В.А. ПАДЕНИЕ ПАЦИЕНТА СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ	

	КАК РЕЗУЛЬТАТ НЕБЛАГОПРИЯТНОЙ ПОБОЧНОЙ РЕАКЦИИ ОТ ФАРМАКОТЕРАПИИ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ	217
101. Шевченко Н.Г.	СКОРОСТЬ ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С	220
102. Шукуров Ш.Ф.	ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕЦЕПТОРОВ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ, ОБУСЛОВЛЕННЫМ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ СТРУКТУРНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ЯИЧНИКОВ	222
103. Юдин Д.В.	СТРУКТУРА НАРУШЕНИЙ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ПАЦИЕНТОВ ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНЬ	224
104. Юлдашева Н.З.	РОЛЬ РЕПРОДУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ БЕСПЛОДИЯ ОБУСЛОВЛЕННЫЙ СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ	226
105. Ягафарова А.М.	ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКИ-ОРТОДОНТИЧЕСКОГО БЫСТРОГО РАСШИРЕНИЯ НЕБНОГО ШВА ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ ПЕРЕКРЕСТНОГО ПРИКУСА	228
106. Ягубян К.А., Айсанова М.Р.,	ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ В СТРУКТУРЕ ПРИЧИН НЕОТЛОЖНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ (ПО ДАННЫМ КРУПНОЙ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ ДЕТСКОЙ БОЛЬНИЦЫ)	230

107. Ягубян К.А., Айсанова М.Р.  
ПОЗДНЯЯ ГЕМОМРАГИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ  
НОВОРОЖДЕННОГО: ПРИЧИНЫ, КЛИНИЧЕСКИЕ  
ПРОЯВЛЕНИЯ И ТИПИЧНЫЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРИЗНАКИ 232
108. Ядидеева И.А., Кизимова К.А.,  
СИНДРОМ ЖЕЛТУХИ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ:  
АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ 234
109. Яковлева-Малых М.О.  
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ  
ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У ПАЦИЕНТОВ С  
СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ 236
110. Яковлева О.В.  
КЛИНИЧЕСКАЯ ГЕТЕРОГЕННОСТЬ ПОВЫШЕННОЙ  
ДНЕВНОЙ СОНЛИВОСТИ ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА 238
111. Яковлев-Малых Н.Н.  
НОВЫЕ МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ В  
ДИАГНОСТИКЕ ОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ  
ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА 240
112. Якупов М.А., Шакирзянова С.Р.  
НАРУШЕНИЯ ДВИЖЕНИЙ ГЛАЗ ПРИ РАССЕЯННОМ  
СКЛЕРОЗЕ 242
113. Olimov B.P.  
THE VALUE OF MAGNETIC RESONANCE IMAGING IN THE  
DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF OVARION LESIONS 244

## ОСНОВНЫЕ ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ОРТОПЕДИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ НА ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТАХ

Лапушко В.Ю., ординатор кафедры ортопедической и общей стоматологии

Омарова П.Н., студентка 5-ого курса МГМСУ

Руководитель: Сорокин Д.В., д.м.н., проф.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Постоянное совершенствование конструкций дентальных имплантатов, хирургических и ортопедических методик и инструментария не исключает возможности ошибок, приводящих к осложнениям (Малый А.Ю., 2002; Иванов А.С., 2011).

**Цель работы:** изучить литературные данные об основных ошибках и осложнениях протезирования на дентальных имплантатах.

**Материалы и методы.** С помощью баз данных (Scopus, Pubmed, eLibrary.ru) проведен поиск информации об ошибках и осложнениях протезирования на имплантатах.

**Результаты исследования.** Анализ литературных источников показал, что основными ошибками при протезировании, приводящими к осложнениям, являются: неправильное препарирование абатментов; несоблюдение параллельности осей опорных элементов; недостаточное количество опор; неправильное определение высоты нижнего отдела лица; плохая подгонка коронки к шейке имплантата; несоблюдение соотношения высоты коронки и длины имплантата; увеличение размера жевательной поверхности мостовидного протеза; неправильное сконструирование промежуточной части мостовидного протеза; между осью коронки и осью имплантата угол более чем  $17^\circ$ ; несоблюдение объема коронки с одной стороны по отношению к оси имплантата, что приводит к раскручиванию или перелому абатмента. Излишне плотные фиссурно-бугорковые контакты между протезом, фиксированным на имплантате, и зубами-антагонистами (риск травматической окклюзии). Неправильное планирование размеров

коронки и консоли, что приводит к односторонней перегрузке имплантата; жесткая одновременная фиксация протеза на «подвижных» зубах и имплантате (Абакаров С.И., Сорокин Д.В. 2015).

В литературных источниках выделяются две группы возможных осложнений, возникающих на ортопедическом этапе при протезировании на дентальных имплантатах.

1. Ранние осложнения возникают в первые месяцы эксплуатации протеза: неточная припасовка каркаса к абатменту; невыверенные окклюзионные взаимоотношения, которые могут привести к ослаблению винтовой фиксации. Данные ошибки приводят к перелому винтов, фиксирующих протез или абатментов; к перелому каркаса и сколам керамики.

2. Поздние осложнения могут возникать в процессе длительного пользования зубными протезами и обусловлены недостатками планирования биомеханической схемы установки имплантатов и нерациональным изготовлением зубных протезов, опирающихся на них. В процессе динамического наблюдения определяют осложнения в виде различных воспалительных процессов в зоне контакта костной ткани, имплантатов и зубного протеза, что приводит к несостоятельности имплантата. (Мингазов Г.Г., 2015; Копейкин В.Н., 2004; Paolatonre M., 2000; Torelli S., Bercy P., 2001).

В результате ретроспективного анализа 3-летнего использования дентальных имплантатов при различных вариантах протезирования, процент утраты имплантатов составил 18%, повторно изготовленных ортопедических конструкций в связи утратой имплантатов – 13%.

Установлены и детализированы причины утраты имплантатов: не соблюдение этапа планирования ортопедического лечения (15.38%), неправильный выбор конструкции протеза (15.38%), ошибки на хирургическом (11.53%) и ортопедическом этапах (21.15%), недостаточная конструкционная прочность имплантатов (7,69%), несоблюдение правил диспансерного наблюдения (13.46%) (Шакеров Р.И., 2009).

**Заключение:** Таким образом, проведенный нами обзор литературы по данному вопросу выявил необходимость учитывать перечисленные факторы, связанные с осложнениями при протезировании на дентальных имплантатах. Это приведет к улучшению диагностики и к правильному планированию лечения с минимизированными осложнениями.

## РОЛЬ БИОМЕХАНИЧЕСКОЙ ПЕРЕГРУЗКИ В ПЛАНИРОВАНИИ И ДИАГНОСТИКЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НА ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТАХ

Лапушко В.Ю., ординатор кафедры ортопедической и общей стоматологии

Руководитель: Сорокин Д.В., д.м.н., проф.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Несмотря на широкое применение дентальных имплантатов, ряд вопросов, связанных с диагностикой и планированием стоматологического лечения, остаются актуальными. По мнению ряда авторов, следует учитывать биомеханическую нагрузку на имплантат, супраструктуру, и прилегающие мягкие и костные ткани при протезировании на дентальных имплантатах.

**Цель работы:** изучить литературные данные о биомеханической перегрузке комплекса «протез-имплантат-кость» при ортопедическом лечении на дентальных имплантатах.

**Материалы и методы.** С помощью баз данных (Scopus, Pubmed, eLibrary.ru) проведен поиск информации о биомеханической перегрузке при ортопедическом лечении на дентальных имплантатах.

**Результаты исследования.** Ошибки при выявлении потенциальных факторов риска, влияющие на сохранность имплантата, являются наиболее распространенной причиной его поломки. Такие факторы риска как: бруксизм, нарушение жевательной нагрузки, положения имплантата в кости значительно увеличивают число осложнений (Almog M., 2011).

Биомеханическая перегрузка, особенно действующая под углом, а также за пределами окклюзионной поверхности имплантата или горизонтально, приводит к потере имплантата (Абакаров С.И., 2012).

Важное значение имеет величина жевательной нагрузки и ее распределение по супраструктуре. Часто не учитываются опрокидывающие силы, которые возникают при нагрузках на консольные части зубных протезов в боковых отделах при замещении группы моляров (Jividen G., 2000).

Опрокидывающие силы возникают также, при выраженных бугорках зубов протеза, особенно при трансверзальных движениях нижней челюсти, поэтому следует предусмотреть создание окклюзии с максимально сбалансированными контактами (Загорский В.А., 2011).

Консоли являются умножителями силы и представляют значительный фактор риска, который приводит к ослаблению фиксирующих винтов, потере альвеолярной кости, переломам имплантата и любым другим осложнениям (Bidez M.W., Misch C.E., 1990).

Важную роль играет выбор количества имплантатов и абатментов при планировании лечения, чтобы избежать жевательную перегрузку на них. Сила, распределенная на несколько объединенных опор, приводит к менее локализованному стрессу в области кости, чем распределенная на не включенные в блок абатменты (Bidez M.W., Misch C.E., 1990).

На распределение жевательного давления влияет направление и расположение имплантатов в кости, особенно при протезировании пациентов с полной адентией. Если имплантаты расположены по одной линии и в области моляров, то трансверзальные размалывающие движения нижней челюсти будут стремиться к опрокидыванию протеза. Боковые движения в верхушечной части имплантата более опасны, чем вертикальное осевое давление (Абакаров С.И., Сорокин Д.В., 2015).

Биомеханическая перегрузка влияет на раннюю потерю альвеолярной кости, которая в первый год после установки имплантата варьирует от

потери нескольких миллиметров кости до полной несостоятельности имплантатов (Tonetti M.S., Schmid J, 1994).

**Заключение.** Таким образом, проведенный нами обзор литературы по данному вопросу показал, что биомеханическая перегрузка является одной из основных ошибок при диагностике и планировании ортопедического лечения на дентальных имплантатах, которая приводит к несостоятельности имплантата.

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГИГАНТСКОЙ БАЗАЛИОМЫ

Ласачко В.А., ординатор кафедры дерматовенерологии и косметологии

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

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Базально-клеточный рак (БКР) является наиболее распространенным злокачественным заболеванием кожи. Опухоль развивается из клеток базального слоя эпидермиса и характеризуется местнодеструктирующим ростом и редким метастазированием.

Описаны гигантские базалиомы размер которых может превышать 20 см в диаметре; их доля в общей структуре базалиом составляет 0,3- 1,5%. Гигантские базалиомы, как правило, являются результатом многолетнего (10-30) течения опухолевого процесса; морфологически характеризуются выраженной степенью клеточной атипии и «агрессивным» типом строения.

Приводим наше клиническое наблюдение: Пациент М., 69 лет, поступил в отделение гнойной хирургии госпиталя 21.12.17 г. с жалобами на наличие изъязвления на волосистой части головы и лобной области с гнойным отделяемым. Из анамнеза установлено, что болеет с 1994 года (22 года), когда впервые появились розовые пятна в области лба слева, через год они изъязвились, образовались глубокие язвы, покрытые некротическим струпом. За медицинской помощью не обращался, лечился самостоятельно.

При поступлении в стационар состояние больного удовлетворительное. Дерматологический статус: на волосистой части головы и лобной области имелась обширная глубокая язвенная поверхность с гнойным отделяемым, в диаметре более 30 см. Аналогичный дефект кожи имелся в левой височной области в виде язвы диаметром около 5 см с подрытыми краями, на дне раны некротические ткани. Раны болезненные, при дотрагивании легко кровоточили. В центре крупного дефекта кожи была видна деструкция костной ткани и пульсация твердой мозговой оболочки. Больному было проведено комплексное обследование на наличие метастазов.

При МРТ-исследовании выявлено: в апикальном отделе лобно-теменной области правого полушария определяется нечетко отграниченный патологический узел, ориентировочным объемом до 2-3 см<sup>3</sup>, неоднородной структуры. После введения контрастного вещества (Омнискан 0,5 ммоль/мл – 20 мл.) отмечается интенсивное контрастирование ткани узла по периферии. Определяется выраженный перифокальный отек. Срединные структуры мозга смещены влево до 0,4 см. Отмечается умеренная деформация правого бокового желудочка. Борозды мозга на стороне поражения сглажены. Желудочки мозга и базальные цистерны расширены.

Остеосцинтиграфия: внутривенно введено 370 МБк (10 мКи) Tc-99m-Пирфотех. Эффективная доза облучения 2,11 мЗв. Очаги гиперфиксации радиофармпрепарата определяются в костях черепа справа, в ребрах по передней и задней поверхности, в грудном и поясничном отделах позвоночника, а также в проксимальном отделе правой бедренной кости (35 - 41 % и 75%). На снимках черепа в лобно-теменной области определяется деструкция костей свода на участке примерно 7x8 см.

На рентгенограмме правого бедра в проксимальном метадиафизе определяется очаг костной деструкции видимыми поперечными размерами до 4,7 x 4,0 x 2,8 см., без четких наружных границ. На рентгенограмме грудной клетки определяется костная деструкция IV, V, VII, VIII ребер

справа, VII, VIII, X ребер слева. Патологические переломы VII и VIII ребер слева.

В гистологическом препарате кусочки кожи и гнойно-грануляционной ткани с разрастаниями инфильтрирующей формы БКР с мелкими фокусами плоскоклеточного рака (метатипический рак). В дерме видны очаги различных размеров из недифференцированных эпителиальных клеток.

Таким образом, без лечения базалиома в течение 22 лет увеличилась до гигантских размеров (более 30 см) и осложнилась деструкцией костей черепа и метастазами в кости черепа, ребер, правого бедра, грудной и поясничный отделы позвоночника.

## ПРЯМАЯ БАКТЕРИЦИДНАЯ АКТИВНОСТЬ IgG У ЛИЦ С ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРОЦЕССАМИ В ОТНОШЕНИЕ *S. AUREUS*

Лептеева Т.Н., студентка 6 курса лечебного факультета

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

УО «Витебский государственный медицинский университет», г. Витебск

**Цель исследования:** оценить бактерицидную активность поликлональных IgG лиц с гнойно-воспалительными процессами и здоровых доноров в отношении золотистого стафилококка без участия комплемента и иммунных клеток.

**Материалы и методы.** Определение способности антител разрушать бактериальные клетки *S. aureus* производили посредством разработанного нами метода. Нами исследованы препараты IgG выделенные из сывороток крови у пациентов с гнойно-воспалительными процессами в сравнении с препаратами IgG доноров. Все пациенты были разделены на 3 группы: пациенты с хроническими гнойно-воспалительными процессами (трофические язвы нижних конечностей, рецидивирующий фурункулез); лица с распространенными острыми гнойно-воспалительными процессами

(флегмоны мягких тканей различной локализации); с локальными острыми гнойно-воспалительными процессами (фурункулы, абсцессы мягких тканей, панариции). Выделение иммуноглобулинов проводилось риванол-сульфатным методом с использованием аффинной хроматографии на протеине А стафилококка.

На среде Мюллера-Хинтона выращивали музейный штамм *S. aureus*, затем отмывали 0,9% раствором NaCl с 0,0025М фосфатным буфером pH 7,4 с последующим переосаждением центрифугированием.

В пробирки типа «эппендорф» вносили по 0,08 мл раствора иммуноглобулинов в концентрации 1 мг/мл и взвеси *S. aureus* с оптической плотностью 3 единицы Мак-Фарланда. В качестве отрицательного контроля использовали 0,9% раствор NaCl. Все пробы дублировались.

Учет результатов реакции производили после 6 часовой инкубации при 37°С. Для этого в камере Горяева производили оценку количества погибших и жизнеспособных бактерий с помощью конфокальной микроскопии после добавления к реакционной смеси пропидия йодида до концентрации 20 мкг/мл. Бактерицидную активность препарата IgG выражали как разность процента погибших бактерий по отношению к общему их количеству в опытных и контрольных пробах.

Для сравнения достоверности отличия данных в различных группах использовали критерий Манна-Уитни.

**Результаты.** При исследовании бактерицидной активности поликлональных препаратов IgG оказалось, что она была достоверно ( $p < 0,05$ ) ниже у доноров (медиана – 0%; 25–75 перцентили – 0 - 0;  $n=16$ ), чем у всей совокупности пациентов с гнойно-воспалительными процессами (0,6 %; 0 – 3,9;  $n=45$ ). Также уровень бактерицидной активности IgG был достоверно выше в группах пациентов с хроническими гнойно-воспалительными процессами (медиана – 0%; 25–75 перцентили – 0 – 0,48;  $n=13$ ) и острыми распространенными гнойными процессами (медиана – 0,5%; 25–75 перцентили – 0 – 2,5;  $n=12$ ) в сравнении с донорами. При сравнении

результатов в опытных группах между собой достоверных отличий не выявлено.

**Выводы.** Показано, что IgG пациентов с гнойно-воспалительными процессами и доноров могут обладать собственной бактерицидной активностью в отношении золотистого стафилококка без участия системы комплемента и иммунных клеток. У лиц с гнойно-воспалительными процессами эта активность достоверно выше, чем у доноров, что может указывать на ее формирование в процессе иммунного ответа при бактериальной инфекции.

Полученные данные свидетельствуют о наличии механизмов антибактериальной активности IgG не связанных с участием системы комплемента и иммунных клеток.

## МУЛЬТИСПИРАЛЬНАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ВЕНТРАЛЬНОЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ГРЫЖЕ: КРИТЕРИЙ ВЕЛИЧИНЫ ГРЫЖИ И ОПЕРАТИВНАЯ ТАКТИКА ХИРУРГА

Лисовский Д.А., клинический ординатор кафедры неотложной и общей хирургии, Комиссарова С.В., врач-рентгенолог

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

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва,

Клинический госпиталь ФКУЗ «МСЧ МВД России по г. Москве», г. Москва

**Актуальность.** Величина послеоперационной вентральной грыжи (ПОВГ) является одним из главных параметров, определяющим тактику хирурга по выбору объема и метода пластики брюшной стенки. Что принимать за величину грыжи – предмет продолжающейся дискуссии. В отечественных классификациях этот критерий обозначается диаметром грыжевого выпячивания. Европейская ассоциация герниологов рекомендует величину грыжи отображать показателем ширины грыжевых ворот. В своей

практической деятельности хирург эти параметры, как правило, трактует клинически, субъективно и приблизительно. С 2000 г. мы применяем, разработанный на нашей кафедре (А.С. Ермолов с соавт.) метод объективной оценки параметров послеоперационной грыжи живота – рентгенкомпьютерную герниоабдоинометрию (РКГАМ). Новые возможности для изучения критерия величины грыжи открываются с внедрением в практику мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ). Публикации на эту тему единичны.

**Целью исследования** явилась выработка критерия величины грыжи по данным МСКТ и оценка этого показателя в планировании объема пластики брюшной стенки.

**Материалы и методы.** С 2000 г. по настоящее время РКГАМ выполнена у 327 пациентов. Большинство исследований проводилось на аппарате SOMATOM EMOTION DUO фирмы SIEMENS с толщиной среза 10мм, а с 2017 г. у 33 больных они выполнены на мультиспиральном КТ SOMATOM PERSPEKTIVE (64 среза). Компьютерные срезы живота выполнялись в позициях исходного положения и напряжения брюшной стенки. Величину грыжи оценивали по двум показателям: относительного объема грыжи и ширины грыжевых ворот. Показатель относительного объема грыжи высчитывали в процентах отношения объема грыжевого выпячивания к объему брюшной полости. Объемные характеристики высчитывались математической программой компьютерного томографа. Строили 3D- модель. Полученные данные сопоставлялись с результатами операционного мониторинга и выбранного объема пластики брюшной стенки (реконструкции или коррекции) и классифицировались. Пластика брюшной стенки выполнялась преимущественно с использованием синтетической сетки.

**Результаты.** Объемы брюшной полости колебались от 1080,00 см<sup>3</sup> до 11144,0 см<sup>3</sup>, грыжи – от 6,0 см<sup>3</sup> до 6388,0 см<sup>3</sup>. Грыжевые ворота и грыжевые выпячивания были как единичными, так и множественными. Ширина

грыжевых ворот колебалась от 1 см до 18 см. В зависимости от выполненного объема пластики брюшной стенки величина грыжи по показателю относительного её объема классифицирована следующим образом: малая грыжа – до 5,0%; средняя – от 5,1% до 14,0%; большая - от 14,1% до 18,0%; гигантская – свыше 18,0%. По ширине грыжевых ворот: малая – до 5см; средняя – от 5,1см до 10,0см; большая - от 10,1 см до 15,0см; гигантская – свыше 15см. Выполнены объемы пластики брюшной стенки: при относительном объеме грыжи от 1,0% до 14,0% - реконструкция (71,8%); от 14,1% до 18,0% - реконструкция (11,7%) и коррекция (3,9%); свыше 18,0% - только коррекция (12,6%). Не отмечено корреляции с показателем ширины грыжевых ворот у больных с невправимыми грыжами.

**Заключение.** Показатель величины ПОВГ определяет тактику хирурга по выбору объема пластики брюшной стенки. Два критерия характеризуют этот показатель: относительный объем грыжи и ширина грыжевых ворот. Ни один из них в отдельности не является определяющим моментом.

## ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ИЗМЕНЕНИЙ В КОРЕ МОЗГА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ

Логунова Т.А., аспирант кафедры рентгенологии и радиологии

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

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

**Цель работы:** изучить особенности МРТ картины при повреждении коры головного мозга у пациентов с ишемическим инсультом.

**Актуальность.** Одним из вариантов необратимых изменений коры головного мозга является корковый ламинарный некроз (КЛН) – участок избирательной гибели нейронов III-IV слоев коры и реактивного ангиогенеза и астроглиоза, ассоциированный с развитием ламинарного склероза Мореля. В мировой и отечественной литературе на данный момент встречаются лишь

отдельные исследования с немногочисленными выборками пациентов, посвященные КЛН. При ишемическом инсульте КЛН встречается относительно редко и при МРТ обнаруживается чаще на фоне хронических изменений. Определение МРТ-семиотики КЛН при ишемическом повреждении остается малоизученным.

**Материалы и методы.** Анализ МРТ-исследований пациентов с направительным диагнозом «ишемический инсульт» с выявленным повреждением коры головного мозга, проведенных в острый период заболевания. Сопоставление полученных данных с результатами, описанными в мировой литературе. Основными методиками МРТ, которые обнаруживают КЛН, являются FLAIR и T1-взвешенные импульсные последовательности. Кортикальные изменения также могут определяться в виде зоны ограниченной диффузии в коре вследствие развития цитотоксического отека при ишемии. Появление КЛН на T1-взвешенных изображениях отмечается на 2 неделе от начала заболевания и может сохраняться в течение 1,5-2 лет. По данным зарубежных авторов, явление КЛН не сопровождается микрокровоизлияниями.

**Результаты.** В ходе работы были выявлены 29 пациентов (19 мужчин, 10 женщин, медиана возраста 71,6 года) с направительным диагнозом «ишемический инсульт» и изолированными изменениями в коре головного мозга при МРТ. Всего было выявлено 33 очага линейной формы в коре головного мозга, подозрительные на КЛН. В ходе настоящего исследования можно выделить следующие группы изменений коры головного мозга при ишемическом инсульте: 1) КЛН – гиперинтенсивные участки на FLAIR и T1-взвешенных изображениях без признаков геморрагий на T2\*-взвешенных изображениях; 2) геморрагическое пропитывание в коре гипоинтенсивное на T2\*-взвешенных изображениях, гиперинтенсивное на T1-взвешенных изображениях за счет скопления метгемоглобина, с резким снижением МРТ сигнала на ДВИ и снижением значений ИКД; 3) ламинарные инфаркты коры – линейные участки ишемических повреждений, в острый период инсульта

гиперинтенсивные на ДВИ со снижением значений ИКД, гиперинтенсивные на FLAIR начиная с 1 суток от начала заболевания, с гиральным типом накопления МРТ контрастного препарата начиная с первой недели от начала заболевания; 4) кистозно-глиозная трансформация с утратой вещества мозга в хронический период ишемического повреждения с относительным повышением интенсивности сигнала в коре на FLAIR и T1-взвешенных изображениях на фоне утраты прилежащего белого вещества.

**Выводы.** МРТ является методом лучевой диагностики, позволяющим дифференцировать КЛН, геморрагическую трансформацию и корковые инфаркты у пациентов со сходной клинической картиной при ишемическом инсульте.

## ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ СТЕПЕНЬ АДАПТАЦИИ К ОРТОДОНТИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ У ДЕТЕЙ 12-15 ЛЕТ

Лосева Т.В., аспирант кафедры терапевтической, детской стоматологии и  
ортодонтии

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

КГМА – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО, г. Казань

Научный консультант: Голенков А.В., д.м.н., проф.

ФГБОУ ВО «ЧГУ им. И.Н. Ульянова», г. Чебоксары

Успешность ортодонтического лечения зубочелюстной аномалии среди детей возраста 12-15 лет зависит не только от тактики ведения пациента и квалификации врача, но и от способности ребенка соблюдать режим использования ортодонтического аппарата, а, следовательно, от способности адаптироваться к наличию аппарата в полости рта.

**Цель исследования:** определить факторы, влияющие на степень адаптации к ортодонтическому лечению у пациентов в возрасте от 12 до 15 лет при лечении дистальной окклюзии.

**Материалы и методы.** Проведено ортодонтическое лечение 66 пациентов с диагнозом дистальная окклюзия в возрасте от 12 до 15 лет. Диагностика проводилась на основе клинического, антропометрического и рентгенологического обследования, также были применены психодиагностические методики А.Е. Личко, Н.Я. Иванова и Э.Г. Эйдемиллера, В.В. Юстицкиса. Статистическая обработка полученного материала проведена с использованием метода  $\chi^2$ -распределения. В группы исследования были включены пациенты с дистальной окклюзией зубных рядов - Энгль II класс, 1 и 2 подкласс; Wits-числом до 6 (лечение проводилось без удаления отдельных зубов), углом ANB больше  $4^\circ$ , углом SNB менее  $77^\circ$ . Из исследования были исключены пациенты с мезиальным смещением первых верхних моляров, а также макро- или прогнатией верхней челюсти. Ортодонтическое лечение проводилось с применением функциональных аппаратов для выдвижения вперед и развития нижней челюсти: миобрейс, эластокорректор О.И. Арсениной, твин-блок, аппарат собственной конструкции (патент №176525). Весь контингент обследованных лиц был разделен на три группы сравнения в зависимости от степени адаптации к ортодонтическому лечению: низкой, средней, высокой, определенной по методике Е.П. Василенко, И.В. Токаревича. Проведена оценка влияния на адаптацию к ортодонтическому лечению следующих факторов: пол, возраст, тип лечебного аппарата, психологические особенности личности пациента и его семейного воспитания.

**Результаты исследования.** К концу первого месяца ортодонтического лечения выявлены достоверные различия степени адаптации к лечению у детей, использующих различные типы аппаратов ( $\chi^2 = 13,6$ ;  $df = 4$ ;  $p = 0,013$ ). У пациентов, использовавших эластокорректор О.И. Арсениной и аппарат предложенной нами конструкции, определена высокая степень адаптации, (29,14±1,05 и 27,26±1,34 баллов соответственно), а у пациентов, применяющих миобрейс и твин-блок - средняя степень (44,07±1,3 и 40,13±1,14 баллов соответственно).

Установлена достоверная взаимосвязь степени адаптации к ортодонтическому лечению с типом личности пациента-подростка ( $\chi^2 = 22,55$ ;  $df = 4$ ;  $p < 0,001$ ) и стереотипом семейного воспитания ( $\chi^2=17,5$ ;  $df=6$ ;  $p=0,025$ ). В группе пациентов с высокой степенью адаптации выявлено преобладание эпилептоидного типа личности (55,6%) и определены преимущественно гармоничный тип семейного воспитания и «гиперопека». В группе с низкой степенью - истероидного типа личности (60%), а также неустойчивый тип воспитания и «потворствующая гиперпротекция».

### **Выводы.**

1. Адаптация к ортодонтическому лечению у детей 12-15 лет зависит от стереотипа семейного воспитания, типа личности подростка и типа лечебного аппарата, пол и возраст не оказывают существенного влияния на процесс адаптации к лечению.

2. Применение аппарата собственной конструкции характеризуется высокой степенью адаптации пациентов к лечению уже к концу первого месяца после фиксации аппарата в полости рта.

# ОЦЕНКА ВОЗМОЖНОСТЕЙ БЛИЖНЕПОЛЬНОГО СВЧ- ЗОНДИРОВАНИЯ КОЖИ В ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ КОМБУСТИОЛОГИИ

Мартусевич А.К., в.н.с.; Краснова С.Ю., м.н.с.; Галка А.Г. м.н.с.; лаб.

медицинской биофизики

Руководитель: Клеменова И.А., д.м.н.

ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, г. Нижний Новгород

**Цель исследования:** изучение диагностических возможностей ближнепольного СВЧ-зондирования в исследовании глубинной структуры кожи крыс в норме и в области экспериментальной ожоговой раны.

**Материалы и методы.** Исследование было выполнено на 30 половозрелых крысах-самцах линии Вистар, разделенных на 2 равных по численности группы. Первая группа животных (n=15) была контрольной, с ее представителями не проводили никаких манипуляций, кроме однократного СВЧ-зондирования. Крысам основной группы (n=15) моделировали контактный термический ожог на площади 20% п.т. Ближнепольное СВЧ-зондирование тканей производили с использованием программно-аппаратного комплекса, созданного в Институте прикладной физики РАН (Нижний Новгород), позволяющего оценивать диэлектрическую проницаемость объектов. Диэлектрические характеристики кожи оценивали на глубинах от 2 до 5 мм с помощью серии зондов.

**Результаты.** Установлено, что диэлектрические свойства ожоговой раны существенно отличаются от интактной покровной ткани, причем эти сдвиги характеризуются нарастанием действительной части диэлектрической проводимости среды в обеих точках наблюдения. Так, сразу после нанесения термической травмы наибольшие изменения имеют место в ближайших подповерхностных слоях кожи (2-3 мм.), в которых рассматриваемый показатель многократно возрастает относительно интактных крыс (в 7,46 и 9,47 раза на глубинах зондирования 2 и 3 мм;  $p < 0,05$  для обоих случаев),

составляя около 24,0 и 25,8 усл.ед. соответственно. Это может быть обусловлено быстрым интенсивным локальным прогревом тканей на небольшой глубине сразу после воздействия, тогда как на более глубокие слои данный эффект еще не распространился.

В дальнейшем (через 1 сутки после воспроизведения ожога) глубинный профиль диэлектрической проводимости кожи существенно трансформируется (рис. 3). В этот период происходит углубление поражения поверхностных структур, что сопровождается снижением уровня изучаемого параметра на минимальных глубинах (2-3 мм.) с его нарастанием относительно интактной кожи на расстоянии 3,5-5 мм под поверхностью кожи ( $p < 0,05$  для всех случаев). При этом максимум диэлектрической проводимости зафиксирован на глубине 4 мм., что в наших экспериментах соответствовало зоне наибольшего повреждения.

**Заключение.** Проведенные исследования позволили установить картину глубинного распределения диэлектрической проницаемости кожи животных (крыс линии Вистар), которая может служить физиологическим СВЧ-паттерном для исследования поверхностных тканей, в том числе различных слоев кожи и ближайших подкожных структур. Показано, что действительная часть диэлектрической проницаемости кожи и подкожных структур монотонно возрастает при увеличении глубины зондирования в диапазоне от 2 до 5 мм с шагом от 0,5 до 1 мм.

Выявлено, что ткани ожоговой раны демонстрируют более высокий уровень действительной части диэлектрической проводимости по сравнению с интактной кожей, причем эти сдвиги имеют временную динамику. Так, сразу по нанесении ожога превалирует изменение параметра в поверхностных слоях биоткани, а через одни сутки – в более глубинных. Стабильность сформированного паттерна СВЧ-томографии предопределяет возможность применения рассматриваемого исследования состояния кожи в оценке ее структуры в норме и при локальных изменениях (доброкачественные и злокачественные новообразования, ожоги и др.).

# ИССЛЕДОВАНИЕ НЕКОТОРЫХ БИОЛОГИЧЕСКИХ ЭФФЕКТОВ ГЕЛИЕВОЙ ХОЛОДНОЙ ПЛАЗМЫ IN VITRO

Мартусевич А.К., в.н.с.; Краснова С.Ю., м.н.с.

Руководитель: Клеменова И.А., д.м.н.

ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, г. Нижний Новгород

**Цель исследования:** исследовать состояние окислительного метаболизма крови при действии холодной гелиевой плазмы *in vitro*.

**Материалы и методы исследования.** Эксперимент был проведен на образцах цельной крови здоровых добровольцев (n=10). Для осуществления воздействия использовали холодную плазму, генерированную за счет воздействия СВЧ-излучения на поток гелия в аппарате, разработанном в ИПФ РАН (Н. Новгород). Продолжительность воздействия составляла 1 и 3 мин. Для проведения эксперимента образцы крови делили на 5 равных порций по 1,5 мл, причем первая из них являлась контрольной, вторую и третью обрабатывали холодной плазмой с указанными выше экспозициями, а четвертую и пятую – потоком гелия без перевода его в плазменную форму. Экспозиция по завершении воздействия составляла 10 мин. В плазме крови методом Fe-индуцированной биохемилюминесценции определяли интенсивность перекисного окисления липидов и общую антиоксидантную активность плазмы крови. Измерения проводили на аппарате БХЛ-06 (фирма «Медозонс», Нижний Новгород). Уровень малонового диальдегида (МДА) в плазме крови и эритроцитах оценивали по методу В.Г. Сидоркина, И.А. Чулошниковой (1993). Статистическую обработку результатов проводили с использованием программы Statistica 6.1 for Windows.

**Результаты.** Установлено, что обработка биологической жидкости как холодной плазмой, так и неионизированным потоком гелия приводит к нарастанию интенсивности липопероксидации. При этом второе из указанных воздействий вызывает существенно более значимые изменения рассматриваемого показателя. При меньшей длительности воздействия (1

мин.) применение холодной гелиевой плазмы лишь незначительно, но статистически значимо стимулировало интенсивность перекисного окисления липидов (на 16%;  $p < 0,05$  по сравнению с контрольным образцом). Увеличение продолжительности обработки до 3 минут приводило к более выраженной активации перекисного окисления липидов (на 41%;  $p < 0,05$ ).

Использование для обработки биожидкости неионизированного гелиевого потока также демонстрировало дозозависимый эффект, но при обоих режимах обеспечивало более сильную активацию липопероксидации, о чем свидетельствовало увеличение светосуммы хемилюминесценции на 67 и 88% по сравнению с контрольным образцом для 1- и 3-минутного воздействия соответственно ( $p < 0,05$  для обоих случаев). При обработке биосреды холодной плазмой на протяжении 1 и 3 минут регистрировали значительное нарастание параметра, характеризующего общую антиоксидантную активность биосубстрата (на 63 и 79% по сравнению с контрольным образцом соответственно;  $p < 0,05$  для обоих случаев). Напротив, влияние на кровь потока гелия приводило к угнетению антиоксидантного потенциала биологической жидкости (на 12 и 17% при продолжительности обработки 1 и 3 минуты соответственно;  $p < 0,05$ ). Выявлено, что обработка крови холодной плазмой *in vitro* обеспечивает относительно небольшое нарастание уровня малонового диальдегида как при 1-минутном, так и при 3-минутном воздействии рассматриваемого фактора (на 17 и 25% по сравнению с контрольным образцом;  $p < 0,05$  для обоих случаев). В то же время применение гелиевого потока в существенно большей степени повышает концентрацию соединения в плазме крови (на 58 и 82% при длительности обработки 1 и 3 минуты соответственно;  $p < 0,05$ ).

**Заключение.** Установлено, что холодная гелиевая плазма и неионизированный поток гелия оказывают модифицирующее влияние на окислительный метаболизм крови в условиях *in vitro*. Для холодной плазмы оно проявилось в преимущественно антиоксидантном эффекте, тогда как у потока гелия обнаружено выраженное прооксидантное действие.

# СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РОБОТ-АССИСТИРОВАННОЙ, ОТКРЫТОЙ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ РЕЗЕКЦИИ ПОЧКИ

Марченко В.В., ординатор кафедры урологии и хирургической андрологии

Руководитель: Богданов А.Б., к.м.н., доц.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

**Введение.** Основная цель резекции почек — это сохранение почечной функции. Более 25% пациентов с локализованным раком почки к моменту установки диагноза уже имеют хроническую болезнь почек и, при сбережении почечной паренхимы, могут снизить риск прогрессии почечной недостаточности. Снижение почечной функции в оперированной почке после резекции составляет в среднем 20% и может быть вызвано неполным восстановлением функции после ишемии или утратой большого количества нефронов, связанными с чрезмерным удалением паренхимы, а также ишемизацией прилежащих участков с гемостатическими швами.

**Цель исследования:** оценить преимущество различных вариантов техники резекции почки, которые включали открытую, лапароскопическую и робот-ассистированную технику.

**Материалы и методы.** С января 2015 по декабрь 2017 года в клинике урологии РМАНПО было проведено сравнение трех основных вариантов резекции почки. Прооперированно 110 пациентов, из них 15 пациентов перенесли робот-ассистированную резекцию почки (РАРП), 38 лапароскопическую (ЛАРП), 57 открытую резекцию почки (ОРП).

**Результаты.** Распределение по стадиям существенно не различалось - все пациенты имели стадии T1N0M0. Средний возраст всех оперированных пациентов колебался от 56 до 58 лет. Средний рентгенологический размер опухоли при РАРП, ЛАРП, ОРП составил 5,6см; 3,19см; 4,6см соответственно. Распределение баллов по шкале R.E.N.A.L. продемонстрировало заметную разницу по сложности выполнения резекции. При робот-ассистированной и открытой резекции средняя сумма баллов

составляла – 7, тогда как ЛАРП выполнялась больным с заметно более «резектабельными» опухолями с суммой баллов - 5. По средней продолжительности хирургического вмешательства наименьшее время у лапароскопических операций – 171 мин. Небольшое увеличение продолжительности операции составила открытая техника – 175 мин, а РАРП показала наибольшую длительность оперативного вмешательства – 333 мин. Наименьшая кровопотеря была при ЛАРП – 137 мл, тогда как при ОРП была – 225 мл, а у РАРП – 167 мл. Средняя продолжительность послеоперационного пребывания в стационаре у пациентов, принёсших ОРП составила 7 дней, а РАРП и ЛАРП продемонстрировали меньший послеоперационный койко-день, который составил 6 дней.

**Выводы.** ЛАРП и РАРП по сравнению с ОРП демонстрируют меньший послеоперационный койко-день, однако ЛАРП заметно уступает по сложности выполняемых резекций, оценённых по шкале R.E.N.A.L. Очевидно, этим объясняется меньшая кровопотеря и меньшая длительность ЛАРП. Таким образом, на основании проведенной исследовательской работы, можно сделать вывод, что ЛАРП является наиболее предпочтительным вариантом для пациентов с опухолями небольших размеров и суммой баллов по шкале R.E.N.A.L.  $\leq 6$ , а РАРП по величине кровопотери и продолжительности послеоперационного койко-дня имеет преимущество перед ОРП, хотя уступает ей по продолжительности проведения операции почти в 2 раза, что необходимо учитывать у пациентов с отягощенным соматическим статусом.

# ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГЕННОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С IV СТЕПЕНЬЮ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Матвеев А.Д., аспирант кафедры хирургии

Руководитель: Кузнецов М.Р., д.м.н., проф.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

**Введение.** Каждый год сообщается о 500-1000 новых случаев развития критической ишемии нижних конечностей (КИНК), что соответствует III-IV степени ишемии по классификации Фонтейна-Покровского, на 1000000 пациентов (ESVS,2017). Прогноз КИНК крайне драматичен: только 45% больных имеют шанс на сохранение конечности к концу первого года после верификации диагноза. Лишь 50% пациентов получают специализированную ангиохирургическую помощь (реваскуляризирующую операцию), остальным же приходится надеяться на возможности фармакотерапии. При отсутствии реваскуляризирующего оперативного вмешательства вероятность сохранения конечности при IV степени хронической ишемии нижних конечностей (ХИНК) стремится к нулю. Неоваскулген - генно-терапевтический препарат, активным веществом которого является плазмида с геном фактора роста эндотелия (VEGF165). Механизм действия препарата - это стимуляция роста коллатеральных сосудов, микроциркуляторного русла в ишемизированных тканях. Показаниями к использованию Неоваскулгена является хроническая ишемия нижних конечностей II-III степени по классификации Фонтейна – Покровского, однако представляет интерес изучение терапевтического эффекта препарата в лечении пациентов с IV степенью ХИНК.

**Цель исследования:** оценка возможностей и эффективности применения препарата Неоваскулген у пациентов с IV степенью ХИНК по классификации Фонтейна-Покровского.

**Материалы и методы.** С сентября 2015 года по декабрь 2017 включительно под наблюдением находился 21 пациент с ХИНК IV степени в возрасте от 65 до 77 лет. Пациентам первой группы (10 человек) был

проведен курс лечения Неоваскулгеном (1,2 мг 2 раза с интервалом в 14 дней в/м). Помимо этого, пациенты получали стандартную терапию, в соответствии с Национальными Рекомендациями по ведению пациентов с заболеваниями артерий нижних конечностей: антиагрегантную (ацетилсалициловую кислоту 75 мг), липидоснижающую (аторвастатин 10 мг), гипотензивную (бисопролол 2,5 мг). Вторая группа пациентов (11 пациентов с КИК) получала только стандартную терапию. Пациенты были рандомизированы по полу, возрасту и степени ишемического поражения артериального русла нижних конечностей. В исследование вошли пациенты, которым было отказано в оперативном (как открытом, так и рентгенэндоваскулярном) вмешательстве в связи с неоперабельным характером поражения сосудистого русла, тяжестью сопутствующей патологии, а также после неэффективной попытки реваскуляризации артериального русла конечности.

**Результаты.** Первичной конечной точкой являлось выполнение первичной ампутации в течение 6 месяцев после начала лечения. В первой группе пациентов ампутация была выполнена в 50% случаев (5 из 10 пациентов), во второй группе- в 82% (8 из 11 пациентов). Среди пациентов первой группы, которым удалось избежать первичной ампутации, 30% (3 пациентам) была выполнена экономная ампутация дистальных отделов стопы с сохранением опорной функции конечности, у 20% (2 пациентам), при отсутствии сухой гангрены, было отмечено заживление ишемических язв. Данных о значимых осложнениях, возникших на фоне приема Неоваскулгена, получено не было.

**Заключение.** Применение генно-терапевтического препарата Неоваскулген при IV степени ХИНК показало свою эффективность. Проблема нуждается в дальнейшем изучении в более крупных выборках, включая исследование механизма терапевтического действия генно-инженерной терапии и использование объективных критериев оценки эффективности лечения.

ДИНАМИКА ВЕГЕТАТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ БОЛЕЗНИ  
ПАРКИНСОНА НА ФОНЕ ДВУСТОРОННЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ  
ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ СУБТАЛАМИЧЕСКОГО ЯДРА

Махмудов М.М., аспирант кафедры неврологии

Руководитель: Федорова Н.В., д.м.н., профессор

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

**Введение.** За последние десятилетия особое внимание ученых привлекают немоторные симптомы болезни Паркинсона (БП), среди которых важное место занимают вегетативные расстройства. По современным исследованиям нейрохирургическое лечение БП – глубокая стимуляция подкорковых структур головного мозга – является одним из высокоэффективных методов лечения развернутых стадий БП. По разным данным частота вегетативных нарушений при БП достигает 70% - 100%. Структуру вегетативных расстройств при БП в основном составляют сердечно-сосудистые (20-63%), желудочно-кишечные (20-97%), мочеполовые (60-92%), кожно-трофические расстройства (20-34%), нарушения терморегуляции (10-50%). В немногочисленных зарубежных статьях приводятся противоречивые данные о влиянии глубокой стимуляции мозга на вегетативные расстройства. Механизм, с помощью которого глубокая стимуляция мозга может влиять на вегетативные функции не до конца изучен. Предполагается, что стимулирование субталамического ядра может оказывать влияние на другие структуры базальных ганглиев, которые участвуют в регуляции вегетативной нервной системы. Изучение динамики вегетативных нарушений на фоне глубокой стимуляции мозга существенно помогло бы своевременной корректировке этих нарушений.

**Цель исследования:** оценить динамику вегетативных расстройств при болезни Паркинсона на фоне хронической двусторонней электростимуляции субталамического ядра.

**Материалы и методы.** Было осмотрено 17 пациентов до и после 3

месяцев операции. Больным проведено клинико-неврологическое исследование, в результате которого у 14 пациентов были обнаружены вегетативные расстройства. Средняя продолжительность заболевания составила -  $9.4 \pm 3.9$  лет, средний возраст -  $53.1 \pm 6.9$  лет. Для оценки вегетативных нарушений использовались следующие шкалы: шкала оценки вегетативных нарушений при болезни Паркинсона (SCOPA-AUT: Scale for Outcomes in Parkinson's disease for Autonomic Symptoms (Visser M., Marinus J., 2004), комплексная шкала для оценки вегетативных нарушений у пациентов БП (Федорова Н.В., Яблонская А.Ю., 2011), шкала оценки немоторных симптомов БП (Non-Motor Symptoms Scale, Martinez-Martin P. et al., 2013). Структуру вегетативных расстройств в дооперационном периоде составили: сердечно-сосудистые симптомы - 47%, желудочно-кишечные расстройства - 42%, мочеполовые нарушения - 42%, кожно-трофические расстройства - 12%, нарушения терморегуляции - 24%.

**Результаты.** Выраженность ортостатической гипотензии у пациентов через 3 месяца хронической глубокой стимуляции субталамического ядра снизилась с 42% до 18%. Количество пациентов, нуждающихся в медикаментозном лечении запоров, уменьшилось с 6 до 2. Проявления мочеполовых нарушений снизились с 42% до 23% после 3 месяцев нейростимуляции. Однако, не было отмечено значительного влияния электростимуляции субталамического ядра на симптомы нарушения терморегуляции и кожно-трофические расстройства.

**Выводы.** Большинство проявлений вегетативных расстройств уменьшаются на фоне двусторонней хронической электростимуляции субталамического ядра. Некоторые вегетативные нарушения остаются неизменными после операции. Однако, для более глубокого анализа полученных данных необходимо длительное наблюдение за большим количеством пациентов.

# ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ И ДИФФУЗИОННО-ТЕНЗОРНАЯ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА

Меркулова М.С., аспирантка кафедры рентгенологии и радиологии

Руководитель: Синицын В.Е., д.м.н., проф.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

**Актуальность.** Болезнь Альцгеймера (БА) является самой распространенной формой деменции. По данным Всемирной Организации Здравоохранения, в 2010 году насчитывалось около 36 миллионов людей, страдающих болезнью Альцгеймера, и каждые 20 лет их число будет удваиваться. В связи с широкой распространенностью БА, на сегодняшний день идет активный поиск маркеров поражения головного мозга на ранней стадии БА (стадии умеренных когнитивных нарушений (УКН)). Современные методы магнитно-резонансной томографии (МРТ), такие как функциональная (фМРТ) и диффузионно-тензорная МРТ (ДТ-МРТ) могут предоставить дополнительную важную диагностическую информацию о функциональных изменениях головного мозга при БА на ранних стадиях заболевания.

**Цель литературного обзора:** изучить вклад фМРТ и ДТ-МРТ в диагностику поражения головного мозга на ранней стадии БА, выделить достоинства и недостатки данных методов.

Функциональная МРТ основана на изменении параметров гемодинамики коры головного мозга в ответ на выполнение определенной задачи или в состоянии покоя. В большинстве научных работ, где использовались парадигмы на активацию оперативной, семантической памяти, выявлялось снижение активации медиальных отделов височных долей, в частности гиппокампа, как у пациентов с БА, так и с УКН. При проведении фМРТ покоя у данных пациентов определялось снижение или отсутствие формирования сети пассивного режима работы головного мозга. Области,

в которых было выявлено нарушение нейрональной связи, явились задняя часть поясной извилины, предклинье и префронтальная кора. В нескольких работах было выявлено снижение нейрональной коактивации в передней части поясной извилины и теменной доли у пациентов с УКН, у которых в дальнейшем развилась БА.

Метод диффузионно-тензорной МРТ, в основе которого лежит неброуновское движение молекул воды вдоль миелиновых оболочек аксонов, предоставляет информацию о микроструктурных изменениях белого вещества головного мозга на клеточном уровне, которые можно охарактеризовать с помощью количественных показателей, таких как фракционная анизотропия (ФА) и средняя диффузионная способность (MD-mean diffusivity). В ходе анализа научных работ, у пациентов с УКН выявлялось снижение ФА и повышение MD в задних отделах поясного пучка, мозолистого тела, верхнего продольного пучка, крючковидного пучка. В процессе прогрессирования заболевания помимо вышеперечисленных структур, отмечалось снижение ФА и повышение MD в белом веществе височной, теменной и лобных долях головного мозга.

**Выводы.** Среди функциональных методов нейровизуализации фМРТ и ДТ-МРТ имеют ряд преимуществ: оба метода являются неинвазивными, не связаны с воздействием на организм ионизирующего излучения, могут использоваться в продольных исследованиях для отслеживания микроструктурных изменений и нарушений функциональной коннективности головного мозга в течении всего периода заболевания. В сочетании с другими методами нейровизуализации, такими как воксел-ориентированная морфометрия и позитронно-эмиссионная компьютерная томография, а также лабораторными данными, фМРТ и ДТ-МРТ могут способствовать повышению диагностической значимости и дальнейшему пониманию механизмов патогенеза развития БА. Основным недостатком данных методов является отсутствие стандартизированных программных методов обработки данных, которые сильно зависят от базовых алгоритмов и

методологической реализации процесса. В связи с затрудненным контактом с пациентами с БА, несоблюдение неподвижности и трудности в выполнении поставленных стимуляционных задач, фМРТ не может быть включен в стандартизированный МР-протокол обследования данных пациентов.

## ВЗАИМОСВЯЗЬ ПАТОЛОГИИ ПРИКУСА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С РАССТРОЙСТВОМ ДЫХАНИЯ ВО СНЕ

Микитяк Ю.М., Сальманова Г.З., ординаторы кафедры ортодонтии

Руководитель: Коржукова М.В., к.м.н., доц.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

В настоящее время, как в России, так и зарубежом выявлено множество пациентов с патологией прикуса и одновременно с нарушениями дыхания во время сна. В Германии при годовой рождаемости от 700.000 детей в год в 15-ти возрастных группах (от 2 до 16 лет) выявлено более 3-х миллионов детей и подростков, страдающих нарушениями сна. В срочной врачебной помощи нуждаются 70.000 – 200.000 детей, т.к. у них наблюдается апноэ во время сна. По данным Медицинского сомнологического общества Германии процент детей и подростков, страдающих нарушениями дыхания во время сна составляет 27-31%; в Австралии и Швеции 32-37%, в Америке у 32%. Из них от 2 до 7% страдают храпом, осложненным частичным апноэ. Своевременная диагностика и лечение позволяет улучшить качество их жизни.

**Цель исследования:** совершенствование диагностики и лечения пациентов с нарушениями дыхательной функции во время сна.

**Материалы и методы.** Анализ литературных данных российских и зарубежных ортодонтот, сотрудничающих с врачами-сомнологами и оториноларингологами, выявил, что патология ЛОР-органов, прикуса, а также дисфункции челюстно-лицевой мускулатуры и мягких тканей является

одной из причин расстройства дыхания у пациентов. Авторы отмечают, что данные патологии могут служить причиной расстройства дыхания, как сами по себе, так и усугублять выявленные оториноларингологом нарушения. Среди патологий прикуса у детей с нарушениями дыхания во сне отмечают: сужение челюстей, сопровождаемое скученностью фронтальных зубов; сужение верхней челюсти с односторонним или двусторонним перекрёстным прикусом; обратное резцовое перекрытие; дистальный прикус; открытый прикус; выраженный глубокий прикус; скученность в боковых отделах; преждевременная потеря передних временных (молочных) зубов.

**Результаты.** Дети с первичной адентией или ранней потерей временных (молочных зубов) подвержены во время сна коллапсу дыхательных путей и проявляют клинические признаки синдрома ночного апноэ в более позднем возрасте. По литературным данным установлено, что ранняя потеря временных (молочных) зубов приводит к аномалии морфологии лица и сужению верхних дыхательных путей, что оценивается на телерентгенограммах. Установлено, что увеличение базиса верхней челюсти, в результате ортодонтического лечения, или тонзилоэктомии совместно с ортодонтическим лечением позволяет увеличить дыхательные пути, что подтверждается при компьютерной томографии.

**Выводы.** Для улучшения качества жизни пациентов, страдающих от ночного апноэ, необходимо совместное сотрудничество педиатров, сомнологов, ортодонтотв и оториноларингологов. Необходимо разработать программы ранней диагностики апноэ сна, а в дальнейшем разработать для обучения педиатров, ортодонтотв, сомнологов и оториноларингологов соответствующую программу.

## ПОДДЕРЖКА ПИЛОТНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ В ПРОЦЕССЕ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Мирварисова Л.Т., к.м.н, доцент кафедры «Медицинской техники и  
инновационных технологий»

Мирворисова З.Ш., студентка Ташкентского педиатрического медицинского  
института

Ташкентский институт усовершенствования врачей, г.Ташкент, Узбекистан

Внедрение такого направления, как «наставничество» или «кураторство», занимает свою нишу в работе по улучшению качества медицинской помощи и способствует повышению эффективности проводимых мероприятий в системе здравоохранения. Одним из важных аспектов внедрения инициативы, по внешней оценке, качества (ВОК) явились кураторские визиты в пилотные учреждения Узбекистана.

Целью кураторских визитов, явилось достижение улучшения качества оказываемой медицинской помощи населению, посредством определения скрытого потенциала (ресурсного, управленческого, клинического) или же выявления изъянов в процессе улучшения качества (несоблюдение стандартов и протоколов) с учётом потребностей медицинских учреждений.

Кураторские визиты рабочей группы проводились методом наблюдения процесса работы с использованием инструментов ВОК. Выявленные недостатки были изложены в виде таблицы и предоставлены в комитет по контролю качества пилотного медицинского учреждения. В конце дня кураторских визитов проводилась встреча с сотрудниками учреждений, и в неформальной форме были обсуждены выявленные недостатки. В течение нескольких дней, сотрудниками пилотных учреждений разрабатывался план мероприятий по устранению выявленных проблем, направленный на улучшение качества оказываемой помощи, внедрение и достижение приверженности к утвержденным стандартам и протоколам, с учетом материально-технического развития и кадрового потенциала каждого

пилотного учреждения, затем специалисты рабочей группы вносили необходимые корректировки.

В период проведения кураторского визита в детских больницах были выявлены проблемы связанные, как с административными вопросами, так и клиническими подходами лечения детей. Административные издержки заключались в отсутствии глубокого анализа статистических данных учреждения, а также в несоответствии работы комитета по качеству требованиям управления качеством медицинских услуг. Выявлено, что данные отчетов анализируются нерегулярно или бесперспективно, это наблюдается в виде не устраненных проблем в управлении или контроле качества оказываемой медицинской помощи. Например, в пилотных учреждениях работа коечного фонда стационара рассчитывается на общее число коек, тогда как надо использовать число фактически занятых коек каждого месяца года в стационаре/12 месяцев или «среднегодовое число коек в стационаре», что снижает достоверность и невозможность анализа работы коечного фонда учреждения. Соответственно дефицит коек и лекарственных средств учреждения составляют  $\frac{1}{4}$  часть бюджетных ассигнований. Кроме этого, в некоторых пилотных учреждениях, в состав комитета по контролю качества не были включены ведущие специалисты больницы/отделения.

Кураторские визиты по клинической части также указывали широко распространенную среди врачей полипрогмазию, постановку диагноза, не соответствующего МКБ-10, а также не следование утвержденным стандартам ведения физиологических родов, осложнений при беременности и лечения болезней у детей. Корень проблемы заключался в отсутствии этих стандартов лечения в отделении. Решением проблемы была разработка адаптированных протоколов и их внедрение в практику врачей ординаторов. Каждое отделение было обеспечено книгой и электронным диском МКБ-10. В ходе проведения кураторских визитов инструменты ВОК подвергались более тщательному наблюдению и совершенствовались согласно полученным отзывам.

## ТЕСТИРОВАНИЕ ИНСТРУМЕНТА ВНЕШНЕЙ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Мирварисова Л.Т., к.м.н, доцент кафедры «Медицинской техники и  
инновационных технологий»

Файзиева Н.Н., к.м.н, доцент кафедры «Высшее сестринское дело»

Мирворисова З.Ш., студентка Ташкентского педиатрического медицинского  
института

Ташкентский институт усовершенствования врачей, г.Ташкент, Узбекистан

Несмотря на современное ресурсное обеспечение учреждений здравоохранения Узбекистана и успехи, достигнутые в организации медицинской помощи населению, повышение эффективности деятельности учреждений здравоохранения, внедрение передовых форм и методов управления и организации труда, обеспечение широкой доступности и высокого качества первичной медико-санитарной помощи на местном уровне все еще остается актуальной.

В достижении приоритета реформ, происходящих в системе здравоохранения, а именно в улучшении качества медицинских услуг и консолидации сил международных организаций, действующих в Республике Узбекистан, впервые была разработана и внедрена система внешней оценки качества (ВОК) медицинской помощи.

**Цель исследования:** Тестирование и пилотирование разработанных инструментов ВОК медицинской помощи на уровне первичного звена здравоохранения, родильных домов, детских больниц.

**Материал и методы.** Предварительно проведен анализ взаимосвязи теоретических основ и накопленного за рубежом опыта по ВОК и влияния факторов, возникающих в практической деятельности медицинских учреждений на качество оказываемых медицинских услуг.

Для достижения поставленной цели Министерство здравоохранения Республики Узбекистан утвердило рабочую группу, в состав которой вошли

сотрудники ведущих научно-практических центров республиканского уровня, а также специалисты общественного здравоохранения Ташкентского института усовершенствования врачей (ТашИУВ).

**Результаты.** Тестирование инструментов ВОК проведено в пилотных учреждениях Ферганской области (г.Маргилан и Алтыарикское районное медицинское объединение (РМО)). Работа с вопросником на практике дала возможность определения изъянов инструментов ВОК и их дополнение с учетом приобретенного опыта в пилотной области.

Результаты тестирования инструментов ВОК указало на необходимость разработки инструкции по разделам вопросников, а также разработку электронной таблицы суммирования и подсчета итоговых баллов.

В итоге перед разработчиками встала новая проблема, разработка пошаговой инструкции к каждому вопроснику ВОК. Первоначально разработка инструкции не планировалось, так как, основные моменты работы с вопросником были предусмотрены в самом же вопроснике в виде направляющих значков и напоминаний для интервьюера. Но полевые работы во время тестирования показали необходимость разработки «пошаговой инструкции к применению», как необходимую составляющую часть инструмента ВОК. Помимо этого, инструкции несут особую информацию, посредством которого в дальнейшем «оценщик» может определить для каждого вопроса свой «индивидуальный» максимальный балл ВОК.

#### **Выводы.**

1. Система оценки качества и эффективности медицинской помощи должна включать в себя набор универсальных показателей, имеющих количественное выражение, что позволит в дальнейшем подвергнуть их сравнению, подсчету, математической обработке, каким является ВОК.

2. Разработка пошаговой инструкции к вопроснику позволила включить рекомендации по решению возможных неплановых затруднений в ходе проведения внешней оценки качества.

НОВЫЙ МЕТОД УСТРАНЕНИЯ ВТОРИЧНЫХ ОГРАНИЧЕННЫХ  
ДЕФЕКТОВ БОКОВОЙ ПОВЕРХНОСТИ ЯЗЫКА И МЯГКИХ ТКАНЕЙ  
ДНА ПОЛОСТИ РТА ПРИ ПОМОЩИ FАММ - ЛОСКУТА И  
КСЕНОМЕМБРАНЫ PERMACOL

Миронова Е. А., клинический ординатор кафедры пластической хирургии и  
ЧЛХ ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России;

Гилева К.С., к.м.н., научный сотрудник кафедры ЧЛХ, микрохирургии и  
эктопротезирования ФГБУ «ЦНИИСиЧЛХ»

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

**Введение.** Устранение дефектов языка и дна полости рта – мультифункциональная задача, включающая функциональную и эстетическую реабилитацию. Радикальные резекции по поводу новообразований дна полости рта приводят к фиброзу и контрактуре. Восстановление анатомической и функциональной целостности челюстно-язычного желобка, который принимает участие в речеобразовании, слюноотделении, акте глотания и жевания - является актуальной и злободневной проблемой, требующей поиска и исследования новых пластических материалов и методов реконструкции.

**Цель исследования:** разработка и клиническое исследование новой методики устранения вторичных ограниченных дефектов боковой поверхности языка и мягких тканей дна полости рта

**Материалы и методы.** С октября 2016г. по декабрь 2018г. прооперировано 5 пациентов, в анамнезе перенесших расширенную комбинированную резекцию дна полости рта и языка по поводу злокачественных новообразований. В приведённых случаях выполнено иссечение рубцовых тканей дна полости рта и языка, с пластикой вторичного дефекта оригинальной методикой: сочетание FАММ – лоскута в и ксеномембраны Permacol. В качестве предоперационной подготовки выполнено МСКТ-ангиография сосудов лица, шеи с перфузией тканей

щёчной области и дна полости рта, гистологическое исследование имплантированного ксенометирала, анализ процессов репарации. Оценка функции речеобразования в послеоперационном периоде

**Результаты.** Устранение контрактуры дна полости рта позволяет создать площадку для последующего протезирования или дентальной имплантации. В результате операции устраняется рубцовая контрактура языка, что крайне важно не только в восстановлении функции глотания, но и для улучшения речевой функции.

На 30-е сутки происходит полная эпителизация раневой поверхности, покрытой мембраной Permacol. Дана объективная положительная оценка улучшения функции речи.

**Выводы.** Отмечается ряд неоспоримых преимуществ, а именно: отсутствие донорского ущерба, минимизация времени оперативного вмешательства и восстановительного послеоперационного периода, оптимальная толщина и гомогенная поверхность лоскута. Повышение качества жизни пациента и стремление к минимизации оперативного вмешательства – являются одними из ключевых моментов хирургического вмешательства. Согласно тому, оригинальный метод реконструктивной пластики с применением FAMM – лоскута в сочетании с ксеномембраной Permacol может по праву занять своё место в ряду реконструктивных методик устранения дефектов дна полости рта и языка.

# ПРИМЕНЕНИЯ ПРОЛОНГИРОВАННЫХ ФОРМ НАЛТРЕКСОНА В ЛЕЧЕНИИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Мирошкин С.С., аспирант кафедры наркологии

Руководители: Брюн Е.А., д.м.н., проф.;

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

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

**Цель исследования:** Разработка критериев прогнозирования эффективности терапии пролонгированными формами налтрексона у больных с зависимостью от алкоголя на основе клинически значимых особенностей течения аддитивных расстройств, генотипирования по полиморфным генам OPRM1, OPRK1, OPRD1 и SLC6A3 .

**Материалы и методы.** Методологическая база исследования представляет собой использование клинических шкал (шкала определения степени выраженности патологического влечения к алкоголю Национального научного центра наркологии МЗ РФ, пенсильванская шкала влечения к алкоголю, определение уровня реабилитационного потенциала), фармакогенетических методов (выявление полиморфизмов генов) у больных получающих противорецидивную препаратом «Вивитрол».

**Описание клинического случая.** Пациент 39 лет впервые обратился с жалобами на влечение к алкоголю, вялость, слабость, быструю утомляемость, бессонницу, потливость, тремор рук, внутренний дискомфорт, сниженное настроение. На основании жалоб, данных объективного осмотра, данных анамнеза был выставлен диагноз: Психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя. Синдром отмены. На фоне проведенной терапии состояние пациента улучшилось. Нормализовался ночной сон, сгладились аффективные колебания в течение суток, влечение к алкоголю дезактуализировано. В конце курса лечения, с целью длительного поддержания трезвости, больному была введена пролонгированная форма

налтрексона. В рамках исследования определен уровень реабилитационного потенциала (131 балл, что соответствует среднему УРП). В дальнейшем пациент наблюдался в дневном стационаре.

**Результаты.** На протяжении последующих 6 месяцев больной обследовался с помощью шкал, определяющих интенсивность влечения к алкоголю (Клиническая шкала оценки патологического влечения к алкоголю: 25.08.2017г - 7 баллов; 04.09.17г - 10 баллов; 27.09.17г - 6 баллов; 27.10.17г - 2 балла; 29.11.17г - 5 баллов; 27.12.17г - 2 балла; 31.01.18г - 1 балл. Пенсильванская шкала- в течении первого месяца слабо выраженное влечение). В течении первого месяца после выписки из стационара больной испытывал слабо выраженное влечение к алкоголю, что проявлялось эпизодически возникающими мыслями о спиртном, сниженным настроением, раздражительностью, умеренно выраженной тревогой, связанной с объективными причинами. Пациент отмечал снижение аппетита, эпизодически возникающую тошноту, никак не связанную с приёмом пищи, головокружение. Эти нежелательные явления исчезли через три недели после первой инъекции налтрексона, без медикаментозного лечения. Больной категорически отрицает употребление алкоголя на протяжении всего курса лечения, что подтверждается данными биохимического анализа крови (показатели АЛТ, АСТ, ГГТ, билирубин в пределах нормы), уровень CDT (глеводдефицитный трансферрин – маркер хронического злоупотребления алкоголем) не превышал 0,8% за весь период лечения. В настоящее время больной возобновил трудовую деятельность, нормализовал семейные отношения. Высказывает желание продолжить курс противорецидивной терапии.

**Выводы.** Несмотря на постабстинентные расстройства, проявившихся преимущественно аффективными нарушениями, пациенту удалось достигнуть качественной ремиссии. Сделать выводы о причинах возникновения нежелательных явлений можно будет после получения результатов генотипирования.

# ВЛИЯНИЕ ПОЛОВЫХ ГОРМОНОВ НА СЛИЗИСТУЮ ОБОЛОЧКУ ПОЛОСТИ НОСА У БОЛЬНЫХ С ПОЛИПОЗНЫМ РИНОСИНУСИТОМ

Моисеева Ю.П., ординатор кафедры оториноларингологии

Руководитель: Пискунов Г.З., д.м.н., проф., член-корр. РАН, Заслуженный

врач РФ, Заслуженный деятель науки РФ

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Полипозный риносинусит – полиэтиологическое заболевание, предрасполагающими факторами которого являются биологические дефекты, а также воздействие окружающей среды. В совокупности с анатомическими дефектами, приводящими к нарушению аэродинамики полости носа, они создают условия для формирования того или иного фенотипа полипозного риносинусита. Известно, что чаще назальные полипы появляются у мужчин в возрасте примерно 42 года. Существующие теории возникновения этого заболевания не отражают взаимосвязь полипозного риносинусита с возрастом и полом больных. Теми показателями, которыми различны мужчины и женщины и меняются в течение жизни, являются гормоны и их уровень. Они же одни из активных компонентов регуляции гомеостаза человека, что даёт основания предполагать их роль в возникновении полипозного риносинусита.

**Цель исследования:** привлечение внимания к вопросу влияния половых гормонов в возникновении и развитии полипозного риносинусита.

**Материалы и методы.** Был проведен ретроспективный анализ литературы по этиологии и патогенезу полипозного риносинусита, выявление и анализ источников, связывающих развитие назальных полипов с изменением уровня половых гормонов.

**Результаты и их обсуждение.** В 1986 г Е. Парфенова обнаружила рецепторы эстрадиола в слизистой оболочке носа крысы. В 1987 году В. Быкова показала, что дисбаланс эстрогена приводит к нарушениям созревания эпителия и повышает прилипание грибков. В 1994 году Х. Чжао заявил, что уровень эстрогена может оказывать различные эффекты на

слизистую оболочку носа. В своих статьях Д.И. Заболотный сообщает, что у 80% женщин с аллергическим ринитом наблюдается гиперэстрогения, основными проявлениями которой являются мастопатии и предменструальный синдром. Все эти данные свидетельствуют о том, что дисбаланс половых гормонов может оказывать определённое влияние на слизистую оболочку полости носа. В 2015 году Уитни У. Стивенс с соавт. опубликовали работу, в которой показали, что полипозный риносинусит у женщин чаще протекает тяжелее, чем у мужчин, связав эти наблюдения с возможностью эстрогена активировать В-клетки и продукцию антител, которые, в свою очередь, по мнению исследователей могут играть ключевую роль в патогенезе развития назальных полипов. Тем не менее, наблюдений о роли гормонального статуса на развитие полипозного риносинусита проведено мало, поэтому существуют противоречивые мнения на этот счёт. С одной стороны, уровень половых гормонов может способствовать дебюту полипозного риносинусита, с другой стороны, состояние околоносовых пазух может влиять на гормональный фон. Так Дональд Деннис с соавт. сообщают, что грибковая контаминация околоносовых пазух может приводить к угнетению гипоталамо-гипофизарной системы, тем самым снижая уровни гормона роста, гипотиреоидных гормонов, АКТГ и эстрогенов.

**Выводы.** Распространенность полипозного риносинусита и его склонность к рецидивированию заставляют учёных искать новые возможности причин возникновения этого заболевания и подходы к тактике ведения таких пациентов. Влияние гормонального фона в развитии назальных полипов на сегодняшний день остаётся неясным, что свидетельствует о необходимости исследований этого вопроса.

## ДЕРМОИДНАЯ КИСТА КОНЧИКА НОСА В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ: ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Моисеева Ю.П., Старунова Я.Г., ординаторы кафедры оториноларингологии

Руководитель: Пискунов Г.З., д.м.н., проф., член-корр. РАН, Заслуженный  
врач РФ, Заслуженный деятель науки РФ.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Дермоидная киста спинки носа является редкой врожденной аномалией, встречающейся приблизительно у 1 на 20000-40000 новорожденных. Она представляет собой доброкачественное подкожное новообразование, возникающее в эмбриональном периоде в результате нарушения развития зачатков эпителия. Этиологическое происхождение кисты предполагает её локализацию вдоль средней линии между глабеллой и основанием колумеллы. Дермоидные кисты кончика носа встречаются примерно в 10%-21% случаев по сравнению с более распространенной назоглабеллярной локализацией (29%-31%) и являются детской патологией.

**Цель исследования:** обсуждение клинического случая проявления дермоидной кисты в пожилом возрасте. Пример тактики ведения пациентки с дермоидной кистой атипичной локализации и непредсказуемым эстетическим результатом от возможного хирургического лечения. Выбор наиболее оптимального доступа при удалении образования кончика носа.

**Материалы и методы.** Произведены осмотр, диагностика, лечение больной с дермоидной кистой кончика носа на базе ФБУ «Центральная клиническая больница гражданской авиации». Причиной обращения пациентки за медицинской помощью явился косметический дефект в виде значительного увеличения кончика носа и его опущения. На догоспитальном этапе проводились УЗИ и цитологическое исследование образования, по результатам которых был установлен диагноз дермоидная киста кончика носа. Пациентке предложено хирургическое лечение и получено её согласие. Сложность случая связана с большим размером образования (2 см), так как

помимо лечебного результата больной был важен эстетический результат. Особое внимание было уделено вопросу целесообразности сохранения или иссечения изменённой кожи над кистой и выбору доступа.

**Результаты и их обсуждение.** Пациентке было проведено хирургическое лечение в объеме: удаление дермоидной кисты кончика носа из открытого ринопластического доступа, иссечение избытка изменённой кожи над ней с использованием вертикального срединного разреза. Послеоперационный период протекал без особенностей. Динамическое наблюдение констатировало клиническое выздоровление. Конечный послеоперационный результат через 8 месяцев после оперативного вмешательства включал удовлетворительную пропорциональную форму кончика носа без явных послеоперационных рубцов. Кожа в области кончика носа эластичная, здоровая. Этот случай интересен возрастом возникновения и редкой локализацией кисты. При удалении дермоидной кисты кончика носа у детей предпочтительным является открытый доступ, в то время как при назоглабеллярной локализации в качестве доступа используется срединный вертикальный разрез. Дермоидная киста кончика носа имеет ряд уникальных особенностей в своем течении: имея большие размеры, она может деформировать нижние латеральные хрящи у детей, а также приводит к растяжению и изменению кожи. В детской практике Charles A. Pierces соавт. (2016) в качестве решения этой проблемы предлагает использование жирового трансплантата для достижения хорошего эстетического результата. В представленном клиническом случае такая тактика невозможна из-за снижения тургора, сильного растяжения и деформации кожи, её иссечение с использованием вертикального срединного разреза показало хороший косметический эффект.

**Выводы.** Получен удовлетворительный косметический и функциональный результат в лечении редкой патологии у взрослого человека.

# СТРУКТУРА ИСТИННОЙ ОПУХОЛЕВОЙ ИНВАЗИИ ПЕРВИЧНЫХ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЁННЫХ НЕОРГАНЫХ ЗАБРЮШИННЫХ ОПУХОЛЕЙ С ВОВЛЕЧЕНИЕМ ПОЧКИ

Муратов А.А., аспирант кафедры онкологии

Руководитель: Расулов Р.И., д.м.н., проф.

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

**Цель исследования:** на основании углублённого морфологического анализа определить онкологические позиции расширенной туморонефрэктомии при удалении неорганный забрюшинной опухоли (НЗО) с вовлечением почки.

**Материалы и методы.** За период с 1996-2016 г.г. в Иркутском областном онкологическом диспансере находилось на лечении 268 больных с НЗО. В 56 (20,8%) наблюдениях было выполнено расширенно-комбинированное удаление первичных НЗО с нефрэктомией. При ретроспективном морфологическом исследовании была произведена полипозиционная оценка степени инвазии опухоли в структуры удалённой почки.

**Результаты.** Распределение данной группы пациентов согласно результатам морфологического анализа аутопсийного материала: опухоли мезенхимы - 41 (73,2%), нейрогенные опухоли - 11 (19,6%), опухоли эндокринной системы - 1 (1,7%), эмбриональные опухоли - 2 (3,5%) и опухоли неопределённой дифференцировки – 1 (1,7%) наблюдениях. При исследовании макропрепарата установлено, что опухоль охватывала почку со всех сторон в 15 (26,7%), нижний полюс и заднюю поверхность - в 29 (51,7%), верхний полюс – в 5 (8,9%), переднюю поверхность – в 5 (8,9%), ворота почки – в 2 (3,5%) наблюдениях. По результатам морфологического анализа истинная микроинвазия опухоли в паренхиму почки подтверждена в 12 (21,4%) наблюдениях (из 56); из них инвазия в капсулу почки установлена

в 7 (58,3%), в паренхиме почки – в 3 (25%), в почечную вену - в 2 (16,6%) наблюдениях, в 9 (75%) - при опухолях мезенхимального происхождения (21%), в 3 (25%) - при нейрогенной опухоли. В 2 (16,6%) и 3 (25%) наблюдениях истинная опухолевая инвазия отмечена в заднюю поверхность и нижний полюс почки соответственно, в 2 (16,6%) - имелась инвазия в ворота и в верхний полюс почки; в 5 (41,6%) - установлена микроинвазия более одной анатомической области.

**Выводы.** Истинная микроинвазия НЗО в структуры почки составляет 21,4%. Инвазивным ростом обладают НЗО мезенхимальной природы (что коррелирует с частотой их встречаемости), наиболее часто в опухолевый процесс вовлекается нижний полюс и задняя поверхность почки. Основными причинами нефрэктомии при выполнении подобных операций служат технические трудности как выделения почки из опухолевого массива *in vivo*, так и интраоперационного определения истинной инвазии опухоли в структуры почки.

## РОЛЬ ВЫЕЗДНЫХ БРИГАД ПРИ ОКАЗАНИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ СЕЛЬСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ

Муратов И.И., ординатор ФГБУ «ГНЦК им А.Н. Рыжих»

Минздрава России

Руководитель: Веселов А.В., к.м.н.

ФГБУ «ГНЦК им А.Н. Рыжих» Минздрава России, г. Москва

В настоящее время распространенность различных видов заболеваний толстой кишки достаточно высока. Так, последние несколько десятилетий колоректальный рак (КРР) находится в центре внимания колоректальных хирургов и онкологов прежде всего из-за роста частоты заболеваемости и смертности от КРР в мире: ежегодно регистрируется около 1,4 млн. новых случаев рака ободочной кишки и около 700 тыс. случаев смерти от этого

заболевания. В России в 2016 году по данным Старинского В.В. и соавт. было зарегистрировано 63422 новых случаев заболевания КРР, тогда как в 2012 году было зарегистрировано 60554 новых случаев заболевания КРР, эти данные демонстрируют нам динамический рост распространения КРР. Несмотря на развитие колопроктологической службы в России, колопроктологи отмечают обращение пациентов с запущенными формами этих заболеваний, особенно у пациентов из районов и отдаленных сельских поселений. Это приводит к тому, что пациентам необходимы более агрессивные оперативные вмешательства, которые снижают качество жизни и могут привести к инвалидности.

**Цель исследования:** повышение доступности и отработка алгоритмов оказания специализированной колопроктологической помощи сельскому населению.

**Материалы и методы.** Первичная медицинская документация пациентов, прошедших прием выездной бригады врача-колопроктолога и эндоскописта на базе Рамешковской ЦРБ. Исследование согласовано с Министерством здравоохранения Тверской области по договору с ФГБУ «Государственный научный центр колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России.

**Результаты.** Отбор пациентов для осмотра врачом-колопроктологом осуществлялся врачом общей практики, терапевтом, хирургом. Пациентам назначался минимальный объем лабораторных исследований (ОАК, Б/х крови, ОАМ). На стартовом совещании открытия кабинета был определен перечень показаний для направления к врачу-колопроктологу и эндоскописту, а также методы подготовки пациентов. Подготовка к исследованию выполнялась заранее дома или во время приема с помощью очистительных клизм и одноразовых фосфатных микроклизм. Первый прием пациентов был осуществлен 24 июня 2017 года, а в феврале 2018 г. первично было осмотрено 229 человек, всем больным выполнялась

ректороманоскопия, мужчин – 41(17,9%) и женщин – 188 (82,1%), сделано 24 колоноскопии. Средний возраст пациентов составил  $57\pm 14$  лет.

Были выявлены следующие колопроктологические заболевания: у 2 пациентов выявлены ВЗК (болезнь Крона и язвенный колит), у 92 обратившихся диагностирован геморрой различной стадии от 2 до 4 ст., у 11 были обнаружены полипы прямой и сигмовидной кишки, у 1 пациентки при колоноскопии была визуализирована зубчатая аденома в слепой кишке, синдром раздраженной кишки был диагностирован у 54 человек, у 7 – выявили ректоцеле 1-3 ст., у 2 наблюдались свищи прямой кишки, у 13 – хроническая анальная трещина, 3 обратились за рекомендациями по уходу за кишечной стомой, 4 пациентам при дообследовании в специализированном колопроктологическом стационаре диагностировали КРР I-II стадии. Пациентам оказана медикаментозная и консультативная помощь. При обнаружении полипов или новообразований было рекомендовано оперативное лечение на базе Тверского областного клинического онкологического диспансера или в ФГБУ «ГНЦК им. А.Н. Рыжих» Минздрава России.

**Выводы.** Проведенное исследование демонстрирует целесообразность создания выездных бригад колопроктологов и эндоскопистов в сельские медицинские организации, что повышает доступность оказания специализированной помощи сельскому населению, а также способствует выявлению КРР на ранних стадиях.

## К ВОПРОСУ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Наврүзова Н.О., 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:** изучить роль кольпоскопии в ранней диагностике заболеваний шейки матки у женщин репродуктивного возраста.

**Материал и методы.** Нами обследованы 178 женщин, обратившихся за консультацией с различными гинекологическими заболеваниями в возрасте от 20 до 46 лет в поликлиническое отделение Бухарского областного перинатального центра. Проведены осмотр терапевтом и гинекологом. Всем пациенткам проведено комплексное профилактическое обследование с включением метода классической и расширенной кольпоскопии напортативном аппарате Digital Video Colposcope 1293, производство компании Promis Medical (Australia).

**Результаты и обсуждение.** В результате проведенных комплексных клиничко-эндоскопических исследований практически здоровыми оказались 52 (29,2%) женщин. У 126 (70,8%) женщин выявлены те или иные заболевания, в том числе: и экзоцервициты у 34 (27%), эндометриоз шейки матки у 7 (5,5%), псевдоэрозии и эрозии шейки матки 27 (21,4%), полип шейки матки у 4(3,2%), простая и частично перекрытая эктопия у 15 (12%), старые разрывы и рубцы шейки матки у 6 (4,8%), сужение и заращение шейки матки у 4 (3,2%), папиллома шейки матки у 3 (2,4%), цервициты, вызванные герпетической и грибковой инфекцией у 23 (18,3%), лейкоплакия у 3 (2,4%) женщин.

Темно-коричневое, гомогенное окрашивание шейки матки и нормальная кольпоскопическая картина позволили отнести этих женщин к группе здоровых. Нередко патологические изменения слизистой оболочки канала шейки матки обнаруживались при наличии гипертрофии, рубцов,

деформаций влагалищной части шейки матки. Важно отметить, что у 43 (24,2%) женщин патологические изменения шейки матки выявлены без каких-либо жалоб и клинических признаков, что доказывает несомненную роль кольпоскопии в доклинической диагностике заболеваний шейки матки.

Результаты эхографического исследования обследованных женщин вносились в специальную электронную базу данных. При записи кольпоскопических данных учитывали место выявленных изменений. Разделив шейку матки на 4 квадранта, все обнаруженные изменения указывали по часам циферблата (например, на 6 часах).

Учитывая клинико-эхографический прогноз, женщины, у которых были выявлены значимые расхождения в диагностике отнесены в группу активного наблюдения у онкогинеколога.

**Выводы.** Таким образом, кольпоскопия является ценным диагностическим методом, который служит ранней диагностики заболеваний шейки матки и позволяет динамическое наблюдение за эффективностью лечения фоновых и предраковых заболеваний.

Комплексное проведение диагностических мероприятий с включением кольпоскопии в поликлиниках, гинекологических стационарах, более углублённые исследования, осуществляемые в специализированных онкологических учреждениях, является перспективным и целесообразным, так как позволяет повысить точность диагностики заболеваний шейки матки, провести адекватное своевременное лечение и обеспечить вторичную профилактику рака шейки матки.

## КРАСОТА И ЭСТЕТИКА В СТОМАТОЛОГИИ

Назаренко Т.Н., клинический ординатор кафедры ортодонтии

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

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

**Древний мир.** Понятия красоты и нормы многократно менялись за человеческую историю. Первой манипуляцией было косметическое контурирование зубов. У народа майя зубам придавалась заостренная форма, в зубы вставлялись драгоценные камни. На острове Бали женщинам сошлифовывали эмаль передних зубов – так считалось красивее, а в Африке мужчины заостряли зубы, повышая свою привлекательность.

**Античный период.** В различные исторические периоды понятие о красоте менялось, создавались или совершенствовались старые каноны. За единицу измерения принимался отрезок тела от сустава до сустава или произвольно взятый сегмент. У древних египтян высота среднего пальца руки укладывалась в высоту человеческого тела 19 раз, из них на голову и шею приходилось 3. По древнегреческому скульптору Поликлету высота лица укладывается 10 раз в высоту тела. Он дал стоматологическое определение физиономической высоты лица.

**Эпоха Возрождения.** В XIII веке итальянский математик Фибоначчи открыл правило «золотого сечения» или соотношения 1 к 1,618. Особенно бурный расцвет в области познания эстетики человеческого тела был характерен для эпохи Возрождения. Именно художники Ренессанса привнесли свой вклад в развитие нормальной и пластической анатомии. Работы Леонардо да Винчи, Рафаэля, Микеланджело, Дюрера отразили человеческое тело во всех его эстетических канонах. Микеланджело открыл важный для стоматологии закон равенства трёх отделов лица – лобного, носового и ротоподбородочного. Художники Возрождения дали медицине искомые пропорции тела и что особенно важно для стоматологов – лица.

**Новое время.** XIX век ознаменовался в стоматологии началом изучения норм, аномалий и деформации строения зубных рядов. В 1836 году выходит работа Кнейзеля, посвященная нарушениям прикуса. А с руководства Энгля «Аномалии окклюзии зубов» начинается эра систематизированного изучения эстетики зубов и прикуса. В 60-х годах прошлого века Рикеттс обнаружил, что и в стоматологии существуют пропорции «золотого сечения». Соотношение 1:1,618 прослеживается во многих параметрах зубов и зубных дуг.

Развитие эстетической стоматологии заставило уделить пристальное внимание дизайну зубочелюстной системы. При реставрации зубного ряда необходимо учитывать: - возраст пациента; пол;- национальность, расу. Отправной точкой в дизайне улыбки являются центральные резцы верхней челюсти. Критическими факторами для них являются ширина, длина, отношение к косметическому центру и соотношение с боковыми резцами. При определении оптимального положения резцов необходимо принимать во внимание такие факторы, как фонетика, линия улыбки и ориентацию зубов относительно верхней губы.

**Заключение.** Человек всегда задумывался о красоте, изменялись лишь её каноны. В процессе развития социального начала в человеке, значение того, как индивидуум выглядит в глазах окружающих, приобретает первостепенную роль. Профессионализм врача-стоматолога заключается в том, чтобы в повседневной работе достигать максимально возможного функционального и эстетического результата.

У разных исследователей было различное представление об идеальном и каждый канонизировал свой идеал. Или идеал своей эпохи? Что касается зубочелюстной системы, то и она подвержена изменениям, которые связаны, прежде всего, с характером питания человека. Тенденция к редукции числа зубов и размеров челюстей, бесспорно, изменит каноны в данной области лица.

## МИОПИЯ И ВОЗРАСТНАЯ МАКУЛЯРНАЯ ДЕГЕНЕРАЦИЯ:

### НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПАТОГЕНЕЗА

Нам Ю.А., аспирант кафедры офтальмологии

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

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Неуклонный рост близорукости, ее тенденция к прогрессированию, частый переход в осложненную форму – все это является причиной инвалидности по зрению у лиц молодого и трудоспособного возраста (I-II место), что, несомненно, делает данную проблему актуальной.

Начальные этапы развития близорукости (при слабой и средней степени), чаще всего, не сопровождаются грубыми ретинальными изменениями. В случае роста глазного яблока, соответственно, увеличивается и степень миопии, что сопровождается патологическими изменениями в средах и оболочках глаза. В области диска зрительного нерва (ДЗН) формируются миопические конусы, которые постепенно увеличиваются в размере и охватывают его в виде кольца, чаще неправильной формы, изменяется и сам ДЗН: он выглядит увеличенным или уменьшенным, удлинненным, более плоским, приобретает сероватый оттенок. При высоких степенях близорукости в заднем полюсе глаза могут встречаться истинные выпячивания – стафиломы. При нарастающей атрофии элементов сосудистой и сетчатой оболочек дегенеративные изменения становятся все более распространенными. Появляются полосы беловато-желтого цвета, затем - округлые или неправильной формы белые очаги с глыбками пигмента. Из-за депигментации и исчезновения слоя мелких и средних сосудов глазное дно становится неравномерно окрашенным. Скопление пигмента в межсосудистых пространствах может создавать картину «паркетного» глазного дна. Одним из самых значимых по тяжести осложнений при миопии является миопическая макулопатия, которая включает в себя лаковые трещины, заднюю стафилому, пятнистую атрофию, хориоидальную

неоваскуляризацию (ХНВ) и географическую атрофию. При расширении лаковых трещин увеличиваются области хориокапиллярной атрофии, а также растут и шансы для врастания ХНВ из участков повреждений мембраны Бруха. По данным многих авторов, ХНВ наиболее часто осложняет течение возрастной макулярной дегенерации (ВМД). Заболевание характеризуется прогрессирующим снижением остроты зрения вследствие атрофических процессов в слое хориокапилляров, пигментного эпителия сетчатки (ПЭС), в слое фоторецепторов. Изменения в ПЭС при ВМД приводят к накоплению продуктов обмена внутри самих клеток, а затем в пространстве под пигментным эпителием с формированием мягких друз в виде коллоидного материала. Это приводит к разобщению мембраны Бруха и ПЭС, его атрофии и образованию дефектов в структуре мембраны Бруха. Поскольку изменения на глазном дне при далекозашедших состояниях при ВМД и близорукости имеют схожие характеристики, оценить степень изменения сетчатки и скорость их прогрессирования представляется сложным. Так, миопическая ХНВ встречается примерно у 62% пациентов моложе 50 лет и отличается от ХНВ при ВМД. Для осложненной миопии характерны, в основном, классические субретинальные неоваскулярные мембраны (СНМ), связанные с очагом атрофии или с лаковыми трещинами (зонами ишемии). Локализация их, как правило, экстрафовеолярная. При этом, отслойка пигментного и нейроэпителия (ОНЭ) могут не определяться. МХНВ не имеют больших размеров, расположены в субретинальном пространстве, в отличие от ХНВ при ВМД, когда мембрана располагается под ПЭС и сопровождается наличием геморрагий или экссудатов. В случае экссудативной формы ВМД, транссудат, образующийся в результате повышенной проницаемости стенок хориокапилляров, через дефекты в мембране Бруха проникает под ПЭС, приводя к его отслойке, а затем и к ОНЭ. Так возникает ишемия ретинальной ткани с последующим развитием неоваскуляризации. В отличие от ВМД, при миопии врастание новообразованных сосудов первично по отношению к образованию ОПЭ.

Вопросы о первопрочине появления ретинальных изменений при сочетании дегенеративных процессов возрастного и миопического генеза остаются до сих пор нерешенными, что дает неиссякаемую пищу для размышлений ретинологов и темы для дальнейших исследований.

## ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА НИЗКОЙ ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИИ

Нафедзов И.О., ординатор кафедры колопроктологии

Руководитель: Шелыгин Ю.А., д.м.н., проф., член-корр. РАН,

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

**Цель исследования:** Изучить функциональные результаты лечения больных после низкой передней резекции и разработать оптимальный алгоритм лечения синдрома низкой передней резекции (СНПР).

**Материалы и методы.** Синдром низкой передней резекции – симптомокомплекс, характеризующийся частым стулом (до 6 раз в сутки и более), длительным и неполным опорожнением кишечника, императивными позывами на дефекацию и анальной инконтиненцией различной степени выраженности. По данным литературы СНПР развивается в 25-90% случаев. Лечение синдрома – симптоматическое и в настоящее время не существует четкого алгоритма помощи пациентам с данной патологией. Условно, методы лечения СНПР можно разделить на 2 большие группы – фармакологические и физиотерапевтические. Большая часть исследований, посвященных данной социально-значимой проблеме, носит описательный характер клинических примеров лечения небольших групп пациентов. Таким образом, актуальным выглядит проведение настоящего исследования, направленного на изучение физиотерапевтических и фармакологических методов лечения СНПР на данной группе пациентов.

В исследовании планируется включить 150 пациентов после низкой передней резекции прямой кишки. Через 3 месяца после выполнения реконструктивно-восстановительной операции все пациенты будут анкетированы при помощи опросника СНПР с последующим выявлением данного синдрома у этих категорий больных. Данным больным будет выполнена профилометрия и сфинктерометрия с целью оценки функциональных показателей до лечения.

Лечение будет проводиться посредством проведения ретроградной стимуляции тазовых нервов, направленных на повышение сократительной способности мышц промежности и назначения фармакологической терапии. Оценка результатов будет проводиться с интервалами 3, 6, 9 месяцев и 1 год посредством заполнения опросников СНПР и выполнения профилометрии и сфинктерометрии.

**Результаты.** В результате проведенного исследования планируется разработать оптимальный алгоритм лечения и реабилитации пациентов с СНПР, что позволит улучшить качество жизни у этой категории больных.

АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ НАЗНАЧЕНИЙ  
НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ПО КРИТЕРИЯМ  
БИРСА ПАЦИЕНТАМ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА И ИХ СВЯЗЬ С  
ПАДЕНИЯМИ

Никулин В.Э., Бордовский С.П., 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:** анализ частоты встречаемости критериев Бирса для выявления потенциально не рекомендованных лекарственных средств (ЛС) у пациентов старческого возраста, а также их связи с лекарственно-индуцированными падениями.

**Материалы и методы.** Был проведен анализ частоты встречаемости критериев Бирса для потенциально не рекомендованных ЛС у пациентов старческого возраста, а также их связи с лекарственно-индуцированными падениями.

Листы назначений пациентов из двух групп (966 всего) - с падениями (165) и без (806) - были проанализированы. Все пациенты находились на лечении в кардиологическом стационаре и получали в среднем  $8.95 \pm 2.44$  препаратов. Для каждого пациента был составлен список международных непатентованных названий (МНН) ЛС из листа назначений. Далее был проведен анализ лекарственных препаратов из листа лекарственных назначений на предмет наличия потенциально не рекомендованных ЛС (ПНЛС по критериям Бирса). Для расчета критерия хи-квадрата Пирсона и для вычисления t-критерия Стьюдента использовалось приложение Statistica v.13.3.

**Результаты и обсуждение:** Всего было выявлено 2041 критериев. 1666 в группе с падениями и 375 в группе без. Был составлен список наиболее часто встречаемых критериев (падение vs нет падения):

1. Нейролептики, мочегонные, карбамазепин и др: Могут усугубить или вызвать неадекватной секреции антидиуретического гормона или гипонатриемию - 164 vs 986 (59,18%)  $p=,00001$
2. НПВС, верапамил при сердечной недостаточности (способны стимулировать задержку жидкости в организме и усугублять сердечную недостаточность) 31(8,27%) vs 204 (12,24%)  $p=,0292$
3. Антигистаминные препараты первого поколения (высокий антихолинергический потенциал, высокий риск развития спутанности сознания) 16 (4,27%) vs 4 (0,24%)  $p=,00001$
4. Дигоксин при ФП (доступны более эффективные альтернативы. Рост смертности) 17 (4,53%) vs 101 (6,06%)  $p=,2517$
5. НПВС (повышенный риск желудочно-кишечного кровотечения, развитие язвенной болезни и острой почечной недостаточности у пожилых) 12(3,2%) vs 1 (0,06%)  $p=,00001$
6. Нейролептики первого (типичные) и второго (атипичные) поколений (повышенный риск инсульта, быстрого снижения когнитивных функций и смертности у лиц с деменцией) 10(2,67%) vs 21 (1,26%)  $p=,0433$

Полученные данные говорят о наличии достоверной связи между наличием критерия для H1-блокаторов гистаминовых рецепторов и падением.

Необходимо пояснить, что критерий Бирса по ЛСПРП (лекарственным средствам провоцирующим падения) при падениях и переломах в анамнезе - нейролептики - 18 (4,8%); небензодиазепиновые агонисты бензодиазепиновых рецепторов - 7 (1,87); бензодиазепины - 6 (1,6%); опиоидные - 6 (1,6%); противосудорожные - 5 (1,33%) в список включен не был, так как он активизировался после факта падения и требовал отмены

соответствующих препаратов в группе 1. Соответственно, во второй группе данные препараты не считались нежелательными для назначения ввиду отсутствия падений в анамнезе. Данный критерий был выявлен только в группе 1, из чего можно предположить, что наличие падения в анамнезе - повод для отмены препарата.

**Заключение:** Из анализа полученных данных можно сделать вывод о том, что критерии Бирса у пациентов в обеих группах встречаются довольно часто, однако некоторые критерии достоверно чаще обнаруживаются группе с падением, что можно использовать для предотвращения этой нежелательной лекарственной реакции в будущем.

## БИОЭНЕРГОИНФОРМАЦИОННОЕ СОСТОЯНИЕ ВОДНОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА

Нуртдинова Л.Р., старший лаборант кафедры медицинской техники;

Герасимова А.И., студентка, РУДН, Медицинский институт

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

Руководитель: Павлов А.Н., д.ф-м.н., проф.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

**Цель исследования:** целью данной работы является изучение механизмов изменения состояния водных кластеров водно-белково-нуклеинового комплекса, определяющего жизнедеятельность клеток, при помощи воздействия «высокочастотных» электромагнитных полей в замкнутом объёме.

Многочисленные перестройки водных кластеров изменяют условия межклеточного ионного обмена, при этом состояние биологической структуры всех составляющих организма, связанных с водной составляющей, может существенно изменяться при внешнем воздействии электромагнитного поля (ЭМП).

В процессе распространения ЭМП в «волноводе» создаётся продольная электромагнитная волна (ПЭМВ) в которой преобладает мода Е- типа. Если энергия ПЭМВ превышает энергию связи компонентов исследуемой жидкости, то в ней происходят межмолекулярные перестройки молекул.

**Материалы и методы.** В работе исследуемыми объектами являлись: вода, подготовленная различным способом, и плазма крови человека. Измерялась амплитудно-частотная характеристика (АЧХ) ПЭМВ на анализаторе марки Х1-55. Эксперимент проводился в кварцевой трубке, диаметром 25 мм и длиной 400 мм, с вмонтированными медными электродами, осуществляющими контакт с водой. Мощность входного сигнала составляла 250 мВт. Активированная вода получалась с помощью электролизёра «Ива – 1».

**Результаты.** Поскольку молекулы воды обладают большим дипольным моментом (1,9Д), то они при взаимодействии образуют связанные структуры (кластеры), способные поглощать и излучать электромагнитные излучения (ЭМИ).

Изучались АЧХ воды с различным рН при воздействии ЭМИ в частотном диапазоне 1 – 150 МГц, в котором проявлялись стабильные по частотному расположению пики оптического пропускания. В результате электролиза исходной воды с рН=7,3 получалась кислотная вода с рН=2,9 и щелочная вода с рН=11,2.

Сравнение зависимостей АЧХ исходной воды и после смешивания, полученных электролизом кислотной и щелочной составляющих, указывает на практически неизменный характер АЧХ. С позиций электрохимии это ожидаемый результат, но важно отметить, что он является доказательством сохранения кластерной памяти исходной воды (с рН=7,3) после разложения её на две различные по кластерному составу составляющие (с рН=2,9 и рН=11,2).

Общую картину структурных кластерных перестроек можно описать изменением состояния водной составляющей организма при

электромагнитном воздействии, что является стартовым процессом последующих внутриклеточных изменений, ответственных за функционирование организма в целом.

**Выводы.** Таким образом, на основании проведенной работы можно утверждать, что за биологическую реакцию организма на воздействие электромагнитного излучения УКВ и СВЧ излучения полностью ответственна водная составляющая, что не исключает получения уникальных результатов при использовании других электромагнитных, акустических, температурных и иных методов воздействия на водный каркас человека, определяющих условия его жизнедеятельности.

## ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ПАЙРА

Облогина И.С., ординатор кафедры педиатрии с курсом поликлинической педиатрии им. Г.Н. Сперанского РМАНПО; Петросян А.В., студентка 6-го курса лечебного факультета ПМГМУ им. И.М.Сеченова

Руководитель: Захарова И.Н. д.м.н. проф., зав. кафедрой педиатрии с курсом поликлинической педиатрии им. Г.Н. Сперанского РМАНПО  
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

**Цель работы:** показать значимость своевременной диагностики на прогнозы и лечение при болезни Пайра.

Болезнь Пайра - это симптомокомплекс, который описывает различные проявления сужения и перегиба толстой кишки в области селезеночного угла. Анатомически эта часть кишечника прикреплена связками в области селезенки и сопровождается удлинением поперечно-ободочной кишки, что в свою очередь приводит к колостазу и развитию множества симптомов.

Основными жалобами при данной патологии являются запоры являются ведущим симптомом. Запоры чаще упорные, плохо поддающиеся терапии, сопровождаемые болевым синдромом. Также могут сопутствовать

такие симптомы как тошнота, рвота и неспецифические симптомы как головные боли, раздражительность, нарастание интоксикации. Диагностика данной патологии проводится по ирригоскопии/ирригографии и является основным критерием постановки диагноза. Чаще всего дети с таким диагнозом имеют длительную историю диагностики и лечения заболевания.

**Клинический случай 1:** Ребенок 6 лет, мальчик. Жалобы на периодические запоры и каломазание. Анамнез заболевания: жалобы на запоры с раннего возраста, с 2-х лет отмечается каломазание. В связи с энкопрезом, ребенок консультирован неврологом. Назначенная терапия ноотропными препаратами – без эффекта. Несколько раз ребенок обследован в условиях стационара, получал терапию препаратами на основе полиэтиленгликоля короткими курсами. При этом физическое развитие ребенка соответствует возрасту. В возрасте 6 лет впервые проведена ирригография. По данным рентгенограмм обращает на себя внимание удлинение поперечно-ободочной кишки, высокое крепление селезеночного угла, и наличие нескольких дополнительных петель сигмовидной кишки. Ребенку поставлен основной диагноз: болезнь Пайра.

**Клинический случай 2:** мальчик 17 лет. Ранний анамнез без особенностей. С 8 месяцев жизни появились запоры. С 5 лет появились боли в животе, спастического характера с нарастанием интенсивности к вечеру и ночью, тошнота и редко рвота. Стул до 7 раз в сутки, на фоне диеты жалобы на боли в животе уменьшались. Ребенок неоднократно консультирован гастроэнтерологом, назначалась симптоматическая терапия с незначительным положительным эффектом. С 7-летнего возраста наблюдается с диагнозом: хронический дуоденит, реактивный панкреатит. Запор. При госпитализации в 17 лет - жалобы на боли в животе беспокоят периодически, не купируются приемом спазмолитиков. Мальчик отмечает часто непродуктивные позывы на дефекацию, нарушение сна, усталость, сонливость. Стул нерегулярный с чередованием запора и диареи. Тошнота и рвота периодами без четкой связи с едой или респираторной инфекцией. При

осмотре: выражен синдром астении, хронической интоксикации, болевой синдром постоянный. Самочувствие страдает, аппетит снижен, выраженная сонливость. Телосложение пониженного питания, ПЖК развита недостаточно, ИМТ 15,6. Кожные покровы бледные, периорбитальные тени выражены. Нарушение осанки позвоночника, деформация грудной клетки. В сердце выслушивается систолический шум на верхушке, тоны ясные, ритмичные. АД 84/65. Живот западает. При пальпации болезненный в околопупочной и надлобковой области. Стул нерегулярный, чаще твердый, эпизоды разжижения стула, желто-коричневого цвета. При ирригографии выявлена фиксация селезеночного угла, и трансверзоптоз. Поставлен диагноз: болезнь Пайра, хронический колит.

**Выводы.** Болезнь Пайра является сложным для диагностики заболеванием, который значительно снижает качество жизни пациента. Более ранняя диагностика помогает справиться с дальнейшими последствиями запоров и кишечных нарушений, а также предотвратить хронизацию сопутствующей патологии и осложнений.

ЭТИОЛОГИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ БЕТА-ГЕМОЛИТИЧЕСКОГО  
СТРЕПТОКОККА ГРУППЫ А ПРИ ОСТРЫХ ИНФЕКЦИЯХ ВЕРХНИХ  
ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

Облогина И.С.<sup>1</sup>, клинический ординатор кафедры педиатрии с курсом  
поликлинической педиатрии им. академика Г.Н. Сперанского;

Суходольская Е.М.<sup>2</sup>, врач-педиатр ГБУЗ ДГП №133 ДЗМ

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

Заплатников А.Л., д. м. н., проф.

<sup>1</sup>ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

<sup>2</sup>ГБУЗ ДГП №133 ДЗМ

**Цель исследования:** уточнить этиологическую роль бета-гемолитического стрептококка группы А при острых инфекциях верхних дыхательных путей у часто болеющих детей.

**Материалы и методы.** В 2016-2017 гг. проведено изучение этиологической роли бета-гемолитического стрептококка (БГСА) при острых инфекциях верхних дыхательных путей у 150 часто болеющих детей (возраст от 3 лет до 17 лет). Обследование на БГСА проводили классическим бактериологическим методом, а также с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР). Забор мазков со слизистых небных миндалин и задней стенки глотки осуществляли на 1-2 день развития острой инфекции верхних дыхательных путей, до назначения антибактериальных препаратов. Исследование выполнено в амбулаторных условиях.

**Результаты.** Анализ результатов проведенного исследования свидетельствует о том, что при развитии острых инфекций верхних дыхательных путей у часто болеющих детей (ЧБД) в 14,0% случаев имело место обнаружение БГСА на слизистых небных миндалин и/или задней стенки глотки. При этом, в подавляющем большинстве случаев отмечали клинические проявления по типу назофарингита. Клинические проявления по типу «лакунарной ангины» не были отмечены ни у одного пациента.

Установлено, что существенных различий в частоте выявления БГСА при использовании различных методов верификации возбудителя (бактериологический, ПЦР) отмечено не было.

Показано, что, несмотря на диспансерное наблюдение детей в "группе ЧБД", а также анамнестические данные о рекуррентном характере инфекций верхних дыхательных путей с клиническими проявлениями в виде назофарингита, обследование пациентов на БГСА ранее не проводилось.

Установлено, что отсутствие целенаправленного обследования на БГСА было обусловлено недооценкой этиологического значения искомого возбудителя в генезе острых инфекций верхних дыхательных путей у детей указанной группы, что приводит к отсутствию адекватной терапии, формированию хронических очагов инфекции и высокому риску развития стрептококк-ассоциированных осложнений.

**Выводы.** У часто болеющих детей БГСА является этиологическим фактором острых инфекций верхних дыхательных путей в 14,0% случаев. При этом обнаружение БГСА не коррелирует с клиническими проявлениями в виде "лакунарной ангины". Учитывая этиологическое значение БГСА в генезе острых инфекций верхних дыхательных путей у часто болеющих детей, а также высокий риска развития стрептококк-ассоциированных осложнений, необходимо активно использовать современные методы диагностики для своевременной верификации возбудителя и назначения этиотропной терапии.

# СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТА У ДЕТЕЙ

Оборкин В.Ю., аспирант кафедры детской оториноларингологии

Руководитель: Карпова Е.П., д.м.н., проф.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

В настоящее время отмечается неуклонный рост количества детей, часто и повторно болеющих острым тонзиллофарингитом, для разработки методов реабилитации необходима оценка факторов неспецифической резистентности микрофлоры ротоглотки.

**Цель исследования:** изучить метаболическую активность микрофлоры ротоглотки у часто болеющих детей с тонзиллофарингитом на основании определения спектра короткоцепочечных жирных кислот (КЖК).

**Материал и методы.** В проведенное исследование включено 164 часто болеющих детей в возрасте от 3 до 14 лет. Проведено исследование микрофлоры ротоглотки методом полимеразной цепной реакции (ПЦР), в мазках со слизистой, и методом газожидкостной хроматографии с определением концентраций КЖК (в не стимулированной слюне).

**Результаты.** При ПЦР диагностике в подавляющем большинстве случаев у детей с острым тонзиллофарингитом обнаружены вирусно-бактериальные ассоциации (69% случаев). При оценке метаболической активности отмечены признаки гиперактивации микрофлоры с суммарной продукцией КЖК в среднем до 118,4% от референсного интервала на фоне преимущественной активации аэробных бактерий (анаэробный индекс 66,8%). Для наблюдавшихся часто болеющих детей с острым тонзиллофарингитом было преобладание бактериального протеолиза (70% пациентов) и дефицит концентрации масляной кислоты на уровне 63% от нормы ( $p > 0,05$ ).

**Заключение.** Исследование метаболической функции микрофлоры ротоглотки позволило установить наличие закономерностей: глубокого

дефицита маслянокислого брожения (признак повреждения эпителия) и активации строгих протеолитических анаэробов (следствие изменения состава субстратов бактериального брожения на фоне воспаления). Полученные данные могут быть использованы для решения вопроса о необходимости применения антимикробной терапии.

## ОЦЕНКА ПЕРФУЗИИ ЛЕГКИХ ПРИ КОМПЬЮТЕРНО- ТОМОГРАФИЧЕСКОЙ АНГИОПУЛЬМОНОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Оганесян А.А., аспирантка кафедры рентгенологии и радиологии

Руководитель: Сеницын В.Е., д.м.н., проф.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

**Цель исследования:** определить роль йодных карт в диагностике острой тромбоземболии легочной артерии (ОТЭЛА) при компьютерно-томографической ангиопульмонографии (КТА).

**Актуальность.** По данным некоторых авторов смертность при ТЭЛА составляет около 30% [Верткин А.Л., Грицанчук А.М., 2014]. Следует отметить, что при жизни диагноз ТЭЛА устанавливается менее чем в 70% случаев. Недооценка так называемых малых форм эмболии в клинической практике недопустима, ибо это есть пусковой момент к развитию сложных регионарных дисфункций легких, ведущих к хроническому течению заболевания.

В мировой литературе имеются расхождения мнений по целесообразности оценки перфузии при ТЭЛА, а также в необходимости к лечению тромботического поражения субсегментарных артерий.

**Материалы и методы.** На базе Центра лучевой диагностики ФГАУ "ЛРЦ" МЗ РФ 130 пациентам (мужчины – 63 чел., женщины – 67 чел., средний возраст 65±8 лет) с подозрением на острую тромбоземболию

легочной артерии была проведена КТА. Диагноз ОТЭЛА был подтвержден у 33 пациентов (25%).

Из 33 пациентов с подтвержденным диагнозом ОТЭЛА 23 пациентам была выполнена двухэнергетическая КТА на аппарате Discovery HD 750 (GE) с использованием режима GSI и дальнейшим построением йодных карт. 10 пациентам КТА проводили на аппарате Aquilion ONE (Toshiba) с использованием протокола сканирования LungSubtraction и последующим построением субтракционных йодных карт.

**Результаты.** Проводился анализ уровня и степени тромботического поражения, оценка размеров камер сердца, определения характера изменений легочной паренхимы и изменений кровеносного русла на йодных картах.

У 30 пациентов (91%) тромбы определялись на уровне сегментарных артерий, у 27 пациентов (82%) – на уровне долевых, у 11 пациентов (33%) - на уровне главных легочных артерий. У 16 пациентов (48,6%) дефекты контрастирования были выявлены на уровне субсегментарных ветвей.

Дилатация правых камер сердца наблюдалась в 50% наблюдений.

На йодных картах дефекты перфузии определялись у 26 пациентов (79%), в то время, как инфаркт-пневмония у 15 пациентов (45%). Дефекты перфузии определялись в случае полной либо частичной окклюзии долевых, сегментарных ветвей, при тромботических поражениях нескольких субсегментарных артерий.

У 2 пациентов диагноз тромбоэмболии мелких ветвей легочных артерий был подтвержден при анализе йодных карт и последующим ретроспективным анализе легочного русла.

Отмечена корреляционная связь между выраженностью дефектов перфузии и поражения сегментарных артерий.

Однако, при протяженном тромботическом поражении артерий крупного калибра (правая и левая легочные артерии, долевые артерии) дефект перфузии не всегда наблюдался (около 24% наблюдений).

Степень дилатации правых камер сердца соответствовала выраженности легочной гипертензии, а также коррелировала с выраженностью поражения легочных артерий.

**Заключение.** Использование йодных карт позволяет проводить одномоментную оценку состояния легочного русла и перфузии легких. Йодные карты дополняют диагностическую картину при ОТЭЛА, характеризуя состояние микроциркуляторного русла в момент исследования. Йодные карты могут использоваться в качестве прогностического критерия и дополнять показания к выбору лечебной тактики.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ ГЕМОСТАТИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА «ГЕМОБЛОК» ПРИ ТОЛСТОКИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Озерова О.С., ординатор отделения

эндоскопической диагностики и хирургии

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

ФГБУ "ГНЦ Колопроктологии им А.Н. Рыжих" Минздрава России, г. Москва

**Введение.** На долю кровотечений из толстой кишки (артериальных, венозных, капиллярных) приходится 20-25% от общего числа желудочно-кишечных кровотечений, из них постполипэктомические кровотечения встречаются в 1-6% случаев. При капиллярных кровотечениях имеется большая площадь поражения, поэтому, в клинической практике значительный интерес представляет местный препарат "Гемоблок", гемостатический эффект которого достигается за счет образования полимерного комплекса при взаимодействии с белками плазмы крови.

**Цель исследования:** оценить эффективность эндоскопического применения гемостатического препарата "Гемоблок" в остановке и профилактике толстокишечных кровотечений.

**Материалы и методы.** В исследование включено 49 больных (19 мужчин и 29 женщин в возрасте от 22 до 80 лет), которым проводился эндоскопический гемостаз препаратом "Гемоблок".

Для профилактики постполипэктомического кровотечения применялась подслизистая инъекция 2,5-5 мл препарата перед удалением образования (20 человек) или орошение раневой поверхности 10-30 мл препарата после его удаления (8). С целью гемостаза орошение кровоточащей раневой поверхности (с экспозицией в 3-15 минут) использовалось после биопсии (6) и после полипэктомии (13). 1 пациенту путем орошения был произведен эндоскопический гемостаз при кровотечении из язвы тонкокишечного резервуара.

В 33 случаях "Гемоблок" применялся как самостоятельный метод гемостаза, а в 15 - как дополнительный, после клипирования или наложения гемостатических щипцов.

**Результаты.** У 48 из 49 пациентов, которым производился гемостаз препаратом "Гемоблок" в профилактических или лечебных целях, был достигнут положительный результат, отмечено, что гемостатический эффект развивается в среднем через 2-5 минут после орошения. В 1 случае состоявшегося постполипэктомического кровотечения применение раствора "Гемоблок" оказалось неэффективным, потребовались дополнительные методы - клипирование, коагуляция гемостатическими щипцами и орошение места полипэктомии порошком "Эндоклот". Ни в одном из случаев не было отмечено инфекционных осложнений и аллергических реакций на введение препарата.

**Выводы:**

- гемостатический препарат "Гемоблок" является эффективным, надежным и безопасным средством для профилактики и остановки капиллярных толстокишечных кровотечений;
- препарат не вызывает аллергических реакций и инфекционных осложнений, а также не влияет на гемостаз в общем кровотоке;

- «Гемоблок» может применяться как самостоятельный способ остановки кровотечения, так и в сочетании с дополнительными методами (клипирование, гемостатические щипцы);
- применение препарата "Гемоблок" при капиллярных толстокишечных кровотечениях является достаточно простым и не требует использования дополнительного дорогостоящего эндоскопического оборудования.

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РОТАЦИОННОЙ ПЛАСТИКИ

Омарова М.М., ординатор кафедры колопроктологии

Руководитель: Шелыгин Ю.А., д.м.н., проф., член-корр. РАН, заведующий  
кафедрой колопроктологии

ФБГОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

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

**Материалы и методы.** Несмотря на то, что за последние десятилетия предложено более 50 различных хирургических методов, в том числе и пластических, вопрос о выборе способа хирургического лечения ЭКХ остается открытым и в настоящее время. При этом наиболее дискуссионным остается вопрос о необходимости и способе закрытия либо уменьшения дефекта, возникшего после удаления осложненных форм ЭКХ. Обширные раневые дефекты, возникающие после полноценной ликвидации гнойного процесса, сроки заживления ран, превышающие 6-8 месяцев, деформирующие крестцово-копчиковую область рубцы – все это обуславливает необходимость разработки и применения пластических способов хирургической коррекции ЭКХ. В то же время, особенности кровоснабжения и иннервации крестцово-копчиковой области

обуславливают значительное число гнойно-воспалительных осложнений и рецидивов заболевания при их использовании.

Анализ современной литературы позволил выявить отсутствие четких показаний и противопоказаний к применению пластического этапа после удаления ЭКХ, нет четких критериев выбора того или иного метода. Кроме того, в арсенале современного колопроктолога вообще отсутствуют пластические способы хирургического лечения ЭКХ, основанные на детальном анализе особенностей иннервации и кровоснабжении крестцово-копчиковой области. Все вышеизложенное свидетельствует о крайней актуальности данной проблемы.

Планируется разработка нового метода ротационной пластики, основанного на изучении особенностей иннервации и кровоснабжения крестцово-копчиковой области. В дальнейшем планируется проспективное рандомизированное исследование, в которое будут включены 100 пациентов с осложненными формами ЭКХ. В основную группу войдут пациенты, которым пластическое закрытие раневых поверхностей будет выполнено путем перемещения кожно-подкожного лоскута, форма которого будет детерминирована с учетом всех особенностей иннервации и кровоснабжения крестцово-копчиковой области, в контрольной группе для уменьшения раневой поверхности будет использован способ подшивания краев раны ко дну.

В процессе исследования будут оценены следующие параметры: продолжительность оперативного вмешательства (мин.); интенсивность послеоперационного болевого синдрома (по шкале VAS, баллы); ранние послеоперационные осложнения; длительность пребывания пациентов в стационаре (сутки); сроки восстановления социальной и трудовой активности пациентов (сутки); качество жизни в послеоперационном периоде у больных, перенесших хирургическое лечение ЭКХ (шкала SF-36); сроки заживления раны (сутки); оценка динамики заживления раны; частота рецидивов.

**Результаты.** В результате использования разработанного пластического способа планируется достичь сокращения периода пребывания пациента в стационаре после операции, сокращения сроков заживления раны, уменьшения частоты рецидивов заболевания, снижения периода временной нетрудоспособности на 40-60%.

**Выводы.** Планируемое исследование позволит не только внедрить новый способ лечения ЭКХ, но, прежде всего, выработать четкие показания к применению пластического этапа при хирургическом лечении ЭКХ.

## ДИНАМИКА ЛАБОРАТОРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ МАРКЕРОВ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА РАЗЛИЧНЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ

Орешкина А.А., студентка 4-го курса группы 14ЛЛ5

Руководители: Олейников В.Э. д.м.н, проф., зав. кафедрой терапии; Душина  
Е. В., асс. кафедры терапии

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

Одним из осложнений перенесенного инфаркта миокарда с подъёмом сегмента ST (ИМпST) является развитие хронической сердечной недостаточности (ХСН), лабораторным маркером прогрессирования которой является концентрация мозгового натрийуретического пептида (BNP), а функциональным – результаты теста с 6-минутной ходьбой.

**Цель исследования:** сопоставить динамику уровня BNP и дистанции, пройденной по данным теста с 6-минутной ходьбой, у постинфарктных пациентов.

**Материалы и методы исследования:** объектом исследования явились 50 больных ИМпST в возрасте  $53,5 \pm 8,3$  лет: 43 (86%) мужчины и 7 (14%) женщин. Критерии включения: возраст от 30 до 65 лет, подтверждённый

ИМпСТ по данным 12-канальной ЭКГ покоя и повышению уровня кардиоспецифических ферментов. Критерии исключения: повторный инфаркт миокарда, тяжелые сопутствующие заболевания в стадии декомпенсации.

В ходе лечения всем пациентам проводилась реваскуляризация: чрескожное коронарное вмешательство - 22 (44%), тромболитическая терапия - 1 (2%), комбинированная реперфузия - 27 больным (54%). Время от развития болевого синдрома до проведения тромболитической терапии составило 190 (69; 360) мин., до эндоваскулярного вмешательства – 8,7 (4,2; 19,5) часа. На 7-е сутки, 24-й и 48-й неделях после ИМпСТ проводилось определение уровня BNP. Каждые 12 недель наблюдения выполнялась диагностика функционального состояния пациентов на основании результатов теста с 6-и минутной ходьбой. В зависимости от локализации области инфаркта по данным 12-канальной ЭКГ покоя при поступлении, больные разделены на 2 группы: группа 1 – 30 (60%) человек с передней локализацией инфаркта, группа 2 – 20 лиц (40%) с ИМпСТ задней стенки. Пациенты сравниваемых групп не отличались по возрасту, росту, весу, наследственной предрасположенности, наличию вредных привычек (курение) и артериальной гипертензии.

**Результаты.** Уровень BNP на 7-е сутки в группе 1 преобладал над таковым во 2-й группе - 112,5 пг/мл (95%ДИ 66,87; 158,1 пг/мл) против 62,15 пг/мл (95%ДИ 37,64; 86,66 пг/мл) ( $p=0,04$ ). При последующем наблюдении только к 48-й неделе постинфарктного периода получено снижение концентрации BNP в группе 1 до 73,8 пг/мл (95% ДИ 44,8; 102,8 пг/мл) ( $p=0,02$ ). Достоверной динамики изменения уровня BNP в группе 2 на протяжении всего времени обследования не выявлено. К завершению исследования BNP в группе 1 по-прежнему оставался выше и составил 72,8 пг/мл (95% ДИ 50,47; 95,15 пг/мл) против 47,84 пг/мл (95% ДИ 30,5; 65,2 пг/мл) в группе 2 ( $p=0,03$ ). При изучении результатов теста 6-и минутной ходьбы на различных этапах наблюдения достоверной изменениях дистанции

пройденного расстояния в обеих группах не получено.

**Выводы.** Более высокие значения BNP на протяжении всего времени обследования в группе инфаркта миокарда передней локализации по сравнению с группой с поражением задней стенки свидетельствуют о более обширной зоне поражения сердечной мышцы и тенденции к прогрессированию ХСН.

## ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА CES1 НА АНТИАГРЕГАНТНЫЙ ЭФФЕКТ БЛОКАТОРА P2Y12 РЕЦЕПТОРОВ КЛОПИДОГРЕЛА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Осипова Д.В., студентка 4 курса ДОП МШ МБ лечебного факультета

Руководитель: Мирзаев К.Б., к.м.н., старший научный сотрудник

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

**Цель.** Изучить влияние полиморфизма rs2244613 гена CES1 на антиагрегантный эффект препарата у больных, перенесших ОКС или процедуру чрескожного коронарного вмешательства, принимающих клопидогрел.

**Материалы и методы.** В исследование включен 81 пациент (64 мужчины и 17 женщин, средний возраст:  $63,9 \pm 10,9$ ), поступившие с диагнозом ОКС, и принимающие клопидогрел. Забор цельной крови из локтевой вены для измерения агрегации тромбоцитов осуществлялся на 3-5 сутки после ОКС и ЧКВ. Для забора крови использовались вакуумные пробирки Greiner Bio-One Vacuette (Greiner Bio-One, Австрия) на 2 мл с 3,2% цитратом натрия. Измерение остаточной реактивности тромбоцитов проводилось с использованием портативного прикроватного агрегометра «VerifyNow®» P2Y12 assay (Accumetrics, San Diego, CA, USA). Показатели PRU выше 208 свидетельствовали о высокой остаточной реактивности тромбоцитов, что говорило о низком уровне антиагрегантного ответа на

прием клопидогрела. Показатели PRU ниже 208 соответствовали нормальному терапевтическому действию препарата. Определение полиморфизма гена CES1 rs2244613 проводилось методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени.

**Результаты.** Генотип CC по CES1 был обнаружен у 37 пациентов (45,6%), генотип CA у 42 пациентов (51,8%), генотип AA у 2 пациентов (2,6%). Распределение генотипов не соответствовало равновесию Харди-Вайнберга ( $p=0,01$ ). Частота встречаемости аллельного варианта C составила 97,5%. Уровень остаточной реактивности тромбоцитов у носителей полиморфизма rs2244613 гена CES1 оказался выше по сравнению с пациентами, не имеющими данный аллельный вариант:  $183,23 \text{ PRU} \pm 37,24$  vs  $154,3 \text{ PRU} \pm 60,36$  ( $p= 0,036$ ).

**Выводы.** Обнаружена статистически значимая зависимость между носительством полиморфизма rs2244613 гена CES1 и уровнем остаточной агрегации тромбоцитов среди пациентов с острым коронарным синдромом и чрескожным коронарным вмешательством, принимающих клопидогрел. Требуется дальнейшее изучение роли данного полиморфизма в метаболизме препарата для оценки его значения для персонализации антиагрегантной терапии клопидогрелом.

# РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВАРИАНТОВ ГЕНОТИПОВ *VEGFA* СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С ВЛАЖНОЙ ФОРМОЙ ВОЗРАСТНОЙ МАКУЛЯРНОЙ ДЕГЕНЕРАЦИИ

Османова Э.Р., аспирант кафедры офтальмологии

Научный руководитель: Мошетова Л.К., д.м.н., проф., академик РАН

Научный консультант: Сычев Д.А., д.м.н., проф.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

**Актуальность.** К настоящему времени известно, что на территории Европы возрастная макулярная дегенерация (ВМД) занимает первое место среди причин необратимой слепоты и слабовидения. Экссудативная форма ВМД формируется только в 10-15% случаев, однако именно она приводит к быстрому и необратимому снижению остроты зрения.

Макулярный отек при влажной форме возрастной макулярной дегенерации сопровождается патологической хориоидальной неоваскуляризацией, возникающей вследствие локальной ишемии, нарушения тканевой перфузии сетчатки, что приводит к активизации ангиогенных факторов.

На сегодняшний день установлено, что главным регулятором ангиогенеза является фактор роста эндотелия сосудов - VEGFA. Именно он играет ключевую роль в формировании хориоидальной неоваскуляризации.

Проблема поиска генетических маркеров, ассоциированных с риском развития влажной формы возрастной макулярной дегенерации и степенью терапевтического ответа на антиангиогенную терапию является необходимой для персонализации терапии, возможности избежать лишних затрат и нежелательных лекарственных реакций.

**Цель исследования:** выявление ассоциации развития влажной формы возрастной макулярной дегенерации с носительством аллелей и генотипов по полиморфному маркеру гена фактора роста эндотелия сосудов.

**Материалы и методы.** В исследование включены 60 пациентов. Из них 30 пациентов контрольной группы без дегенеративных изменений сетчатки и 30 пациентов с влажной формой возрастной макулярной дегенерации. Все пациенты были генотипированы по аллельному варианту VEGFA (rs699947), аллели CC, CA и AA с помощью полимеразной цепной реакции в реальном времени с анализом полиморфизма длины коротких фрагментов цепи (Прибор- амплификатор CFX96 Touch метод детекции – Real Time, производитель: BioRad, США). Полученные при изучении распространенности генотипов по полиморфному маркеру результаты сравнили между пациентами группы контроля и пациентами с макулярным отеком. Статистические данные обрабатывали с использованием показателя  $\chi^2$  Пирсона с помощью программы INSTAT

**Результаты.** В группе пациентов с возрастной макулярной дегенерацией аллель С встречался в 51,67% случаев, аллель А в 48,33%. Результаты по генотипам: CC - 20%, CA - 56,6 %, AA - 23.3%.

У пациентов контрольной группы аллель С встречался в 58,33% случаев, аллель А в 41,67%; генотипы CC, CA и AA определились с частотой 16.6%, 50% и 33,3 % соответственно. Существенных отклонений от распределения по закону Харди-Вайнберга не выявлено ( $\chi^2 = 0,7453$ ;  $p = 0,6889$ ).

**Обсуждение.** Показано, что распространенность генотипов CC и CA среди пациентов с дегенерации макулы больше, чем у пациентов контрольной группы, в отличие от генотипа AA. Однако частота встречаемости изучаемых аллелей и генотипов по полиморфному маркеру гена фактора роста эндотелия сосудов между пациентами с экссудативной формой возрастной макулярной дегенерацией и пациентами контрольной группы статистически достоверно не различалась.

# ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ОМАЛИЗУМАБ В ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ КРАПИВНИЦЫ. ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ И ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Пантелеймонова П.М., ординатор кафедры аллергологии и иммунологии

Руководитель: Рахматуллина Н.М., к.м.н., доц.

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

**Цель исследования:** обзор литературы, посвященной лечению хронической крапивницы препаратом моноклональных антител омализумаб за последние 5 лет, рассмотрение клинического случая.

**Материалы и методы.** В обзоре литературы используются публикации электронного каталога республиканского медицинского библиотечно-информационного центра, поиск осуществлялся по словам: хроническая крапивница, омализумаб. Диагноз хроническая рецидивирующая крапивница выставлен согласно критериям федеральных клинических рекомендаций (РААКИ, 2015), оценка тяжести заболевания и эффективности лечения проводилась согласно Индексу Активности Крапивницы (UAS7).

**Результаты.** Установлено, что крапивница диагностируется у 15–25% людей в популяции, при этом четверть случаев приходится на хроническую крапивницу (ХК). До 60% больных ХК страдают аутоиммунной её формой. Аутореактивность у пациентов с ХК в настоящее время разделяют на два подтипа: появление IgG-аутоантител к FcεRI-рецепторам и появление IgE к аутоантителам. По-видимому, именно эти механизмы играют важную роль в дегрануляции тучных клеток, что позволяет говорить о положительной роли препаратов, снижающих уровень аутоантител. Омализумаб, представляя собой рекомбинантные гуманизированные моноклональные анти-IgE-антитела, связывает свободные IgE и, образуя биологически инертную молекулу, уменьшает вероятность их взаимодействия с тучными клетками; снижение циркулирующих (свободных) IgE уменьшает плотность высокоаффинных рецепторов FcεRI на поверхности тучных клеток и

базофилов, что приводит к снижению их возбудимости и предупреждает высвобождение провоспалительных медиаторов.

**Пациент К.**, 64 года обратился в ГЦА г. Казани с жалобами на множественные красные волдырные высыпания по всему телу. Больным себя считает с 2010 года, когда впервые заметил подобные элементы в области бёдер. В течение 7 лет неоднократно госпитализировался с диагнозами острая крапивница, затем хроническая рецидивирующая крапивница. В ходе обследований исключены возможные причины крапивницы в виде хронических очагов инфекции, аутоиммунных заболеваний, притом проба с аутосывороткой у пациента положительна. В течение нескольких месяцев К. получал терапию современными H1-блокаторами по 1т/сутки; далее с увеличением дозы до четырёхкратного приёма, согласно схеме терапии второй линии, в течение 4 недель без значительного терапевтического эффекта; в периоды госпитализации при обострении – инфузии раствора преднизолона 90 мг на 400 мг хлорида натрия. При последней госпитализации по шкале активности высыпаний и зуда UAS7 пациент отмечал 6 баллов за сутки и 36 баллов за неделю. Уровень IgE общего на тот момент составлял 16.56 МЕ/мл. 29.11.17 пациенту подкожно было введено 300мг омализумаба. В течение 1х суток количество высыпаний значительно сократилось, через 48 часов элементы исчезли полностью. Нежелательных эффектов пациент не отмечал. Уровень IgE общего при выписке – 92.18 МЕ/мл. Проба с аутосывороткой положительна. 09.01.18 и 07.02.18 проведены повторные введения препарата. Между введениями по шкале UAS7 пациент отмечал 0 баллов.

**Вывод.** Препарат омализумаб является действенной патогенетической терапией ХК; в ходе терапии реактивность кожи не меняется; омализумаб может являться препаратом выбора при хронической крапивнице с нормальным уровнем IgE общего; под действием препарата может наблюдаться увеличение IgE общего, что в литературе объясняется более медленным выведением IgE, связанного с молекулой препарата.

# ПРИМЕНЕНИЕ НЕСЕЛЕКТИВНЫХ $\beta$ -АДРЕНОБЛОКАТОРОВ ПРИ СИНДРОМЕ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Парусов А.И., аспирант кафедры гастроэнтерологии

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

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Цирроз печени – терминальная стадия хронического заболевания печени вирусной, алкогольной этиологии или в исходе неалкогольной жировой болезни печени, сопровождающегося тяжелым воспалением, некрозом гепатоцитов и фиброзом. Несмотря на стремительный прогресс в диагностических и терапевтических методах управления хроническими заболеваниями печени, лечение цирроза остается глобальной медико-социальной и экономической проблемой. Процесс характеризуется нарастанием отечно-асцитического синдрома, печеночной энцефалопатией и возможным развитием кровотечения из варикозно-расширенных вен, в следствие развития синдрома портальной гипертензии. В клинической практике актуальной является проблема профилактики развития кровотечения такого генеза. Для этого используются неселективные  $\beta$ -адреноблокаторы, которые позволяют снизить риск первого кровотечения приблизительно на 30–40%. Пропранолол является широко используемым неселективным  $\beta$ -адреноблокатором, обладающим антигипертензивным, антиангинальным и антиаритмическим эффектом. Кроме того, он способен снижать давление в системе воротной вены, что и обуславливает его назначение с целью превенции развития кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода. Препарат назначают в дозе, снижающей частоту пульса на 25% либо до 55 ударов в минуту при исходно низком пульсе.

Нами проведен статистический анализ данных историй болезни пациентов с диагнозом цирроз печени, находившихся на стационарном лечении в отделениях терапевтического и гастроэнтерологического профиля ГKB имени Братьев Бахрушиных ДЗМ и Центрального клинического военного госпиталя за 2015 – 2017 гг. Было госпитализировано 112 пациентов, из них 76 мужчин (67,9%) и 36 женщин (32,1%), преимущественно среднего возраста (85,7%). По этиологии у больных доминировал алкогольный генез (71 человек – 63,4%), класса В и С по Чайлд-Пью (103 человека – 90,9%). Из 112 пациентов,  $\beta$ -блокаторы были назначены 53 больным, из них неселективные, назначение которых показано при портальной гипертензии – 21, в корректной дозе (не менее 30 мг в сутки) лишь 9 пациентам, то есть 8% от общего количества больных, при том, что противопоказания к назначению  $\beta$ -адреноблокаторов такие, как артериальная гипотония, брадикардия и бронхиальная астма, имели всего 12 пациентов. У 90 пациентов (80% от общего количества) развилось варикозное расширение вен пищевода и печеночная гастропатия, которые стали причиной кровотечения у 15 больных. Одно из них привело к летальному исходу. Только двоим из этих пациентов были назначены неселективные  $\beta$ -адреноблокаторы (пропранолол) в адекватной суточной дозе, учитывая, что ни один из них не имел противопоказаний к применению лекарственных препаратов этой группы, четверо больных получали пропранолол в дозе ниже среднетерапевтической.

Таким образом, проблема применения неселективных  $\beta$ -адреноблокаторов при синдроме портальной гипертензии у больных циррозом печени остается актуальной и сегодня. Одним из путей решения проблемы применения и подбора дозы препарата может стать фармакогенетический подход. Целью предстоящего исследования является определение влияния полиморфизма генов цитохрома CYP2D6 на гемодинамический эффект пропранолола при синдроме портальной гипертензии. Основываясь на предполагаемых результатах работы возможна

перспектива создания практических рекомендаций по лекарственному мониторингу неселективных  $\beta$ -адреноблокаторов.

## РАННИЕ ПРЕДИКТОРЫ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ АТАКЕ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Плотникова Ю.В., ординатор кафедры колопроктологии

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

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Частота хирургических вмешательств при развитии тяжелой атаки язвенного колита остаётся на уровне 30-40%, несмотря на применение более агрессивных схем медикаментозного лечения. Это позволяет предположить существование когорты пациентов, изначально резистентных к консервативной терапии и нуждающихся в безотлагательном выполнении колэктомии. Более того, получены данные о значительном увеличении летальности и хирургических осложнений после проведения колэктомии на фоне длительного проведения медикаментозного лечения.

**Цель исследования:** изучение исходных данных у пациентов с тяжелой атакой язвенного колита для поиска предикторов бесперспективности медикаментозной терапии и определения показаний к незамедлительному выполнению хирургического лечения.

**Материалы и методы.** Был проведён обзор 68 литературных источников, в которых учитывалось влияние особенностей анамнеза, клинической картины и результатов лабораторно-инструментальных методов исследования на ближайшие исходы тяжелой атаки язвенного колита.

**Результаты.** Пол, возраст, вредные привычки не оказывали влияния на ближайшие исходы тяжелой атаки язвенного колита. Клинические данные в большинстве своём носили субъективный характер. Индексы риска колэктомии, введённые в клиническую практику, подсчитываются лишь на 3-

и сутки гормональной терапии, что лимитирует их использование у пациентов со сверхтяжелой формой язвенного колита. В среднем у 80% пациентов, прооперированных по причине резистентности к терапии, уровень С-реактивного белка и фекального кальпротектина превышали нормальные значения в десятки раз. У ряда авторов снижение уровня альбумина как в 1-ый день лечения, так и в динамике на 3-и сутки являлось одним из предикторов хирургического лечения. Несмотря на обширную доказательную базу связи лабораторных показателей с последующим проведением срочного оперативного вмешательства, универсальных пороговых значений установлено не было. Практически все случаи колэктомии были ассоциированы с наличием глубоких протяжённых язвенных дефектов в слизистой кишечника.

**Заключение.** Согласно полученным данным, в настоящее время не обнаружено универсальных маркеров либо их комбинации, свидетельствующих о неэффективности консервативной терапии тяжелой атаки ЯК. Существует необходимость в проведении исследования, направленного на поиск связи лабораторных показателей и эндоскопической картины с неизбежным хирургическим лечением.

# ИЗУЧЕНИЕ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ПРИМЕНЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ НА РЫНКЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Полухин Н.В., аспирант кафедры общественного здоровья и здравоохранения  
имени Н.А.Семашко Медико-профилактического факультета  
Руководитель: Эккерт Н.В., д.м.н., проф.  
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России  
(Сеченовский Университет), г. Москва

**Цель исследования:** целью данного исследования являлось изучение отечественных и зарубежных литературных источников о возможностях применения современных информационных технологий для получения населением информации о деятельности медицинских организаций.

**Материалы и методы.** Проанализировано 38 литературных источников отечественных и зарубежных авторов о применении современных информационных технологий на рынке медицинских услуг. Использовались контент-анализ и аналитический метод.

**Результаты и обсуждение.** Анализ литературных источников о применении современных информационных технологий в деятельности медицинских организаций (МО) продемонстрировал, что в настоящее время открываются новые возможности в области формирования эффективной маркетинговой коммуникации и имиджа МО, в том числе на этапе выбора пациентами различных возрастных и социальных групп конкретной МО, основываясь на приоритетности рейтингов поисковых данных и полноте информации, представленной в Интернете. В свою очередь, правильная оценка потребностей пациентов позволит руководителям МО не только повысить эффективность маркетинговых коммуникаций, но и управлять ими, т.к. информация, представленная на сайте МО, может повлиять на выбор медицинских услуг пациентами и на объемы оказываемой медицинской помощи. Изучение рынка медицинских услуг, в том числе сегментация,

анализ конъюнктуры рынка, конкурентов, напрямую влияет на стратегические решения медицинской организации, на обеспечение финансовой стабильности её деятельности, и, соответственно, на увеличение конкурентоспособности МО. Немаловажно и то, что по сравнению с традиционными инструментами, рекламная кампания в Интернете связана с более низкими финансовыми затратами. В случае создания максимально ориентированного на потребности пациентов и хорошо структурированного интерфейса сайта МО, обладающего большей коммуникационной доступностью и полнотой информации, чем сайты аналогичных медицинских организаций-конкурентов, данная МО получит большие конкурентные преимущества на рынке оказания медицинских услуг населению и будет способствовать привлечению новых пациентов в МО, что в свою очередь напрямую повлияет на успех всей маркетинговой кампании.

**Выводы.** Для расширения возможностей применения маркетинговых коммуникаций в деятельности медицинской организации необходимо формирование принципов проектирования веб-интерфейсов, способствующих доступности всей информации в Интернете о МО и специалистах, работающих в ней; разработка эффективных и максимально универсальных стратегий контент-маркетинга в информационной среде; интеграция аналитической информации, начиная с этапа выбора гражданами МО, заканчивая сбором информации о пациентах, получивших медицинскую услугу, а также формирование позитивного отношения населения к МО. Данные задачи могут быть решены благодаря использованию информационных технологий при реализации комплексной маркетинговой стратегии в сети Интернет в сфере здравоохранения.

# СРАВНЕНИЕ ЧАСТОТЫ НАЗНАЧЕНИЯ ПОТЕНЦИАЛЬНО НЕ РЕКОМЕНДОВАННЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ПАЦИЕНТАМ С ПАДЕНИЯМИ ПО КРИТЕРИЯМ БИРСА И КРИТЕРИЯМ STOPP/START

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

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

**Цель исследования** состояла в сравнении частоты назначения потенциально не рекомендованных лекарственных средств (ПНЛС) по критериям Бирса и критериям STOPP/START пациентам старческого возраста, имеющим эпизод падения в стационаре.

**Материалы и методы:** нами проанализированы истории болезни 160 пациентов старческого возраста с полипрагмазией. Все пациенты имели зафиксированный медицинским персоналом факт падения в стационаре, расцененный как лекарственно-индуцированное падение, ввиду отсутствия иных объективных причин для падений. Был проведен анализ лекарственных препаратов из листа лекарственных назначений на предмет наличия потенциально не рекомендованных ЛС (ПНЛС) по критериям Бирса и STOPP критериям (без учета START). Также был сделан акцент на частоте назначения ЛСПРП (лекарственных средств, повышающих риск падений). К ЛСПРП, согласно STOPP-критериям, относят: бензодиазепины, небензодиазепиновые снотворные, антипсихотические препараты, блокаторы H<sub>1</sub>-гистаминовых рецепторов 1 поколения, вазодилататоры и селективные альфа-блокаторы. Критерии Бирса относят к ЛСПРП, помимо вышеперечисленных средств, также следующие: трициклические антидепрессанты, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина,

опиоиды, средства с высоким антихолинергическим потенциалом, а также другие средства, например, способные вызвать ортостатическую гипотензию или длительную гипогликемию.

**Результаты:** были проанализированы 160 историй болезни пациентов с лекарственно-индуцированными падениями. Средний возраст пациентов составил  $87,09 \pm 5,20$  лет (min - 75, max - 100; 35 мужчин и 125 женщин), все пациенты старше 75 лет. Пациенты имели высокий показатель полиморбидности (число сопутствующих заболеваний  $8,58 \pm 2,31$ ) и соответственно высокий уровень полипрагмазии (среднее число предписанных ЛС одному пациенту  $9,55 \pm 2,55$ ). Количество пациентов, которым были назначены потенциально не рекомендованные ЛС, составило: 149 (93.1%) по STOPP-критериям, и 152 (95%) по критериям Бирса. Полученные показатели:

- Общее количество критериев: STOPP - 352, Бирса - 357.
- Среднее количество критериев: STOPP -  $2,20 \pm 1,62$ , Бирса -  $2,13 \pm 1,38$ ;  $p=0,68$
- Среднее количество ПНЛС на одного пациента: по STOPP критериям -  $1,826 \pm 1,269$ , по критериям Бирса -  $2,28 \pm 1,38$ ;  $p=0,00077$
- Среднее количество ЛСПРП на одного пациента: по STOPP критериям -  $1,231 \pm 0,97$ , по критериям Бирса -  $1,34 \pm 1,04$ ;  $p=0,32$
- Среднее количество STOPP-критериев, выявляющих ЛСПРП -  $1,18 \pm 1,12$ ; среднее количество критериев Бирса, выявляющих ЛСПРП -  $0,65 \pm 1,11$ ;  $p=0,000035$

**Выводы:** анализ листов назначений группы пациентов с падениями выявил частое назначение ПНЛС, выявляемых критериями STOPP и критериями Бирса, а также ЛСПРП, что может свидетельствовать в пользу нашей гипотезы о лекарственно-индуцированной природе падений пациентов. При этом STOPP-критерии показали достоверно более высокую эффективность в выявлении ЛСПРП, чем критерии Бирса.

# ТРАНСПАЛЬПЕБРАЛЬНЫЙ ДОСТУП В ХИРУРГИИ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА

Поляков А.В., врач-нейрохирург<sup>1</sup>; Салямова Э.И., аспирант кафедры  
нейрохирургии<sup>2</sup>

Руководитель: Джинджихадзе Р.С., к.м.н., доц. кафедры нейрохирургии

<sup>1</sup>ГБУЗ ГKB им. Ф.И. Иноземцева ДЗМ

<sup>2</sup>ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

**Цель исследования:** целью данной работы является анализ результатов применения транспальпеперального keyhole доступа в хирургии основания черепа с оценкой функциональных и косметических исходов.

**Материалы и методы:** В данной работе представлен опыт использования транспальпеперального доступа в хирургии основания черепа. Нами было прооперировано 30 пациентов. У 20 больных диагностированы аневризмы сосудов головного мозга передних отделов Виллизиева круга – 6 аневризм комплекса ПМА-ПСА, 10 аневризм внутренней сонной артерии в области устья задней соединительной артерии, 4 аневризмы средней мозговой артерии; 15 аневризм без разрыва, 5 аневризм в холодном периоде кровоизлияния. 8 человек прооперированы по поводу объемных новообразований основания черепа: 6 пациентов с менингиомами бугорка турецкого седла, 2 пациента с ольфакторными менингиомами. Двум больным выполнено удаление каверном орбиты. Всем пациентам перед операцией проводилось тщательное предоперационное планирование, оценивалась лицевая и костная анатомия, размеры лобных пазух, использовались нейронавигация и эндоскопическая ассистенция (25 чел., 83,3%). Степень радикальности удаления менингиом оценивалась по шкале Simpson. В послеоперационном периоде осуществлялась катамнестическая оценка функциональных и косметических исходов. Критичными параметрами были онемение супраорбитального региона, слабость лобной мышцы, болевой синдром, anosmia, инфекционные осложнения и ликворея.

**Результаты.** Все аневризмы были выключены из мозгового кровотока. Удаление менингиом осуществлено по Simpson 2. Серьезных осложнений или летальных случаев не было. После операции у всех больных отмечен умеренный периорбитальный отек, который регрессировал в течение 3-5 дней после операции. Онемение супраорбитального региона наблюдалось у 9 больных (30%), регресс которого отмечен через 3 месяца после операции. Болей в области операционной раны и слабости лобной мышцы не выявлено ни у одного пациента. Инфекционные осложнения наблюдались у 1 больного (3,3%) через 2 недели после операции в виде нагноения послеоперационной раны, которое нивелировалось назначением антибактериальных препаратов. Аносмию отмечали 5 человек. В основном аносмия имела место у больных, оперированных по поводу аневризм комплекса ПМА-ПСА (2 чел.) и ольфакторных менингиом (2 чел.). Послеоперационная ликворея не отмечена ни у одного пациента. По данным проведенной катамнестической оценки, послеоперационный косметический результат оценивался пациентами как превосходный.

**Выводы.** Представленная работа демонстрирует эффективность и безопасность транспальпебрального доступа в хирургии основания черепа при правильном подборе пациентов. Разрез кожи через естественную складку верхнего века с последующей орбито-фронтальной краниотомией наряду с другими keyhole доступами, и при сравнении с традиционными краниотомиями, обеспечивает сфокусированный хирургический маршрут и отличный косметический эффект. Данный доступ является малотравматичным и относительно молодым, поэтому необходимо четко формулировать показания и противопоказания к данной краниотомии, критично оценивать лицевую и костную анатомию, использовать современные методы нейровизуализации для полноценного предоперационного планирования.

# КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ МИЕЛОМЫ БЕНС-ДЖОНСА ПОД МАСКОЙ ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЗА

Полякова О.А., ординатор кафедры терапии

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

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

**Цель исследования:** продемонстрировать сложности постановки основного нозологического диагноза при венозных тромбозах и тромбоэмболических осложнениях на примере описания клинического случая.

**Материалы и методы.** Пациентка Б. 59 лет 18.11.13 самостоятельно обратилась в приемное отделение больницы в связи с жалобами на быструю утомляемость, одышку, сухой кашель, отеки голеней и стоп, прибавку в весе, отсутствие аппетита. Из анамнеза известно, что пациентка длительное время принимала оральные контрацептивы. Примерно с 2007 года участились простудные заболевания до 3-4 раз в год. В мае 2013 г. была оперирована по поводу туннельного синдрома. Через 2 недели после операции - внезапная потеря сознания, упала с высоты своего роста. Диагностирован перелом костей левой стопы. Иммобилизация конечности (гипс). Через 2 недели после травмы - приступ боли в левой половине грудной клетки, боли в правом подреберье, вздутие живота, потребовавшие экстренной госпитализации. Болевой синдром был купирован, однако больная отметила появление одышки при физической нагрузке. После выписки состояние постепенно ухудшалось: нарастала слабость, одышка стала беспокоить при минимальной физической нагрузке, появилась отечность ног. В настоящую госпитализацию был проведен ряд обследований. Диагностирован тромбоз большой подкожной вены слева с переходом на сафенофemorальное соустье. Выполнена тромбэктомия, установлен кава-фильтр. Проведена медикаментозная терапия, с положительным эффектом. Генез флеботромбоза был не ясен. Для исключения онкозаболевания, как причины тромбообразования, проведено исследование онкомаркеров, МСКТ органов

брюшной полости и забрюшинного пространства. В удовлетворительном состоянии больная была выписана. Однако, спустя 9 дней повторно поступает в стационар с жалобами на выраженную слабость, снижение темпов диуреза, одышку, нарастающие отеки нижних конечностей, лица, рук, тошноту и рвоту. Лабораторные показатели были оценены в динамике. Повторно проведено ЭХОКГ, УЗИ внутренних органов. Возникли подозрения на заболевание системного характера. Выполнена биопсия слизистой прямой кишки. Проведено иммунохимическое исследование белков сыворотки крови и мочи.

**Результаты.** Установлен диагноз миеломы Бенс-Джонса с повышенной секрецией  $\lambda$ -цепей, вторичный L-амилоидоз с поражением сердца, печени, почек, кишечника, вторичный иммунодефицит, тромбоз большой поверхностной вены левого бедра; рецидивирующая ТЭЛА; ХСН IIБ ст. ФК IV. К постановке диагноза привела быстро прогрессирующая сердечная недостаточность с доминированием нарушения диастолической функции сердца при отсутствии явного причинного фактора, и попытка найти единое объяснение поражения различных органов. Наиболее вероятной причиной полиорганного поражения является амилоидоз. Что и было подтверждено данными гистологического исследования. А целенаправленный поиск причины амилоидоза и ВТЭО привел к диагнозу миеломной болезни, несмотря на отсутствие многих характерных для нее клинических и лабораторных проявлений.

**Выводы.** В данном клиническом случае отражены особенности течения и трудности диагностики множественной миеломы. При развитии ВТЭО всегда надо стараться не только найти причину развития венозного тромбоза, но и оценивать больного в целом, с учетом особенностей течения заболевания, состояния других органов и систем (наличие анемии, диспротеинемии, протеинурии). При таком подходе увеличивается вероятность не пропустить основного заболевания за бросающимися в глаза

вторичными проявлениями, которые при нарушении правил оценки больного как целого могут увести в сторону от правильного диагноза.

## РАЗРАБОТКА ПРОТОТИПА КРИОХИРУРГИЧЕСКОГО АППАРАТА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ

Пономарев Д.Е., инженер кафедры медицинской техники;

Пушкарев А.В., к.т.н., ассистент кафедры медицинской техники;

Герасимова А.И., студентка, РУДН, Медицинский институт;

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

Руководитель: Цыганов Д.И., д.т.н., проф., зав. кафедрой медицинской  
техники

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

На сегодняшний день одним из самых частых нарушений сердечного ритма является мерцательная аритмия: в общей популяции она встречается с частотой 0,4-1,0 %. Поэтому создание инновационных технологий её лечения является актуальным направлением медицины и связанных с ней наук.

**Цель исследования.** Целью исследования является разработка прототипа отечественного криохирургического аппарата для лечения мерцательной аритмии.

**Материалы и методы.** Для лечения мерцательной аритмии применяются антиаритмическая терапия и различные методы аблации. Самыми перспективными на сегодняшний день методами считаются различные модификации операции «Лабиринт», наиболее используемыми из которых являются радиочастотная и криомодификация, а также их комбинированное использование. Главными достоинствами использования криоаблации в кардиохирургии по сравнению с гипертермическими методами являются: отсутствие коллатеральных повреждений, быстрое

достижение трансмуральности, неаритмогенность линий аблации, меньший риск неполной изоляции участков миокарда.

Криохирургическая модификация методики операции «Лабиринт» заключается в создании непроводящих линий в миокарде с помощью низких температур. Аблация, как правило, выполняется с помощью гибкого криоаппликатора. Гибкость позволяет изменять форму аппликатора, благодаря чему возможно повторять форму и размеры предсердия каждого отдельного пациента.

В настоящее время существует несколько криоаппаратов, которые используются в кардиохирургии, наиболее распространёнными из них являются аппараты производства компаний Medtronic plc, ATS Medical Inc., Atricure Inc. Отечественные коммерческие аппараты на рынке не обнаружены. В России разработки по созданию нового аппарата ведутся сотрудниками медицинского направления АО «НПО «НИКОР». В данный момент аппарат проходит процесс регистрации в РФ.

Главным недостатком существующих аппаратов является использование одноразовых дорогостоящих криоаппликаторов.

**Результаты.** Главные отличительные особенности разрабатываемого аппарата - использование съёмных гладких гибких криоаппликаторов и применение жидкого азота в качестве рабочего тела. Использование в аппарате охлаждения за счёт фазового перехода рабочего тела более эффективно, чем использование эффекта Джоуля-Томпсона, который применяется в существующих установках. Также жидкий азот обеспечивает стабильную температуру по всей рабочей длине наконечника криоаппликатора.

С коллективом врачей-кардиохирургов института хирургии имени А.В. Вишневского были разработаны основные технические требования к аппарату.

**Заключение.** Дальнейшие работы предполагают проектирование макетного образца, разработку конструкторской документации и проведение физических экспериментов на модельных средах.

## АНЕСТЕЗИЯ РОПИВАКАИНОМ ПРИ ФАКОЭМУЛЬСИФИКАЦИИ КАТАРАКТЫ

Попова А.С., аспирант кафедры офтальмологии

Руководитель: Онищенко А.Л., д.м.н., проф.

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

«Золотым стандартом» оперативного лечения катаракты является факоэмульсификация катаракты (ФЭК). Для выполнения анестезии при ФЭК используются новокаин, лидокаин, бупивокаин и др. В последние годы стал использоваться ропивакаин в неврологии, стоматологии и др. В связи с этим, целью работы стало изучение эффективности ропивакаина при субтеноновой анестезии при ФЭК.

**Материалы и методы.** В исследование включены 318 больных (318 глаз) с возрастной катарактой, которым была выполнена ФЭК. Среди них - 121 мужчина и 197 женщин в возрасте от 47 до 94 лет ( $71,0 \pm 0,58$  год). Операция впервые выполнялась у 237 пациентов, на парном глазу у 81 пациента. В ходе операции у 156 пациентов выполнена субтенонова анестезия введением 1,5 мл раствора ропивакаина (0,75 мг/мл). У 162 пациентов проведена субтенонова анестезия 1,5 мл 1% раствора лидокаина. Распределение больных по группам проводилось с помощью генератора случайных чисел. Непосредственно после операции и в первые сутки после операции проводилось собеседование с больными, определяли интенсивность боли в ходе операции и в раннем послеоперационном периоде по визуально-аналоговой шкале по десятибалльной системе.

**Результаты и обсуждение.** Интенсивность боли в ходе операции ФЭК в среднем у всех больных составила  $2,78 \pm 1,59$  баллов, медиана 2 балла (2-4). Не испытывали чувство боли во время операции 144 пациента. Среди них было большинство больных, которым выполняли анестезию ропивакаином (68%). Боль незначительной интенсивности (1-2 балла по ВАШ) во время операции ФЭК испытывали всего 90 человек, с одинаковой частотой в обеих группах (50% и 50%, при  $p > 0,05$ ). При факоэмульсификации боль средней интенсивности ощущали 76 пациентов. Большинство больных (85,5%), которые испытывали интенсивные боли интраоперационно (3-5 баллов по ВАШ), оперировались под анестезией 1% раствором лидокаина. С выраженной болью было больше пациентов, у которых при ФЭК использовали лидокаин ( $p < 0,05$ ). При проведении анестезии ропивакаином интенсивность боли в среднем составила  $2,1 \pm 1,6$  балл, медиана 2 балла (1-2), лидокаином  $3,1 \pm 1,5$  балл, медиана 3 балла (2-4) ( $U=4,714$ ,  $p < 0,001$ ). Риск возникновения болевого синдрома при использовании лидокаина в сравнении с ропивакаином выше в 2 раза [1,5-2,4] (на 34%). Зависимость боли от различных факторов выявляли при бинарном разбиении (есть боль/нет боли). При зрелой ( $n=43$ ) и при незрелой ( $n=274$ ) катаракте пациенты в ходе операции в среднем испытывали сопоставимый болевой синдром по интенсивности ( $\chi^2=0,912$ ,  $p=0,340$ ). У пациентов со зрелой катарактой интенсивность боли составила в среднем  $2,7 \pm 1,8$  баллов, с незрелой катарактой –  $2,8 \pm 1,6$  баллов ( $U=0,551$ ,  $p=0,581$ ).

**Заключение.** Результаты нашего исследования свидетельствуют о том, что современная хирургия катаракты в большинстве случаев выполняется без болевого синдрома. Применение современных анестетиков (ропивакаин и др.) в ходе ФЭК позволяют нивелировать влияние установленных ранее факторов на развитие интраоперационного болевого синдрома. Ропивакаин является высокоэффективным анестетиком в хирургии катаракты, существенно превосходящим по клинической эффективности лидокаин. Офтальмохирургам при планировании операции и выборе анестетика

необходимо учитывать известные факторы риска развития болевого синдрома при выполнении ФЭК.

## ХАРАКТЕР ИЗМЕНЕНИЯ МУКОЦИЛИАРНОГО КЛИРЕНСА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПРИ ПАТОЛОГИИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

Попов А.С., ординатор кафедры оториноларингологии и сурдологии-  
оториноларингологии

Руководитель: Починина Н.К., к.м.н., доц., зав. кафедрой  
ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Пенза

Ведущая роль в защитной функции носа принадлежит слизистой оболочке, покрытой псевдомногослойным эпителием, основной функцией которого является мукоцилиарный клиренс (МЦК). МЦК – неспецифический механизм, осуществляющий местную защиту слизистой оболочки органов дыхания от внешних воздействий, включая инфекционных агентов. Различные патологические процессы в полости носа и околоносовых пазухах приводят к нарушению работы МЦК, что в свою очередь является предпосылками присоединения к основной патологии носа или околоносовых пазух, различных инфекций.

**Цель исследования:** определить зависимость МЦК от характера патологического процесса в полости носа.

**Материалы и методы.** На базе оториноларингологического отделения ГБУЗ «КБ №6 им. Г.А. Захарьина» г. Пензы обследованы 38 человек с заболеваниями носа и околоносовых пазух, основным симптомом которых является нарушение носового дыхания. Для исследования двигательной активности мерцательного эпителия полости носа применялся сахаринный тест.

Методика проведения сахаринового теста: несколько гранул сахарина диаметром 0,5-1 мм помещались с помощью пинцета на среднюю часть нижней носовой раковины, в ту половину носа, где наблюдалось более значительное затруднение дыхания; определяли время с момента нанесения гранул до момента появления сладкого вкуса во рту (в норме до 20 минут).

**Результаты.** В ходе обследования пациенты были разделены на 5 групп в зависимости от диагноза:

- 1) Хронический гнойный полисинусит, обострение - 8 человек.
- 2) Хронический гнойный верхнечелюстной синусит, обострение - 10 человек.
- 3) Хронический гнойно-полипозный риносинусит, обострение – 6 человек.
- 4) Вазомоторный ринит – 6 человек.
- 5) Искривление перегородки носа с нарушением носового дыхания – 8 человек.

В результате обследования групп были получены следующие показатели МЦК:

- 1) время – от 13 до 15 минут;
- 2) время – от 10 до 12 минут;
- 3) время – от 20 до 22 минуты;
- 4) время – от 23 до 25 минут;
- 5) время – от 31 до 33 минут.

**Выводы.**

- 1) Наиболее выраженные нарушения МЦК наблюдаются при анатомических нарушениях в полости носа (искривление перегородки носа).
- 2) Также клинически значимые нарушения МЦК наблюдались у больных с хронический гнойно-полипозным риносинуситом и вазомоторном ринитом.
- 3) Показатели работы МЦК зависят от длительности заболевания (чем дольше патологических процесс, тем более выраженные нарушения в работе МЦК).

# ВЛИЯНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ

Прилуцкая С.Г., аспирант кафедры акушерства и гинекологии

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

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Беременности, наступившие в результате экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), относят к группе высокого риска по развитию акушерских осложнений. По данным клинических психологов, лабильное психоэмоциональное состояние беременной, может являться дополнительным негативным фактором, отражающимся на течении гестации.

**Цель исследования:** оценить влияние психоэмоционального состояния на течение беременности у женщин после экстракорпорального оплодотворения.

**Материалы и методы.** В исследование включено 100 беременных в возрасте от 25 лет и старше. Основную группу (I) составили 60 женщин с беременностью, наступившей в результате экстракорпорального оплодотворения (ЭКО). Группу сравнения (II) составили 40 женщин со спонтанно наступившей беременностью (СНБ). Каждую группу разделили на подгруппы, с учетом возраста: подгруппа А (IA n=30 и IIА n=20) – женщины оптимального репродуктивного возраста (25-34 года включительно); подгруппа Б (IB n=30 и IIБ n=20) женщины позднего репродуктивного возраста (от 35 лет и старше). Оценка психоэмоционального состояния проводилась путем заполнения опросника в первой половине беременности. Опросник включал в себя тест на выявление психологической компоненты гестационной доминанты (ПКГД) И.В. Добрякова и шкалу тревоги и депрессии (HADS).

**Результаты.** У женщин основной группы в 1 триместре беременность протекала на фоне угрозы прерывания чаще, чем в группе сравнения: I - 22 (37%), II - 6 (15%) ( $p_{I-II}=0,02^*$ ). Угроза позднего самопроизвольного выкидыша чаще фиксировалась у женщин старшей возрастной группы с беременностью после ЭКО. В I группе данное осложнение фиксировалось у 10 (33%) и 12 (40%), во II группе – 6 (30%) и 2 (10%) соответственно ( $p_{IA-IIA}=0,82$ ,  $p_{IB-IIB}=0,02^*$ ). Значимой разницы по угрозе преждевременных родов не выявлено: IA-5 (30%) и IB-6 (24%), IIA-6 (30%) и IIB-4 (20%) ( $p>0,05$ ). Для других акушерских осложнений, характерных для второй половины беременности, достоверные различия между группами получены только по преэклампсии, которая выявлена у 3 (18%) женщин оптимального репродуктивного возраста в группе ЭКО ( $p_{IA-IIA}=0,04^*$ ).

В обеих группах преобладали подтипы ПКГД, которые можно отнести к группам благоприятного течения гестации. У женщин с беременностью после ЭКО оптимального репродуктивного возраста более выражена тревожная составляющая (20%), ( $p_{IA-IIA}=0,0026^*$ ). Для женщин старшей возрастной группы с беременностью после ЭКО характерен выраженный гипогестогностический компонент (37%, группа сравнения - 10%,  $p_{IB-IIB}=0,035^*$ ) и также отмечается тенденция к тревожности (17%, группа сравнения 0%,  $p_{IB-IIB}=0,05$ ). При корреляционном анализе выявлена положительная взаимосвязь ( $r=+0,6$ , при  $p <0,05$ ) между наличием угрозы прерывания в I триместре и негативным психоэмоциональным состоянием у женщин оптимального возраста после ЭКО. Во II триместре беременности данная взаимосвязь сохраняется, но менее выражена ( $r=+0,4$ , при  $p <0,05$ ). Для подгруппы старшего репродуктивного возраста данной взаимосвязи не обнаружено ( $r\leq\pm 0,3$ , при  $p <0,05$ ).

**Заключение.** Для обеспечения благоприятного течения беременности следует учитывать особенности психоэмоционального статуса женщин с беременностью в результате ЭКО и своевременно рекомендовать им психологическое консультирование.

# ИССЛЕДОВАНИЕ ТЕПЛОФИЗИЧЕСКИХ СВОЙСТВ БИОТКАНЕЙ С ЦЕЛЬЮ ПРИМЕНЕНИЯ В МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЯХ

Пушкарев А.В., к.т.н., ассистент кафедры медицинской техники,

Пономарев Д.Е., инженер кафедры медицинской техники,

Нуртдинова Л.Р., старший лаборант кафедры медицинской техники

Руководитель: Цыганов Д.И., д.т.н., проф., зав. кафедрой медицинской  
техники

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

В настоящее время имеет место применение низких температур в инновационных медицинских технологиях: криохирургия патологических целевых областей, криоконсервация биологических объектов и криотерапевтическое воздействие. Для совершенствования таких технологий необходимо знать точные теплофизические свойства биологических тканей (теплопроводности, теплоёмкости, плотности), например, для прогнозирования температурных полей при проведении криохирургических операций и для разработки режимов криоконсервации. Во многих исследованиях в расчётах не учитываются все факторы, влияющие на теплофизические свойства биологических тканей: зависимость от температуры, растянутость в некотором температурном диапазоне фазового перехода. Также на данный момент недостаточно информации о теплофизических свойствах биологических тканей внутренних органов человека, в том числе патологических. Таким образом, исследование теплофизических свойств является актуальной задачей для усовершенствования криомедицинских технологий.

**Цель исследования:** целью данного исследования является определение наиболее перспективных методов измерения теплоёмкости и теплопроводности биологических тканей.

**Материалы и методы.** Существует множество методов измерения теплопроводности, однако не все из них применимы для влагосодержащих

материалов, какими являются биологические ткани. Методы, применимые для влагосодержащих тканей, можно разделить на две группы: стационарные и нестационарные. К первой группе относятся следующие методы: метод Н. Zierfuss, метод изолированной горячей плиты, метод тонкого нагревателя, метод J. Schröder, метод продольного теплового потока. Ко второй группе относятся: метод А. Shenhav, метод линейного источника, метод плоского источника, различные зондовые методы, метод лазерной вспышки,  $3\omega$ -метод. При исследовании образцов клеточного масштаба используются методы сканирующей тепловой микроскопии, абсорбционные методы и методы теплоотражения.

Для измерения теплоёмкости биологических тканей используются метод дифференциального сканирующего калориметра и метод Кальве калориметрии. Для исследования образцов клеточного масштаба применяют методы нанокалориметрии. Среди методов измерения теплопроводности наиболее перспективными являются нестационарные методы. Они имеют достаточно высокую точность и малую длительность измерений. Для измерения теплоёмкости биологических тканей наиболее применимым является метод дифференциальной сканирующей калориметрии, что подтверждается современными исследованиями.

**Результаты и выводы.** Методом дифференциальной сканирующей калориметрии проведены измерения теплоёмкости моделирующих биологических сред (желатина, агара-агара), а также говяжьей печени. Полученные результаты показали возможность применения метода дифференциальной сканирующей калориметрии для биологических образцов.

Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта № 16-38-00018 мол\_а.

ОЦЕНКА ДИНАМИКИ РОСТА РЕЗИДУАЛЬНОЙ ХОЛЕСТЕАТОМЫ ПРИ  
ОБЛИТЕРАЦИИ ПАРАТИМПАНАЛЬНЫХ ПРОСТРАНСТВ ПО ДАННЫМ  
МРТ В РЕЖИМЕ non-EPI DWI

Пчеленок Е.В., старший лаборант кафедры оториноларингологии,

Бубнова К.Н., аспирант кафедры оториноларингологии

Руководитель: Косяков С.Я., д.м.н., проф., зав. кафедрой  
оториноларингологии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

**Цель исследования:** выявление закономерностей динамики роста резидуальной холестеатомы с использованием МРТ в режиме non-EPI DWI среди пациентов с выполненной полной или частичной облитерацией паратимпанальных пространств.

**Материалы и методы.** Ретроспективный анализ данных 6 пациентов в период с 2013 по 2017 годы. В исследуемой группе 4 женщины и 2-е мужчин в возрасте от 22 до 40 лет. Раннее всем пациентам было выполнено хирургическое вмешательство на базе ЦКБ Гражданской Авиации в объеме saniрующей операции на среднем ухе с удалением холестеатомы и последующей облитерацией паратимпанальных пространств. У двух пациентов полноценная облитерация была затруднена в связи с ранее выполненными saniрующими операциями и формированием больших полостей предыдущими хирургами. Все пациенты находились на послеоперационном наблюдении с обязательным выполнением МРТ в режиме non-EPI DWI через год после хирургического лечения для контроля за формированием резидуальной холестеатомы. Повторное проведение хирургического вмешательства при выявленной резидуальной холестеатоме было отложено по социально-экономическим причинам. В последующем все пациенты были повторно прооперированы в ЦКБ Гражданской Авиации с интраоперационной верификацией резидуальной холестеатомы. Все МР-томора́ммы были проанализированы независимо двумя специалистами:

врачом лучевой диагностики и оториноларингологом. Проводили измерение максимальных размеров в кранио-каудальном (КК), передне-заднем (ПЗ) и медио-латеральных (МЛ) направлениях. Общий объем резидуальной холестеатомы был определен исходя из произведения трех измерений (ПЗ x КК x МЛ).

**Результаты.** В большинстве случаев был выявлен прирост холестеатомы – 4 пациента. Средний объем годового прироста составил 324,9 мм<sup>3</sup>. По нашим данным максимальный рост холестеатомы происходил в передне-заднем направлении (до 4,3 мм в год). Более сдержанный рост был отмечен в кранио-каудальном направлении (до 1,9 мм в год). У двух пациентов был выявлен регресс – уменьшение в объеме холестеатомы до - 65 % от первичных данных.

**Выводы.** Нами впервые был выполнен анализ динамики роста резидуальной холестеатомы по данным МРТ в режиме non-EPI DWI. Несмотря на некоторые ограничения при выполнении данного исследования, нам удалось выявить определенные закономерности. Наибольший размер холестеатомы в послеоперационном периоде был выявлен у двух пациенток с выполненной ранее частичной облитерацией паратимпанальных пространств. Исходя из этого, можно сделать предварительный вывод об ограничении агрессивности распространенного роста холестеатомы при выполнении облитерации паратимпанальных пространств.

Представляет интерес также регресс роста холестеатомы. Исходя из малого количества данных, мы не можем говорить об истинном регрессе, так как есть факторы, характеризующие точность определения размеров образования по данным МРТ. Нельзя исключить наличие артефактов (ушная сера) при первом исследовании в результате отсутствия проведения туалета уха перед выполнением МРТ. Определение размеров холестеатомы производилось не прецизионно, так как данное образование не является идеальной сферой с равномерным ростом в заданных нами трех направлениях. Также важно учитывать толщину срезов при выполнении

МРТ, что является одной из причин выявления холестеатомы диаметром от 3 мм. Таким образом вопрос о возможном регрессе холестеатомы остается открытым и требует дальнейших исследований.

## ПРИМЕНЕНИЕ СУППОЗИТОРИЕВ ЛОНГИДАЗА® В РЕАБИЛИТАЦИИ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН С ТРУБНО- ПЕРИТОНЕАЛЬНЫМ БЕСПЛОДИЕМ

Ражапова Г.Ф., магистр кафедры акушерства и гинекологии №1

Руководитель: Шукуров Ф.И. к.м.н., доц.

Ташкентская медицинская академия, г.Ташкент

Среди причин женского бесплодия доля трубно-перитонеальной формы составляет не менее 20-30%. Ведущей причиной трубноперитонеального бесплодия являются хронические воспалительные заболевания женских половых органов после перенесенных искусственных и самопроизвольных абортов и инфекции, передаваемые половым путем. В настоящее время лапароскопия является методом выбора в диагностике и лечении бесплодия различного генеза. Комплексное медикаментозное и оперативное лечение позволяет восстановить репродуктивную функцию у 15-25% пациенток с трубно-перитонеальным бесплодием. Несмотря на широкое применение различных медикаментозных препаратов эффективность в преодолении бесплодия достигает около 30%, и не во всех случаях имеет абсолютные преимущества перед другими способами лечения трубно-перитонеального бесплодия. В связи с чем, исследование направленное на восстановление репродуктивной функции, после лапароскопических вмешательств у женщин с трубно-перитонеальным бесплодием, продолжает оставаться актуальной задачей.

**Целью исследования:** явилось оценка клинической эффективности препарата Лонгидаза® в реабилитации репродуктивной функции у женщин с трубно-перитонеальным бесплодием.

**Материалы и методы.** Обследовано 80 женщин, перенесших лапароскопические операции по поводу, трубно-перитонеального бесплодия. Основную группу составили 60 женщин с применением суппозиторий Лонгидаза и контрольную - 20 без применения суппозиторий Лонгидаза. Диагноз трубно-перитонеального бесплодия устанавливали на основании гистеросальпингографии и УЗИ. Всем пациенткам со вторых суток послеоперационного периода после эндохирургического лечения в комплекс лечебных мероприятий включали Лонгидазу в свечах по 3000 ME per rectum по 1 суппозиторию 1 раз/сут на ночь в течение 10 дней. Статистическую обработку полученных данных проводили на персональном компьютере с использованием системы статистического анализа «Statistica v 6.0».

**Результаты исследования.** В процессе наблюдения большинство пациенток указывало на хорошую переносимость препарата Лонгидаза®. При введении Лонгидаза per rectum побочные реакции зарегистрированы не были. В основной группе 80,6% пациенток отметили нормализацию менструального цикла и из них в течение первых 6 месяцев наблюдения беременность наступила у 90% пациенток.

**Вывод.** Применение препарата Лонгидаза® в реабилитации репродуктивной функции у женщин с трубно-перитонеальным бесплодием, повышает клиническую эффективность виде нормализации менструального цикла у 80,6% пациенток и наступления беременности у 90% пациенток.

# ВЛИЯНИЕ ГЕНДЕРНОГО ФАКТОРА НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ МИРТАЗАПИНА У ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Розочкин И.Н., ординатор кафедры наркологии ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ»

Руководитель: Застрожин М.С., к.м.н.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

**Актуальность.** Патологическое влечение к алкоголю представляет собой многокомпонентную структуру, в которой можно выделить все составляющие психической деятельности, - идеаторную, поведенческую, эмоциональную, сенсорную и вегетативную. Часто в клинической практике врачи сталкиваются с эмоциональными, близкими к депрессивным проявлениями, патологического влечения к алкоголю, такими как, хмурый вид, необщительность, бездеятельность, неряшливость, жалобы на скуку и однообразие жизни. Терапия таких пациентов является весьма непростой задачей. Так же известно, что наличие аффективного расстройства снижает частоту ремиссий у больных с алкогольной зависимостью. Миртазапин применяется в терапии больных, страдающих алкогольной зависимостью, находящихся в состоянии обострения патологического влечения по аффективному типу. Эффективность и безопасность миртазапина у пациентов данной группы крайне вариабельна. Основной целью проведения данного исследования было изучения влияния гендерного фактора на эффективность и безопасность препарата из класса тетрациклических антидепрессантов Каликста® (Миртазапин) у пациентов с алкогольной зависимостью, в структуре патологического влечения, которых преобладает аффективный компонент.

**Материалы и методы.** В исследовании принимали участие 42 пациента мужского пола и 16 женского страдающих алкогольной зависимостью. Для оценки эффективности препарата Каликста®

(миртазапин) применяли международные психометрические шкалы: Пенсильванская шкала патологического влечения (PACS), Визуально-аналоговая шкала оценки влечения к алкоголю (VAS). Профиль безопасности исследовали с помощью шкал оценки побочного действия (UKU Side-Effect Rating Scale). Исследование пациентов проводили на 1-й, 16-й день терапии, включавшей Каликста® (миртазапин).

**Результаты.** По шкале PACS в 1-ый день лечения у мужчин и женщин -  $8,31 \pm 1,55$  и  $8,25 \pm 1,69$  баллов ( $p=1$ ), соответственно, на 16-й день лечения -  $1,43 \pm 0,63$  и  $1,25 \pm 0,58$  ( $p=0,39$ ). По шкале ВАШ у мужчин и женщин -  $44,71 \pm 10,5$  и  $50,19 \pm 10$  ( $p=0,11$ ), на 16-й день лечения -  $6,45 \pm 2,44$  и  $6,06 \pm 2,89$  ( $p=0,64$ ). По шкале UKU у мужчин и женщин баллы -  $1,31 \pm 0,47$  и  $1,19 \pm 0$  ( $p=0,36$ ), на 16 день  $8,57 \pm 0,55$  и  $8,56 \pm 0,51$  ( $p=1$ ), соответственно.

**Выводы.** По результатам анализа не было получено статически значимой разницы в показателях безопасности и эффективности Миртазапина у пациентов с разным полом, поэтому, вероятно, можно говорить об отсутствии влияния гендерного фактор на безопасность и эффективность препарата из группы тетрациклических антидепрессантов Каликста® (миртазапин) у пациентов с алкогольной зависимостью, в структуре патологического влечения которых преобладает аффективный компонент.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕСТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ТРАУМЕЛЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ

Романова М.Ю., ординатор кафедры акушерства и гинекологии

Руководитель: Трусов Ю. В., к.м.н., асс.

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

**Цель исследования:** определение эффективности локального применения траумеля при лечении хронической тазовой боли.

**Материалы и методы.** Проведено проспективное когортное сравнительное исследование эффекта фармакопунктуры траумелем у 42 пациенток с хронической тазовой болью. Критерием включения в исследование было отсутствие гинекологической патологии при продолжительности тазовых болей более 6 месяцев. Критерием исключения выступало несогласие пациентки с локальным использованием траумеля. Исключение гинекологической патологии у всех больных проводилось с помощью методов медицинской визуализации (ультразвуковое исследование, лапароскопии, исследования образцов биологического отделяемого цервикального канала и влагалища). Гистероскопия проведена у 32 человек. Все пациентки были осмотрены урологом и неврологом; установлены отсутствия патологии мочевыделительной системы, тазовый ганглионеврит и невралгия тазовых нервов. В зависимости от применяемого при фармакопунктуре болевых точек лекарственного агента больные были разделены на 2 группы. В основной группе А (n=12) применяли траумель 2,2 мл, в контрольной группе В (n=30) – кетопрофен 2,0 мл, которые разводили 0,25% раствором новокаина до объема 20 мл. Полученные растворы через стенку влагалища вводили в болевые точки стенок малого таза через 48 часов №8. Отличия между группами по возрасту, срокам наблюдения и лечения до исследования, противовоспалительной терапии были статистически незначимыми. В целом, средний возраст составил  $36,4 \pm 2,7$  лет при периоде наблюдения до этого исследования от 2 до 7 лет. Основными клиническими

проявлениями патологии были жгучие боли в области малого таза, иррадиирующие в зоны Захарьина-Геда, усиливающиеся в ночное время, диспареуния. При влагалищном исследовании у всех женщин определялись зоны локальной болезненности, спастическое состояние мышц промежности, плотные тяжи по стенкам таза, болезненные при пальпации.

**Результаты.** Промежуток отсутствия тазовых болей до и после проведения курса фармакопунктуры, соответственно, не достигал и был равен/превышал 6 месяцев у всех 42 пациенток (сдвиг частоты рецидивов в срок до 6 месяцев от 42 до 0, критерий знаков G,  $p < 0,01$ ). Тем самым была установлена закономерная эффективность локального использования траумеля и кетопрофена посредством фармакопунктуры. Отсутствие болевого синдрома в течение 6 месяцев позволило снять диагноз. Боли в области малого таза исчезли у всех больных после третьей процедуры и не наблюдались в течение 14 месяцев после проведенного лечения в группе А. В группе В рецидив тазовой боли был зарегистрирован через 6 месяцев у 2 (6,7%) и через 14 месяцев у 4 (13,3%). При сопоставлении частоты рецидивов в двух группах (0 из 6, критерий знаков G,  $p = 0,05$ ) установлено их неслучайное меньшинство в группе А. Отличия в эффективности применения при фармакопунктуре антигомотоксического препарата траумеля, по сравнению с таковой кетопрофена, были статистически значимы.

**Выводы.** Фармакопунктура алгических точек стенок таза траумелем или кетопрофеном может успешно применяться у пациенток с хронической тазовой болью. Причём локальное использование траумеля более эффективно и характеризуется отсутствием рецидивов болевого синдрома в течение 14 месяцев после лечения.

# ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТРИГГЕРНЫХ ФАКТОРОВ РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БЕРЕМЕННЫХ

Рублевская А.С, аспирант кафедры терапии

Руководитель: Бичан Н.А., д.м.н., проф.

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

Артериальная гипертензия (АГ) встречается у 5-30% беременных, и в настоящее время является одной из наиболее распространенных форм экстрагенитальной патологии. Наличие АГ в период беременности существенно влияет на ее течение и исход, является основной причиной перинатальных потерь и материнской смертности. Изучение факторов риска (ФР) артериальной гипертензии важно с позиций вторичной профилактики и возможностей немедикаментозного воздействия, что позволит уменьшить медикаментозную нагрузку.

**Цель исследования:** оценить значимость ФР в развитии артериальной гипертензии у беременных

**Материалы и методы.** В открытое проспективное контролируемое исследование включено 240 беременных женщин, поступивших в терапевтическое отделение ГАУЗ КО «Новокузнецкой ГКБ №1» по поводу повышения АД. Из исследования исключены женщины с симптоматическими, а также с гестационной АГ. В качестве контроля была набрана группа из 126 здоровых беременных женщин в срок 26-28 нед не имевших повышение АД. Средний возраст женщин с АГ составил  $30,6 \pm 0,4$  лет, в группе контроля –  $28,4 \pm 0,4$  лет ( $p=0,001$ ). Оценивали следующие ФР: возраст, наследственную отягощенность, избыточную массу тела, курение, злоупотребление поваренной солью и их сочетание. Проводилось тщательное клинико-инструментальное обследование с подробным сбором анамнестических данных и анкетированием по поводу курения и потребления поваренной соли.

Наиболее частой причиной госпитализации женщин было повышение АД от 140/90 до 180/110 мм рт.ст.. По данным СМ-АД среднее САД днем равнялось 143 (135-164) мм рт.ст., среднее ДАД составило 90,1 (84-98) мм рт.ст. ЧСС равнялось в среднем 85,5 уд/мин (76,8-91,3).

С помощью логистической регрессии были вычислены относительные риски (ОР) развития АГ для каждого ФР.

**Результаты.** Установлено, что женщины в группе с АГ были достоверно старше, чем в контрольной группе ( $p < 0,001$ ). Для выявления критического возраста (после которого с вероятностью выше 80% будет выявлена АГ) была рассчитана чувствительность и специфичность для каждого возраста. Определено, что у женщин старше 33 лет риск развития АГ в 1,33 раза выше, чем в возрасте до 33 лет ( $p < 0,001$ ).

Наиболее высокий ОР развития АГ имеет повышение массы тела выше нормальной (2,03). При избыточной массе тела ОР составил 1,74, тогда как при ожирении он увеличивался до 2,24. При этом, чем выше степень ожирения, тем выше ОР: ожирение 1 степени повышает ОР в 2 раза, 2 степени - в 2,3 раза, 3 степени - до 2,2. Не менее важным ФР было курение, при котором ОР составил 1,8. Не установлено влияние на развитие АГ стажа и индекса курения. Наследственная отягощенность у обоих родителей по АГ повышала ОР в 1,67 раза. При этом при наследственной отягощенности по материнской линии – 1,7, по отцовской – 1,6. Наименьшее влияние на развитие АГ у беременных оказало злоупотребление солью, ОР равен 1,1.

Комбинация факторов риска значительно увеличивает шанс развития АГ. Сочетание отягощенной наследственности с избыточной массой тела или курением повышает ОР в 3 раза. При сочетании курения и ожирения ОР увеличивался до 4,7. Комбинация курения с возрастом старше 33 лет увеличивает ОР в 2,14 раз.

**Выводы.** Наиболее значимыми ФР развития АГ у беременных являются избыточная масса тела, наследственная отягощенность и курение, а также их сочетание.

# ВЛИЯНИЕ СУХОГО ПОРОШКА ТОПИНАМБУРА НА УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ В КРОВИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ

Сабанов В.И., Кертанов С.Р., Хестанова М.С., студенты лечебного факультета, кафедра патологической физиологии

Руководитель: Джигоев И.Г., д.м.н, проф., зав. кафедрой патологической физиологии

ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Владикавказ

Топинамбур – многолетнее клубненозное растение семейства астровых, имеющее уникальную пищевую и биологическую ценность. В его клубнях велико содержание микроэлементов (кремния, фосфора, цинка, марганца, калия, железа, магния и др.), витаминов С, РР, группы В, пектиновых веществ, белка (до 6,8%). Особую ценность представляет практически полное отсутствие крахмала и содержание вместо него до 18% инулина. Такой состав оказывает положительное влияние на липидный и углеводный обмены.

**Цель исследования:** изучить влияние топинамбура на уровень глюкозы в крови у крыс с экспериментальным сахарным диабетом I типа.

**Материалы и методы исследования.** Опыты были поставлены на 42 половозрелых крысах-самках линии Wistar массой 165-250г. Модель сахарного диабета I типа была создана однократным интраперитонеальным введением Аллоксана в расчёте 17 мг/100г. Через 4 дня к моменту развития стойкой гипергликемии (что также подтверждалось при построении сахарной кривой) были отобраны животные с уровнем глюкозы в крови натощак в диапазоне 21,5-36,3 ммоль/л (тяжёлое течение диабета), которые далее были разделены на 2 группы со средними уровнями 28,7 и 27,8 ммоль/л соответственно. Для первичной группировки крыс забор крови проводили из хвостовой вены, определяя уровень гликемии с помощью глюкометра. Далее первой группе ежедневно в течение 10 дней внутрижелудочно вводили

водный раствор муки клубней топинамбура (0,14 г/мл) сорта «Скороспелка» в расчёте 150 мг/100г. После этого вновь определялся уровень глюкозы, но уже фотометрически, с забором 0,3 мл крови из сердца крыс, находящихся в состоянии обезболивания предварительным внутрибрюшинным введением «Золетила» в дозе 0,1 мл/100г. Далее группы поменяли местами (первой введение топинамбура прекратили, второй начали), и эксперимент повторили. Затем всем крысам в течение 10 дней прекратили введения и вновь определили уровень гликемии натощак. Это дало возможность для динамического наблюдения и оценки полученных результатов. Во время эксперимента животные находились в лабораторном виварии со свободным доступом к воде и пище. За 8 часов до забора крови доступ к пище полностью ограничивался.

**Результаты.** При первом измерении средний уровень гликемии контрольной группы составил 36,2 ммоль/л, у опытной, получавших топинамбур – 30,5 ммоль/л (снижение на 15,7%), при втором измерении отличие между группами составило 13,9%, у контрольных крыс уровень глюкозы в крови был 32,7 ммоль/л (увеличение на 7,2% от 30,5 ммоль/л), а у опытных – 28,7 ммоль/л (снижение на 20,7% от 36,2 ммоль/л). После 10 дней прекращения опытов уровни глюкозы крови обеих групп выровнялись.

**Заключение.** В экспериментальной модели тяжёлого сахарного диабета I типа регулярное употребление топинамбура способствовало понижению концентрации глюкозы в крови. Вероятно, это связано с адсорбцией углеводов в ЖКТ на нерасщеплённых молекулах инулина, что препятствует их всасыванию. Помимо того, D-фруктоза, являющаяся мономером инулина, способна полноценно участвовать в метаболических и пластических процессах, замещая глюкозу, а фрагменты инулина, встраиваясь в цитоплазматическую мембрану, облегчают её прохождение внутрь клетки.

# СТРУКТУРА И АНАЛИЗ КОМОРБИДНОСТИ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Сабанов В.И., Дарчиева З.В., студенты лечебного факультета, кафедра  
травматологии и ортопедии

Руководитель: Русецкий В.Ю., врач травматолог-ортопед, ассистент кафедры  
травматологии и ортопедии

ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»  
Министерства здравоохранения РФ, г. Владикавказ

Травматология является одним из приоритетных направлений медицины. Она включает в себя множество нозологий: от банальных переломов и ран конечностей до сложных комбинированных повреждений опорно-двигательного аппарата и ревматических поражений суставов.

**Цель исследования:** изучить структуру травматологических больных и провести анализ сопутствующих заболеваний.

**Материалы и методы исследования.** С целью изучения структуры травматологических больных в г. Владикавказ было обработано 220 историй болезней в отделениях травматологии и ортопедии Клинической Больницы Скорой Медицинской Помощи (КБСМП) - 96 и Клинической Больницы СОГМА (КБ СОГМА) - 124 за период с апреля по июнь 2017г. Так как профиль этих учреждения различается, анализ проводился отдельно.

**Результаты и выводы.** В отделении травматологии и ортопедии КБСМП среди больных преобладающим является мужской пол – 59,4%, женский составил 40,6%. По возрастным группам распределение выглядит следующим образом: <30лет – 27,1%, 31-45 - 18,8%, 46-60 – 16,6%, >60 – 37,5%. Среди нозологических форм наиболее часты переломы – 49% (верхние конечности – 23,4%, нижние – 68,1%), раны различной этиологии составляют 17,7%, другие причины – 33,3%.

В отделении травматологии и ортопедии КБ СОГМА среди больных преобладают женщины – 66,9%, мужчины составляют 33,1%. Возрастной

состав: <30лет – 12,1%, 31-45 – 8,9%, 46-60 – 29%, >60 – 50%. Среди нозологических форм наиболее часто встречающейся является коксартроз – 58,9%, далее гонартроз и травмы колена – 21%, остеохондроз и травмы позвоночника – 4,8%, другие причины – 15,3%. Тотальное эндопротезирование было проведено 66,1% больных, у большинства из которых имелось поражение тазобедренного сустава ревматоидной этиологии (коксартроз), причем у 56,2% оно было двусторонним.

Среди тех, кому было проведено эндопротезирование, у 22% имелись сопутствующие заболевания сердечно сосудистой системы, у 7,3% – пищеварительной, и у 68,3% как сердечно сосудистой, так и пищеварительной систем, причем у 25% из них присоединялось варикозное поражение вен нижних конечностей, у 14% сахарный диабет, у 5,4% хронические заболевания дыхательной системы и у 3,6% проводилась нефрэктомия. Только лишь 2,4% не имели сопутствующих заболеваний.

Как мы видим, большинство больных – это люди пожилого возраста, у которых имеется множество сопутствующих заболеваний, а единственной возможностью восстановить функции тазобедренного сустава является высокотравматичная операция по его замене, поэтому важен не только высокий уровень её исполнения, но и качество импланта. По данным рандомизированных исследований осложнения встречаются в 3,8% случаев: вывих головки протеза – 1,9%, септические осложнения и воспалительная реакция на имплант – 1,37%, тромбоэмболия – 0,3%, перипротезный перелом – 0,2%.

Из этого следует, что большинство, кому проводится эндопротезирование, входят в группу чрезвычайно высокой степени операционного риска. Эти больные требуют максимально возможного внимания и использование лучших материалов.

## ДВИГАТЕЛЬНЫЙ ДЕФИЦИТ У БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

Сабилов Ж.Ф., аспирант кафедры неврологии и мануальной терапии

Научный руководитель: Хайбуллин Т.И. к.м.н., доцент кафедры неврологии  
и мануальной терапии

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

Рассеянный склероз (РС) – хроническое аутоиммунное прогрессирующее заболевание, проявляющееся рассеянной неврологической симптоматикой в сочетании с множественными очагами поражения в белом веществе головного мозга. В России распространенность в различных регионах варьирует от 24 до 60 случаев на 100 000 населения.

По данным разных наблюдений при РС распространен мышечный дисбаланс, заключающийся в гипертонусе одних мышц и гипотонусе других. Akdemir и соавт., 2017 отмечают, что наиболее распространенными клиническими симптомами больных с РС были двигательные нарушения у 34,5% пациентов.

Помимо поражений пирамидных путей на различных уровнях центральной нервной системы, в развитие двигательных расстройств вносят вклад координаторные нарушения различного генеза (сенситивного, вестибулярного, мозжечкового), различные изменения мышечного тонуса, астенический синдром, глазодвигательные синдромы и даже когнитивные и аффективно-поведенческие, причем их значимость может сильно варьировать в зависимости как от стадии заболевания, так и от индивидуальных особенностей пациента.

Для лучшего восстановления моторной функции при рассеянном склерозе в течение последних двадцати лет развиваются новые терапевтические стратегии. С целью тренировки мышц ног используется тредмил-тренинг без системы поддержки массы тела. Так же в зарубежной статье Sandroff В.М. и соавт. 2016, приведены данные о роли беговой дорожки на когнитивные функции пациентов с рассеянным склерозом, что

это представляет собой перспективный подход для лечения лиц с рассеянным склерозом.

Применение немедикаментозных методов терапии при рассеянном склерозе представляется весьма перспективным направлением и требует дальнейшего совершенствования и расширения.

## ОБОСНОВАНИЕ ВНУТРИБРЮШНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ pT4

Сайфутдинова К.Р., аспирант кафедры колопроктологии

Руководитель: Шельгин Ю.А., профессор, чл.-корр. РАН

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Несмотря на прогресс медицины, выявление колоректального рака (КРР) на ранней стадии отмечается в относительно небольшом проценте случаев, тогда как существенная доля пациентов подвергается лечению уже при четвертой стадии заболевания, когда наблюдается появление отдаленных метастазов. Брюшина является второй по частоте локализацией отдаленного метастазирования у пациентов с КРР, на которую приходится до 35% всех рецидивов. Медиана выживаемости при канцероматозе брюшины составляет менее 5 месяцев при отсутствии лечения, а в случае проведения паллиативной системной химиотерапии колеблется от 5 до 15 месяцев. Рак ободочной кишки pT4 – потенциал для развития канцероматоза брюшины. Подавляющее большинство исследователей признают необходимость применения комплексных методик лечения больных раком ободочной кишки в стадии T4, включающих в себя хирургическое лечение и интраоперационную внутрибрюшную химиотерапию

**Цели исследования:** Улучшить результаты лечения больных раком ободочной кишки pT4.

**Методы исследования.** Настоящая работа проведется на кафедре колопроктологии ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России на базе ФГБУ «ГНЦК им. А.Н. Рыжих» Минздрава России. В исследование планируется включить 120 больных раком ободочной кишки pT4. Пациенты рандомизируются при помощи онлайн ресурсов на 2 группы. В основной группе (60 больных) после лапаротомии и ревизии органов брюшной полости осуществляется перитонеальный лаваж с последующим иммунологическим исследованием. После выполнения хирургического вмешательства больному выполняется интраоперационная внутрибрюшная химиотерапия (ВБХТ) с митомицином С в дозе 20 мг/м<sup>2</sup> площади поверхности тела. Далее повторно осуществляется лаваж брюшной полости с последующим иммунологическим исследованием.

В контрольной группе (60 больных) после лапаротомии и ревизии также осуществляется перитонеальный лаваж с последующим иммунологическим исследованием. Больным этой группы ВБХТ не проводится. После выполнения хирургического вмешательства пациенту выполняется орошение брюшной полости физиологическим раствором. Далее повторно осуществляется лаваж брюшной полости с последующим иммунологическим исследованием.

**Результаты.** В результате работы мы планируем определить частоту эксфолиации жизнеспособных опухолевых клеток в свободную брюшную полость у больных со стадией первичного рака ободочной кишки pT4. Далее, определяя стадию жизненного цикла опухолевых клеток в смыве из брюшной полости и оценивая эффект девитализации опухолевых эксфолиантов под воздействием внутрибрюшной химиотерапии, будет оценена степень реализации метастатического потенциала опухолевых эксфолиантов, что позволит обосновать целесообразность и эффективность проведения интраоперационной внутрибрюшной химиотерапии у данной категории больных.

**Заключение.** В данной работе впервые будет изучен эффект девитализации свободных жизнеспособных опухолевых клеток в брюшной полости при раке ободочной кишки pT4 под воздействием интраоперационной внутрибрюшной химиотерапии, что докажет целесообразность ее проведения у пациентов с указанной выше распространенностью опухоли. Также будет установлено влияние внутрибрюшной химиотерапии на частоту развития пареза ЖКТ и частоту развития послеоперационных инфекционных осложнений.

## СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПТЕРИОНАЛЬНОГО И СУПРАОРБИТАЛЬНОГО ДОСТУПОВ К ВНЕМОЗГОВЫМ ОБЪЕМНЫМ ОБРАЗОВАНИЯМ ПЕРЕДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ

Салямова Э.И., аспирант кафедры нейрохирургии,

Поляков А.В., врач-нейрохирург ГБУЗ ГКБ им. Ф.И. Иноземцева ДЗМ

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

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

**Цель исследования:** наряду с классическими переднелатеральными базальными доступами в хирургии основания черепа все чаще используется мини-инвазивная краниотомия. Это становится возможным не только благодаря стремительному развитию хирургической техники, инструментария, нейровизуализации, но также и накоплению клинического опыта с анализом получаемых результатов. Подобное накопление общенаучного опыта служит предпосылкой к дальнейшему совершенствованию и популяризации концепции key-hole нейрохирургии в лечении интракраниальной патологии. Именно поэтому цель нашего исследования - сравнительное изучение применения птерионального и мини-инвазивного супраорбитального доступа при лечении вне мозговых объемных образований передней черепной ямки.

**Материалы и методы.** В работе представлен опыт хирургического лечения 40 пациентов с внемозговыми объемными образованиями передней черепной ямки. 18 пациентов (45%) прооперированы с использованием мини-инвазивного супраорбитального доступа с разрезом кожи по брови, 22 (55%) - с использованием классической птериональной краниотомии. Выбор доступа осуществлялся в зависимости от размеров и локализации объемного образования. Размер удаляемых объемных образований не превышал 50 мм. В структуре жалоб ведущим симптомом была цефалгия – 28 (70%), зрительные нарушения – 13 (33%), эпилептические приступы – 4 (10%). По данным гистологического исследования все удаленные объемные образования относились к менингиомам WHO I-II. По локализации патологического процесса и источнику роста объемные образования разделились на следующие группы: бугорок турецкого седла - 15 (38%), большое крыло клиновидной кости - 11 (28%), передний наклоненный отросток - 7 (17%), ольфакторная ямка - 7 (17%). В группе пациентов с использованием мини-инвазивного доступа удаление опухоли было осуществлено по Simpson 2 в 16 случаях (89%), в 2 случаях (11%) – по Simpson 3. В группе пациентов, оперированных с использованием птериональной краниотомии, радикальность резекции менингиом распределилась таким образом: Simpson 2 в 19 случаях (87%), в 3 (13%) случаях – по Simpson 3. Все случаи удаления опухолей по Simpson 3 были связаны с инвазией кавернозного синуса. Эндоскопическая ассистенция была использована в 10 случаях (56%) при выполнении супраорбитального доступа.

**Результаты.** Регресс зрительных нарушений наблюдался у 5 пациентов (22%), оперированных с использованием птериональной краниотомии, и 3 пациентов (17%) - с использованием супраорбитального доступа, в остальных случаях наблюдалась стабилизация зрительных расстройств. Транзиторная аносмия (продолжительностью не более 6 месяцев) была отмечена у 5 больных в группе с птериональной краниотомией,

перманентная - в 1 случае (5%). При использовании супраорбитального доступа преходящее онемение в лобной области отметили 3 пациента (16%), регресс наступил в сроки до 3 месяцев. Вскрытие лобной пазухи было отмечено в 1 случае (5%). Нарастания неврологической симптоматики, летальных исходов, инфекционных осложнений, послеоперационной ликвореи не было. Степень радикальности удаления менингиом в обеих группах статистически достоверно не различалась ( $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Несмотря на ограниченный хирургический коридор мини-инвазивный супраорбитальный доступ обеспечивает такой же обзор анатомических структур основания передней черепной ямки, как и птериональная краниотомия. Эндоскопическая ассистенция применяется для контроля резидуальной части опухоли. При адекватном отборе пациентов, достаточном опыте хирурга, супраорбитальная краниотомия может использоваться в качестве альтернативного метода хирургического лечения пациентов с объемными образованиями передней черепной ямки.

# ОСОБЕННОСТИ СОСУДИСТОЙ РЕАКТИВНОСТИ И ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПРИ ИМПЛАНТАЦИИ ОДНОКАМЕРНОГО ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРА

Санакоева В.А., аспирант кафедры терапии и подростковой медицины

Руководитель: Автандилов А.Г., д.м.н., проф., заведующий кафедрой терапии и подростковой медицины

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

**Цель исследования:** изучить изменение сосудистой реактивности и эндотелиальной функции у пациентов с нарушением атриовентрикулярной проводимости после имплантации однокамерного электрокардиостимулятора с апикальной желудочковой стимуляцией.

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие 32 пациента, средний возраст  $69.9 \pm 11.09$  лет, имевшие нарушение атриовентрикулярной (АВ) проводимости 2-3 степени. Критерии исключения: крупно-очаговые поражения миокарда, фибрилляция предсердий, идиопатические кардиомиопатии, врожденные и приобретенные пороки сердца. По стандартной методике проводилась операция имплантации электрокардиостимулятора (ЭКС) с фиксацией электрода в области верхушки правого желудочка. Эндотелийзависимую вазодилатацию (ЭЗВД) плечевой артерии и скоростные показатели кровотока определяли с помощью датчика 7,5-10 МГц по методике, описанной *D. Celermajer* и соавт. Эхокардиографическое исследование проводили для определения внутрижелудочковой диссинхронии. Для измерения податливости сосудистой системы (ПСС, мл/мм.рт.ст.) проводили объемную компрессионную осциллометрию (ОКО) с помощью аппарата АПКО-8-РИЦ-М (ООО «СИМТ», Россия). Указанный комплекс обследований проводился пациентам при поступлении в стационар и через 2 месяца после операции имплантации ЭКС. Также через 2 месяца фиксировали количество желудочковых стимулов ( $Vp, \%$ ), нанесенных ЭКС, и воспринятых

собственных сокращений сердца ( $V_s, \%$ ). Статистическая обработка результатов выполнена в программе *GraphPadPrism 5.0*. Данные представлены в виде медианы  $M \pm SD$  (стандартного отклонения). Статистически достоверными считали различия при значении  $p < 0,05$ .

**Результаты и их обсуждения.** При оценке работы ЭКС через 8 недель после имплантации отмечено преобладающее значение количества желудочковых стимулов, составившее 77,8%, а количество воспринятых собственных сокращений сердца - 22,2%. Отмечено нарастание внутрижелудочковой диссинхронии, которая исходно составляла  $0,130 \pm 0,078$  сек., а через 8 недель увеличилась до  $0,159 \pm 0,082$  сек ( $p < 0,3$ ). Вероятно, нарастание внутрижелудочковой диссинхронии связано с высокими значениями желудочковой стимуляции.

При проведении пробы с ЭЗВД было отмечено ее снижение, исходно составляя  $7,73 \pm 4,06\%$ , а через 8 недель -  $5,81 \pm 3,6\%$  ( $p = 0,07$ ). Диаметр плечевой артерии (ПА) не изменялся ( $p > 0,05$ ). Отмечено уменьшение площади сечения внутреннего просвета ПА с  $0,13 \pm 0,048$  см<sup>2</sup> до  $0,11 \pm 0,053$  см<sup>2</sup> через 8 недель ( $p < 0,05$ ). Скоростные параметры внутрисосудистого кровотока менялись разнонаправленно. Пиковая систолическая скорость ( $V_{max}$ ) не изменялась ( $p > 0,05$ ), в то же время максимальная конечная диастолическая скорость кровотока ( $V_{ed}$ ) увеличивалась с  $1,76 \pm 3,18$  см/с до  $3,84 \pm 5,38$  см/с через 2 месяца ( $p > 0,05$ ). Достоверно изменялись усредненные по времени скорости кровотока. Максимальная скорость кровотока ( $V_{m peak}$ ) изначально составляя  $11,49 \pm 5,1$  см/с, достигала  $16,02 \pm 7,72$  см/с через 8 недель ( $p < 0,02$ ). Средняя скорость кровотока ( $V_{m mean}$ ) также выросла с  $6,29 \pm 3,54$  см/с до  $9 \pm 4,57$  см/с через 8 недель ( $p < 0,02$ ). Обнаружено, что индекс резистентности ( $RI$ ) снижался с  $0,99 \pm 0,05$  до  $0,95 \pm 0,07$  ( $p < 0,01$ ), также снижался пульсационный индекс ( $PI$ ) с  $6,34 \pm 2,27$  до  $4,68 \pm 1,76$  ( $p < 0,02$ ). Наблюдалась тенденция к снижению податливости сосудистой системы ( $p < 0,09$ ).

**Выводы.** Имплантация однокамерного ЭКС с апикальной фиксацией сопровождается ухудшением эндотелиальной функции, нарастанием внутрижелудочковой диссинхронии. Нарушение биомеханики сокращения ЛЖ и неоднородность систолического объема ЛЖ приводят к повышению потребности тканей в кислороде, что сопровождается увеличением скоростей кровотока и снижением *RI, PI*.

## СТРУКТУРА НАРУШЕНИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЛА 46, ХУ И КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ

Санникова Е.С., аспирант кафедры детской эндокринологии

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

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

**Цель исследования:** представить структуру и клиническую характеристику пациентов с нарушением формирования пола (НФП) 46, ХУ по данным регистра одного центра.

**Материалы и методы.** Обследование 69 пациентов с НФП 46,ХУ с 0 до 18 лет включало: оценку строения наружных гениталий с использованием шкалы External Masculinization Score (EMS, 0-12), цитогенетическое, молекулярно-цитогенетическое и молекулярно-генетическое исследования, ультразвуковое исследование мошонки и органов малого таза, оценку базальных гормональных показателей (тестостерон, лютеинизирующий гормон, фолликулостимулирующий гормон, анти-Мюллеров гормон, ингибин В), гормональных показателей и коэффициентов после стимуляции гонадотропином хорионическим (тестостерон, тестостерон/дигидротестостерон, тестостерон/андростендион).

**Результаты.** По результатам проведенного комплексного обследования нозологический вариант был установлен в 62% (43/69) случаев, среди которых в 65% (28/43) наблюдений имела место патология

формирования гонад, а в 28% (12/43) – дефект биосинтеза/действия андрогенов и в 7% (3/43) – синдромальная форма патологии (синдром Аарского, синдром Фрайзера, синдром Смита-Лемли-Опица).

Патология формирования гонад была представлена в 67% (19/28) парциальной и в 18% (5/28) тотальной дисгенезией, в 11% (3/28) – регрессией гонад и в 4% (1/28) – овотестикулярным НФП. При этом в группе пациентов с патологией формирования гонад у 42% (8/19) выявлены мутации генов NR5A1, ESR2, LHX1, WT1, отвечающих за формирование гонад. У одного пациента (5%, 1/19) с дисгенезией установлено сочетание дериватов мюллеровых протоков с мутацией гена к рецептору ЛГ, патологическая значимость которого на сегодняшний день неизвестна.

Нарушение биосинтеза/ действия андрогенов было представлено в 75% (9/12) случаев синдромом резистентности к андрогенам, в 25% (3/12) – синдромом персистенции Мюллеровых протоков.

Среди пациентов с неустановленным вариантом НФП 46, XY у 12% (3/26) пациентов выявлены гетерозиготные мутации генов (FOXF2, ZFPM2, HSD17B3), патологическая значимость которых не описана.

Анализ первичного обращения показал, что 48% (33/69) пациентов обратились в периоде мини-пубертата, 39% (27/69) – в нейтральном периоде и достоверно реже 13% (9/69) – в пубертатном ( $p=0,0001$  и  $p=0,003$  соответственно). При этом в большинстве случаев (84%, 58/69) причиной обращения было неправильное строение наружных гениталий, в 9% (6/69) – задержка полового развития, в 7% (5/69) - одно- или двусторонние паховые грыжи. По строению наружных гениталий пациенты распределились следующим образом: сочетание крипторхизма с гипоспадией имели 62% (43/69), гипоспадии с микропенисом - 10% (7/69), изолированную гипоспадию - 9% (6/69), крипторхизм двусторонний и сочетание крипторхизма с микропенисом по 3% (2/69), женский фенотип - 13% (9/69).

По полу дети распределились следующим образом: мужской пол был назначен в 77% (53/69), женский – в 23% (16/69) случаев.

**Выводы.** Комплексное обследование детей с НФП 46, ХУ позволило верифицировать окончательный вариант патологии у 62% пациентов, что определяет необходимость совершенствования диагностического алгоритма. Среди установленных вариантов имела место патология формирования гонад. Самым частым клиническим вариантом НФП 46, ХУ явилось сочетание гипоспадии с крипторхизмом.

## ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ПОСЛЕ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ПЕЧЕНИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КЛАССИФИКАЦИИ CLAVIEN–DINDO

Сапаев Д.Ш., аспирант кафедры общей хирургии, травматологии и  
ортопедии

Руководитель: Рузибаев Р.Ю., д.м.н., доц.

Консультант: Якубов Ф.Р., к.м.н.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии.

г.Ургенч, Таджикистан

**Актуальность темы.** Эхинококкоз печени является паразитарным заболеванием печени, которое пожирает паренхиму печени. Встречающиеся послеоперационные осложнения и рецидивы приводят к увеличению инвалидности и смертности. В целях углубленного анализа и разработки мер по профилактике послеоперационных осложнений, мы использовали классификацию Clavien-Dindo, предложенную в 2008 году.

**Цель исследования:** определить и оценить ранние осложнения послеоперационного периода после эхинококкэктомии печени.

**Материалы и методы.** За период с 2010 г. по 2017 г. в отделении абдоминальной хирургии Хорезмского областного многопрофильного центра, которая является клинической базой кафедры общей хирургии Ургенчского филиала Ташкентской медицинской академии, 231 больной подвергался хирургическому лечению по поводу эхинококкоза печени. Из

них первичный эхинококкоз был у 187 (81%) пациентов, рецидивный – у 44 (19%) пациентов, из них у 22 больных рецидив случался два и более раза. Возраст пациентов колебался от 18 до 80 лет. Мужчин было 111 (48,1%), женщин - 120 (51,9%). Одиночная киста печени выявлена у 169 (73,2) больных, множественные кисты – у 62 (26,8) пациентов. У 118 больных киста располагалась в труднодоступной диафрагмальной поверхности в VII-VIII сегментах печени. Осложненный эхинококкоз встречался у 60 больных. Всем пациентам проведены комплексные клиничко–лабораторные и инструментальные исследования, включавшие УЗИ, КТ, МСКТ, МРТ, ЭГДФС. Общеклиническое обследование проводилось по стандартной методике и включало опрос, осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию. Лабораторные исследования: общий анализ крови и мочи; анализ крови на общий билирубин и его фракции, общий белок и его фракции, амилазу, сахар, мочевины, креатинин, АЛТ, АСТ, тимоловую пробу, коагулограмму.

У 28 больных производилась полузакрытая эхинококкэктомия, у 189- закрытая эхинококкэктомия, из них у 68 произведена частичная цистпериксэктомия, у 6- атипичная резекция печени и у 5 произведена идеальная эхинококкэктомия, у 3 - произведена цистпериксэктомия. А 23 больным произведены симультанные операции.

**Результаты.** Мы сопоставили послеоперационные осложнения по классификации Clavien–Dindom и получили такие результаты.

У 153 (66,2%) пациентов наблюдалось быстрое утомление, общая слабость, потоотделение, субъэктиричность склер, повышение температуры тела до 37-38°C. Этим больным были введены антипиретики, анальгетики, антибиотики, электролиты. Соответственно, эта группа больных была включена по классификации в I степень.

У 23 больных, которым производились многократные операции и у которых имелась эхинококковая киста в виде осложнения, наблюдалась послеоперационная анемия. Этим больным была сделана гемотрансфузия. А 20 больным введены растворы углеводов и белков в качестве

кроезаменителей для парентерального питания. Эти 43 (18,6%) больных были отнесены к II степени.

К III степени были отнесены 28 (12,1%) больных. 20 больным были проведены повторные УЗИ, ЭГДФС, контрастная фистулография, плевральная пункция и они были отнесены к III а степени.

У 8 больных были проведены повторные операции под общим обезболиванием в связи с послеоперационными кровотечениями, нагноением остаточной полости, спаечной болезнью брюшной полости и образованием лигатурных свищей. Эта группа больных была включена в III б степень.

У 7(3,1%) больных из-за разрыва эхинококковой кисты в брюшную полость, плевральную полость и желчные пути наблюдался анафилактический шок, легочная недостаточность, печеночная недостаточность и холангит, им была проведена интенсивная терапия в отделе реанимации. Из-за того, что у них наблюдалась недостаточность одного органа, эти больные были отнесены к IV а степени.

Больных, относящихся к IV б и V степени не выявлено.

**Заключение.** При осложненных и рецидивных эхинококковых кистах печени в послеоперационном периоде осложнения наблюдались у 8,7% больных, которых включили в III а степень по классификации, а 3,4% - в III б степень, и 3,1% - в IV а. Среди больных, с неосложненными эхинококковыми кистами, почти 84,8% пациентов отнесены к 1 и 2 степени. Благодаря этой классификации после эхинококкэктомии печени, можно определить и оценить ранние послеоперационные осложнения и предпринять меры профилактики. Классификация Clavien - Dindo может служить простым и надежным инструментом для стандартизации осложнений, позволяет выполнить сравнительный анализ результатов после эхинококкэктомии печени в различных клиниках.

# ВОЗМОЖНОСТЬ ВЫПОЛНЕНИЯ ОРГАНСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНОМ РАКЕ

Седых С.Д., ординатор 1-года кафедры урологии и хирургической  
андрологии

Руководитель: Серегин А.В., д.м.н., проф.  
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

**Введение.** Возрастающий интерес к выполнению органосохраняющих операций при злокачественных опухолях почек обусловлен рядом причин:

1. Повышение уровня качества жизни;
2. Снижение риска развития хронической болезни почек в послеоперационном периоде;
3. Повышение общей выживаемости пациентов.

Одним из условий роста числа успешно выполненных органосохраняющих операций в клинике является разработанная методика наложения превентивных швов по окружности опухоли, выполняющих гемостатическую и «каркасную» функцию, что обеспечивает снижение объема кровопотери, уменьшение длительности операции, позволяет практически полностью отказаться от пережатия почечной артерии.

**Цель исследования:** оценка результатов органосохраняющих операций при раке почки.

**Материалы и методы.** В 41 урологическом отделении ГКБ им. С.П. Боткина ежегодно выполняется около 150 оперативных вмешательств по поводу новообразований почки. За счет разработанной методики доля органосохраняющих операций в общей структуре проводимых вмешательств на почках с каждым годом возрастает. Так, в 2015 году резекции составляли 58% от общего числа операций на почках; в 2016 – 69%; в 2017 – 80%. За указанные 3 года наблюдения органосохраняющие операции были выполнены в общей сложности 231 пациенту в возрасте от 37 до 84 лет при стадии заболевания от T1aN0M0 до T2bN0M0.

**Результаты.** За время наблюдения не отмечено ХБП выше 2 ст. Ни в одном случае не зарегистрировано локального рецидива заболевания. Общая и ракоспецифическая выживаемость составила 100 %. У одного пациента через год после операции выявлено метастатическое поражение легких; проводится таргетная терапия.

**Вывод.** Органосохраняющая хирургия при раке почки - перспективное направление онкоурологии. Актуальность выполнения органосохраняющих операций значительно возрастает при наличии единственной почки, двустороннем поражении, а также у соматически ослабленных пациентов.

#### ОСОБЕННОСТИ ВСПЫШЕК ГЕПАТИТА А В США 2015-2017 ГГ

Сиволенко Е.Е., Селина Д.Б., студентки, кафедра гигиены и эпидемиологии

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

Медицинский институт НИУ «БелГУ», г. Белгород

Вирусный гепатит А (ВГА) является одной из самых распространённых инфекций в мире, борьба с которой требует значительных затрат времени и материальных ресурсов. Наличие эффективной вакцины, до начала её массового применения, не снижает риск возникновения крупных вспышек ВГА. Сегодня, США является страной, где несмотря на проведение широкой вакцинации против ВГА регистрируются вспышки этой инфекции.

**Цель исследования:** рассмотреть вспышки ВГА, зарегистрированные на территории США в 2015-2017 годах, определить основные пути и факторы передачи вируса в стране с широким использованием вакцины. Схожесть эпидемической обстановки по ВГА в США и России, делает необходимым проведение эффективных профилактических мероприятий, для предупреждения похожих вспышек в нашей стране.

**Материалы исследования.** Послужили данные Centers for Disease Control and Prevention (CDC) и материалы, опубликованные в интернете о вспышках ВГА, зарегистрированные в США в 2015-2017 годах. Основным методом исследования – анализ графиков и таблиц, отражающих уровень заболеваемости среди лиц, вовлечённых в эпидпроцесс среди населения в целом и группах повышенного риска по ВГА.

**Результаты исследования.** Гепатит А - острое инфекционное заболевание печени, вызываемое вирусом гепатита А с фекально-оральным механизмом передачи возбудителя. В исследуемый период, самая высокая заболеваемость наблюдалась в штате Аризона (0,8 случаев на 100 тыс. населения), а самая низкая - в штатах Луизиана, Миссисипи и Миссури.

Зарегистрировано несколько вспышек ВГА, связанные с употреблением пищевых продуктов, импортированных в США из эндемичных регионов мира, контаминированных ВГА. В штатах Гавайи, Калифорнии и Невада (2015 г.) произошла вспышка (292 заболевших), связанная с употреблением сырых морепродуктов (гребешки). В штате Вирджиния, вспышка гепатита (143 заболевших) была связана с замороженной клубникой в коктейлях, которая импортировалась из Египта.

Вспышка ВГА (2016 г) зарегистрированная в Нью-Йорке (46 случаев) отмечена среди мужчин, имевших сексуальный контакт с мужчинами при реализации полового пути передачи возбудителя.

Наибольший интерес представляет вспышка ВГА, зарегистрированная в 2017 г. в Калифорнии (г Сан-Диего). Заболело 507 человек, из которых 19 (3,7%) умерло. Большинство заболевших были бездомные и лица, употребляющие наркотические средства, живущие в «палаточных городках». Данные о вспышке исключают водный и пищевой путь передачи, а также распространение вируса при приёме наркотических препаратов. Все это стало основой для рабочей гипотезы о нетипичном – контактном распространении ВГА между людьми. Высокая летальность определялась характеристикой группы лиц (БОМЖ) вовлечённых в вспышку: наличие

сопутствующих хронических заболеваний печени (микст-инфекции, гепатиты В и С); иммунодефицитным состоянием; употреблением алкоголя и отсутствием ранее проведённой вакцинацией.

**Выводы.**

1) Несмотря на проведение вакцинации против ВГА в США, сохраняется риск возникновения вспышек.

2) Реализация фекально-орального механизма передачи ВГА во время вспышек, зарегистрированных в США, происходит за счёт реализации пищевого, полового и контактно-бытового пути путей передачи возбудителя.

3) Бездомные и лица, употребляющие наркотические средства представляют группу повышенного риска инфицирования ВГА.

**Заключение.** Результаты изучения вспышек ВГА в США позволяют предположить возможность возникновения подобных ситуаций в России, что определяет необходимость поведения массовой вакцинации против ВГА среди населения.

## ИЗМЕНЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ДЫХАТЕЛЬНОЙ МУСКУЛАТУРЫ ПРИ ИЗОМЕТРИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ

Сидорова М.А., ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней

Руководители: Мирошниченко И.В., д.м.н., проф.; Иванов К.М., д.м.н., проф.

ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России, г. Оренбург

**Цель исследования:** изучить изменения силы и биоэлектрической активности дыхательной мускулатуры при изометрической нагрузке различной мощности.

**Материалы и методы.** В исследование включены 19 здоровых лиц, средний возраст которых составил  $20,4 \pm 0,2$  лет. Исследование силы дыхательной мускулатуры (максимальное инспираторное давление в ротовой полости - MIP и максимальное экспираторное давление в ротовой полости – MEP) проводилось на аппарате Micro RPM (Respiratory Pressure Meter). Поверхностная электромиография (ЭМГ) диафрагмы, грудино-ключично-сосцевидной, большой грудной мышц и прямой мышцы живота проводилась с использованием многофункционального компьютерного комплекса Нейро-МВП (Нейрософт) при инспираторном и экспираторном усилиях (30% и 50% от максимального уровня). Статистическая обработка проводилась непараметрическими методами (критерии знаков, Вилкоксона – Манна - Уитни), корреляционная зависимость определялась критерием Спирмена.

**Результаты.** При нарастании инспираторного усилия от 30% до 50% от максимального уровня наблюдалось достоверное ( $p < 0,05$ ), увеличение средней амплитуды ЭМГ инспираторных мышц: на 88,6% - грудино-ключично-сосцевидной мышцы, на 19% - диафрагмы, на 11,5% - большой грудной мышцы. При экспираторном усилии средняя амплитуда при исследовании прямой мышцы живота увеличилась на 20% ( $p < 0,05$ ). Корреляционный анализ показал, что при 30% нагрузке отмечалась тесная зависимость с высоким уровнем достоверности частотных характеристик ЭМГ и силы дыхательной мускулатуры. На 50% усилия отмечалась

корреляционная связь с высоким уровнем достоверности средней амплитуды ЭМГ и силы дыхательной мускулатуры, наиболее выраженная между показателями ЭМГ прямой мышцы живота, когда коэффициент корреляции между средней амплитудой ЭМГ и МЕР составил  $r=0,67$  ( $p < 0,0025$ ), средней частотой ЭМГ и МЕР  $r= - 0,71$  ( $p < 0,0005$ ).

### **Выводы.**

1. Нарастание инспираторного усилия от 30% до 50% от максимального уровня приводит к наиболее выраженным изменениям средней амплитуды ЭМГ на грудино-ключично-сосцевидной мышце по сравнению с другими инспираторными мышцами.

2. Высокая корреляционная связь с высоким уровнем достоверности отмечается между показателями ЭМГ прямой мышцы живота на экспираторном усилии, нарастающем с 30% до 50% от максимальной нагрузки.

## **САМОКОНТРОЛЬ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА: ОЦЕНКА КОМПЛАЕНТНОСТИ**

Симакова М.А., ординатор кафедры детской эндокринологии,

Филатов А.Е., аспирант кафедры детской эндокринологии

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

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

**Цель исследования:** оценить приверженность детей с СД 1 типа к самоконтролю заболевания с помощью автоматической системы обработки данных гликемического контроля.

**Материалы и методы.** В исследование включено 39 детей с сахарным диабетом 1-го типа (средний возраст  $13,9 \pm 3,2$  лет, медиана длительности заболевания 2,5 года [1; 7]). Оценку приверженности к самоконтролю заболевания проводили в зависимости от гендерной принадлежности (18

девочек), а также в 2 возрастных группах: от 0 до 14 лет (n=18), от 15 до 18 лет (n=21). Оценивали количество самостоятельных определений глюкозы крови в сутки, индекс комплаентности, значения гликированного гемоглобина (HbA1c). Количество самостоятельных измерений глюкозы крови оценивали на основании таблицы «дата-время-результат», составленной по результатам последних 54 измерений гликемии при помощи автоматической системы обработки данных самоконтроля. Индекс комплаентности рассчитывали по формуле: (количество проводимых измерений/количество рекомендованных измерений (5) x 100%). Индекс комплаентности более 90% считался приемлемым (удовлетворительным).

**Результаты.** Медиана среднего количества измерений в обследованной группе составила 4,3 [2,7; 4,9] в сутки, индекс комплаентности 85 % [53,3; 98], что свидетельствует о низкой приверженности к самоконтролю заболевания у группы в целом и находит отражение в показателях HbA1c (среднее значение 8,1%  $\pm$ 1,9). У девочек как медиана среднего количества измерений глюкозы крови в сутки (4,8 [3,8; 6,3]), так и медиана индекса комплаентности (96,3% [75,7; 125]), значимо выше и достигала целевых значений, по сравнению с мальчиками (3,6 измерений [2,6; 4,3], p=0,01, медиана индекса комплаентности 72% [51; 86,6], p=0,01).

В возрастных группах от 0 до 14 и от 15 до 18 лет медианы среднего количества измерений (4,3 [3,6; 6] vs 3,6 [2,6; 4,42]), p=0,09 и индекса комплаентности (85,8% [72; 120] vs 72% [51; 88,3]), p=0,09 значимо не различались. Однако, в группе от 0 до 14 лет среднее значение HbA1c значимо ниже — 7,4%  $\pm$ 1,2, p=0,009 и достигало целевого диапазона, в то время как в старшей возрастной группе среднее значение HbA1c 8,7%  $\pm$ 2,2, превышало целевые значения.

В группе пациентов (16/39, 41%), имеющих HbA1c <7,5% (среднее значение 6,8% $\pm$ 0,03), медиана среднего количества измерений 4,65 [3,5; 6,1], индекс комплаентности 93% [71; 122], значимо выше, чем у пациентов (23/39, 59%), имеющих HbA1c  $\geq$ 7,5% (среднее значение 9,1% $\pm$ 2,0) - медиана

среднего количества измерений 3,8 [2,5; 4,3],  $p=0,037$ , индекс комплаентности 75,7% [50; 86,6],  $p=0,037$ .

**Выводы.** Автоматическая система обработки данных гликемического контроля в амбулаторных условиях позволяет оценить комплаентность детей с СД 1 типа к самоконтролю заболевания, подтверждает зависимость компенсации СД от количества измерений и демонстрирует удовлетворительную приверженность к самоконтролю у девочек, в отличие от мальчиков. В то время как степень компенсации СД у пациентов старшей возрастной группы, по-видимому, определяется не только количественными параметрами гликемического контроля, но и другими факторами (пубертат, стресс, свободный режим питания, вовлеченность родителей в процесс самоконтроля заболевания).

## НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Сипатина Е.В., ординатор 1 года кафедры рефлексологии и мануальной  
терапии

Руководитель: Тянь В.Н., д.м.н., доц. кафедры рефлексологии и мануальной  
терапии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

**Актуальность.** Климактерический синдром (КС) встречается у женщин в возрасте 45-55 лет. Наряду с органическими изменениями в организме наблюдаются изменения функционального состояния вегетативной нервной системы. Частота встречаемости КС по результатам различных исследований - от 26 до 48% женщин (Сметник В.П., Тумилович Л.Г., 1997) Лечение КС проводится путем проведения заместительной гормональной терапии (ЗГТ), но у многих пациенток имеются противопоказания для ее проведения: диабет, мастопатия, заболевания

печени, почек, нарушения в системе гемостаза. В таких случаях целесообразен поиск альтернативных методов коррекции симптомов КС. Однако рефлексотерапия (РТ) при КС применяется редко из-за недостаточной осведомленности врачей о механизмах рефлекторных воздействий акупунктуры.

**Цель исследования:** провести литературный обзор, объясняющий нейрофизиологические механизмы применения методов рефлексотерапии в лечении климактерического синдрома.

**Материалы и методы.** Анализ научной литературы на тему применения методов рефлексотерапии в лечении КС.

**Результаты.** Условно выделяют несколько звеньев рефлекторного воздействия акупунктуры: первое - рецепторные нервные окончания (механорецепторы), второе – соматические и висцеральные афферентные волокна, связывающиеся со вставочными нейронами, обуславливающие сегментарный (локальный) рефлекторный ответ, третье - эфферентные двигательные и симпатические нейроны. (В.С.Гойденко,1990). От возбужденных сегментов спинного мозга по афферентным путям через вегетативные ганглии идут эфферентные импульсы к внутренним органам, кровеносным сосудам и мышцам; с другой стороны, возбуждение передается по афферентным путям в ретикулярную формацию ствола и таламуса, а также в гипоталамус, эфферентный ответ которого через гипофиз — кору надпочечников вызывает изменения в содержании стероидов. Вегетативные центры подкорки через афферентные пути и вегетативные ганглии воздействуют на внутренние органы и кровеносные сосуды, изменяя их функциональное состояние. Гипоталамус стимулирует с помощью нейрогормона выработку гормонов гипофиза и влияет на другие железы внутренней секреции, дополняя или усиливая влияние спинного мозга и подкорковых центров. (М.К.Усова, В.С.Гойденко, В.М.Котенева, 1982-2015). Задачей рефлексотерапии при КС является повышение порога возбудимости,

ослабление подвижности вегетативных реакций и нормализация взаимодействия адренергического и холинергического влияния.

С целью оценки эффективности РТ при КС было проведено клиническое исследование с участием 196 женщин с проявлениями КС, из них 48 пациенток (контрольная группа) получали ЗГТ и 148 — корпоральную и аурикулярную РТ. В контрольной группе: значительное улучшение наступило у 10,4 % больных, улучшение - 66,7 %, без изменений - 29,9 %. После первого курса РТ значительное улучшение отмечено у 89,2 %, улучшение — у 8,8 %. (А.Ф. Жаркин, Н. А. Жаркин, 1988, 2005).

**Выводы.** Анализ приведенных источников позволяет сделать вывод, что эффективность рефлексотерапии при лечении КС имеет научное обоснование, ее применение оправдано у женщин как в монотерапии (у пациенток с противопоказаниями к ЗГТ), так и в составе комплексного лечения и дает положительный результат в 98% случаев.

## ГЛОБАЛЬНАЯ ПРОДОЛЬНАЯ ДЕФОРМАЦИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ STEMI

Скворцов С.Н. - студент 6-го курса, Терина Н.А. - студентка 4-го курса,  
кафедра терапии

Руководитель: Олейников В.Э., д.м.н., проф.; Галимская В.А., к.м.н., доц.  
ФГБОУ ВПО «Пензенский государственный университет», г. Пенза

**Цель исследования:** отслеживание динамики показателей глобальной продольной деформации миокарда левого желудочка (ЛЖ) методом двухмерного стрейна (ДОП) в течение 3-х месяцев у больных с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпST).

**Материалы и методы.** В исследование было включено 26 пациентов со STEMI (средний возраст  $54,8 \pm 8,71$  лет), которые составили 1-ую группу, и 20 здоровых добровольцев ( $54,2 \pm 9,4$  лет), представлявшие контрольную 2

группу. Критериями включения в группу 1 было отсутствие гемодинамически значимых стенозов других коронарных артерий кроме инфаркт-связанной, предшествующих инфарктов миокарда и другой сопутствующей патологии со стороны сердечно-сосудистой системы. Инфаркт миокарда подтверждали по данным ЭКГ, диагностическому уровню тропонина I, КФК-МВ и коронароангиографии (КАГ). Эхокардиографическое обследование (ЭХО-КГ) проводили на ультразвуковом сканере MyLab 90 (Esaote, Италия) на 7 день и через 3 месяца от начала заболевания. С помощью программного обеспечения X-Strain™ определяли глобальную продольную деформацию (%) (Global Longitudinal Strain – GLS).

**Результаты.** Показатель GLS у больных ИМпСТ на 7 день от начала заболевания составлял  $(-17,4 \pm 3,29) \%$  и через 3 месяца -  $(-18,33 \pm 3,38) \%$  (нд). Исходные значения и показатели при исследовании через 3 месяца недостоверно отличались от группы здоровых  $(-20,3 \pm 2,6) \%$  ( $p > 0,05$ ).

**Вывод.** Показатели глобальной продольной деформации миокарда ЛЖ у больных ИМпСТ после реваскуляризации и при динамическом наблюдении через 3 месяца недостоверно отличались от значений контрольной группы, что свидетельствует об эффективной реваскуляризации.

## СОДЕРЖАНИЕ СЕКРЕТОРНОГО ИММУНОГЛОБУЛИНА А В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПРИ СЕПТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Смирнова А.Ш., м.н.с. научно-исследовательской лаборатории молекулярной  
биологии

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

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

Изучение инфекционного эндокардита и сепсиса как комплексной иммунопатологии, выяснение иммунологических нарушений, способствующих развитию вегетаций на эндокарде, септикопиемии и септицемии, необходимо для понимания патогенеза септических заболеваний.

**С целью исследования** состояния локального иммунитета определяли концентрацию секреторного IgA в сыворотке крови (serum secretory IgA, ssIgA) у пациентов с острым или подострым течением инфекционного эндокардита и сепсисом.

**Материалы и методы.** Обследовано 54 пациента (в возрасте от 23 до 78 лет) терапевтических клиник г. Новокузнецка с диагнозом «инфекционный эндокардит» (ИЭ), выставленным на основании критериев DUKE. У 34-х из них (11 женщин и 23 мужчины) диагностировано острое течение ИЭ (оИЭ), у остальных 20 пациентов (7 женщин и 13 мужчин) – подострое течение (п/оИЭ). Обследовано 58 пациентов (26 женщин и 32 мужчины в возрасте от 26 до 75 лет) с диагнозом «сепсис» (СЕП), выставленным на основании критериев Sofa. Исследование крови на стерильность выявило *Staphylococcus aureus* и *Streptococcus viridans* (26 больных) и другие возбудители (*Enterobacter* spp., *Klebsiella* spp., *Escherichia coli* и *Pseudomonas aeruginosa*) у большинства остальных больных. В группу контроля включены 49 лиц в возрасте от 27 до 74 лет (25 женщин и 24 мужчины), не имеющих признаков очаговой и системной инфекции и не

страдающих артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца. Забор образцов периферической крови у больных ИЭ проводили на 2-4 день и у больных СЕП – в течение 1-2 недель после госпитализации. В образцах сывороток определяли концентрацию sIgA методом ИФА на автоматическом анализаторе Лазурит (Dyplex Technol., США) с использованием набора реагентов IgA секреторный-ИФА-БЕСТ А-8668 (ВЕКТОР БЕСТ, Новосибирск). Математическую обработку результатов исследований проводили с помощью непараметрических критериев, используя пакеты статистических программ InStatII, Microsoft Excel.

**Результаты.** Максимальная концентрация ssIgA выявлена у лиц с оИЭ ( $14,8 \pm 0,98$  мг/л, диапазон индивидуальной вариабельности 4,3–22,5 мг/л), в среднем больше в 1,5 раза таковой у лиц с п/оИЭ ( $9,5 \pm 1,4$  мг/л, диапазон 2,99–21,8 мг/л,  $p < 0,05$ ), а по сравнению с контролем ( $3,2 \pm 0,3$  мг/л, диапазон 0,9–5,9 мг/л) – в 5 раз ( $p < 0,0001$ ). У большинства пациентов с оИЭ (81%) концентрация ssIgA была выше 10 мг/л, а в группе лиц с п/оИЭ (78%) – меньше 10 мг/л, что может быть критерием оценки течения ИЭ. Подтверждением является найденная положительная корреляционная связь между концентрацией ssIgA и диагнозом оИЭ в группе с ИЭ (коэффициент корреляции Спирмена=0,4084,  $n=54$ ,  $p=0,0022$ ). При СЕП количество ssIgA ( $12,6 \pm 0,8$  мг/л, диапазон 2,7–22,8 мг/л) было также выше, чем в контроле – в среднем в 4 раза ( $p < 0,0001$ ). При п/оИЭ уровень ssIgA меньше, чем при СЕП ( $p < 0,05$ ). Гендерных различий в содержании ssIgA у обследуемых больных всех групп не найдено.

**Заключение.** Развитие ИЭ и СЕП сопровождается значительным повышением сывороточного уровня секреторного IgA, как у мужчин, так и у женщин, особенно выраженным при остром течении ИЭ. Подострый ИЭ характеризуется меньшим количеством этого иммуноглобулина в циркуляции, чем острый ИЭ и сепсис, что можно использовать для расширения спектра лабораторно-диагностических тестов для ранней дифференциальной диагностики данных нозологий.

УРОВЕНЬ СЕКРЕТОРНОГО ИММУНОГЛОБУЛИНА А  
В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПРИ РАЗНЫХ ИСХОДАХ ЗАБОЛЕВАНИЯ И  
ОЧАГАХ ИНФЕКЦИИ У СЕПТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Смирнова А.Ш., м.н.с. научно-исследовательской лаборатории молекулярной  
биологии

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

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

Снижение до определенных значений содержания иммуноглобулинов G-, M- и A-классов в плазме крови при сепсисе может указывать на повышенную вероятность неблагоприятного исхода заболевания.

**Целью работы** явился поиск связи уровня сывороточного секреторного IgA (serum secretory IgA, ssIgA) с очагом инфицирования и исходом острого инфекционного эндокардита и сепсиса без вегетаций на эндокарде.

**Материалы и методы.** Обследовано 35 пациентов терапевтических клиник г. Новокузнецка (12 женщин и 23 мужчины) с острым течением инфекционного эндокардита (оИЭ) и 58 пациентов (26 женщин и 32 мужчины) с сепсисом (СЕП). Большинство больных оИЭ принимали наркотики внутривенно (29 человек, ангиогенный очаг инфицирования). Среди пациентов с СЕП у 24 человек сепсис развился на фоне внутривенного приема наркотиков (ангиогенный сепсис), у 34 человек – другие источники инфекции (неангиогенный сепсис – гнойные процессы кожи и подкожной клетчатки, патология мочеполовой системы, ЖКТ, острая хирургическая патология ЖКТ). Исследование крови на стерильность выявило *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus viridans*, *Enterobacter spp.*, *Klebsiella spp.*, *Escherichia coli* и *Pseudomonas aeruginosa* у большинства больных. Все пациенты получали антибактериальную терапию – антибиотики широкого спектра действия, антикоагулянтную и симптоматическую терапию по

показаниям. Смертность госпитализированных пациентов с СЕП составила 29%, а больных с оИЭ – 20%. Забор образцов периферической крови у больных ИЭ проводили на 2-4 день и у больных СЕП – в течение 1-2 недель после госпитализации. В образцах сывороток крови определяли концентрацию ssIgA методом ИФА на автоматическом анализаторе Лазурит (Dynex Technol., США) с использованием набора реагентов IgA секреторный-ИФА-БЕСТ А-8668 (ВЕКТОР БЕСТ, Новосибирск). Математическую обработку результатов исследований проводили с помощью непараметрических критериев, используя пакеты статистических программ InStatII, Microsoft Excel.

**Результаты.** Влияние очага заражения на уровень ssIgA найдено в группе с СЕП, в которой неангиогенное инфицирование приводило к большему содержанию иммуноглобулина в циркуляции ( $14,1 \pm 1,1$  мг/л,  $n=34$ , диапазон индивидуальной вариабельности равен 3,6–22,8 мг/л), чем ангиогенное ( $10,6 \pm 1,3$  мг/л,  $n=24$ , диапазон индивидуальной вариабельности равен 2,7–22,1 мг/л,  $p=0,0351$ ). В группе с оИЭ такой зависимости не найдено (при ангиогенном очаге концентрация ssIgA составила  $15,4 \pm 1,0$  мг/л,  $n=29$ , диапазон индивидуальной вариабельности равен 4,3–22,5 мг/л, а при неангиогенном очаге инфицирования –  $12,3 \pm 2,9$  мг/л,  $n=6$ , диапазон индивидуальной вариабельности равен 5,1–19,3 мг/л,  $p>0,05$ ). Не обнаружено связи ssIgA с исходом заболевания в обеих группах обследованных пациентов. Так, при летальном исходе в группе с оИЭ концентрация иммуноглобулина составила  $14,0 \pm 2,5$  мг/л,  $n=7$ , диапазон индивидуальной вариабельности равен 9–21,3 мг/л, а у выживших –  $15,1 \pm 1,0$  мг/л,  $n=28$ , в диапазоне 4,3–22,5 мг/л. При СЕП – соответственно  $12,5 \pm 1,4$  мг/л,  $n=17$ , диапазон равен 5,2–22,4 мг/л, и  $12,7 \pm 1,1$  мг/л,  $n=41$ , в диапазоне 2,7–22,8 мг/л.

**Заключение.** Содержание секреторного иммуноглобулина А в циркуляции зависит от очага инфицирования при сепсисе. Не обнаружено его связи с выживаемостью (или летальностью) обследованных пациентов,

что исключает данный показатель из числа прогностических маркеров сепсиса и острого инфекционного эндокардита.

## ОЦЕНКА ИЗМЕНЕНИЙ МОЗГОВОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ НАЛИЧИИ АНЕВРИЗМ ПЕРЕДНИХ ОТДЕЛОВ ВИЛЛИЗИЕВА КРУГА С ПОМОЩЬЮ МЕТОДА ПЕРФУЗИОННОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ

Советов И.В., студент; Кузовкова А.А., студент

Руководитель: Амелин М.Е, к.м.н., асс.

ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России, г. Новосибирск

Несмотря на успехи современной нейровизуализации остается недостаточно изученным вопрос о гемодинамических изменениях вещества головного мозга при наличии церебральных аневризм. Методом, позволяющим количественно оценить параметры кровотока в веществе головного мозга, является перфузионная компьютерная томография (ПКТ).

**Цель исследования.** Оценить изменения параметров перфузии вещества головного мозга у пациентов с аневризмами переднего отдела Виллизиева круга различных размеров.

**Материалы и методы.** В исследование было вовлечено 39 пациентов основной группы в возрасте от 48 до 64 лет с аневризмами передней мозговой артерии - передней соединительной артерии (ПМА-ПСА). Контрольную группу составили 14 пациентов в возрасте от 44 до 67 лет без выявленной патологии брахиоцефальных и интракраниальных артерий.

Перфузионные исследования проводились на 64-срезовом компьютерном томографе. Оценивали показатели МТТ (mean transit time - время транзита контраста), СBF (cerebral blood flow - скорость прохождения определенного объема крови через заданный объем ткани мозга за единицу времени), СВV (cerebral blood volume - общий объем крови в выбранном

участке мозговой ткани (мл/100 г)), их средние полушарные значения и асимметрию на стороне аневризмы и в контралатеральном полушарии.

**Результаты.** При оценке показателей перфузии пациенты были разделены на две группы. В первой группе отмечалось значимое отличие показателя CBV и CBF между бассейнами передних мозговых артерий со снижением на стороне поражения на 10-12%. Также в данной группе отмечено нарастание показателя МТТ в бассейне ПМА на стороне аневризмы на 15-18%. Сходные отличия отмечались при сравнении показателей с контрольной группой. Данную группу составили 18 пациентов. Средний диаметр аневризм в данной группе составил  $11,6 \pm 4,7$  мм. В других артериальных бассейнах полушария как ипсилатерально расположению аневризмы, так и в контралатеральном полушарии существенных отличий показателей перфузии (CBV, CBF, МТТ) как друг от друга, так и от показателей контрольной группы не выявлено.

Вторая группа включала в себя 21 пациента, у которых показатель CBV и CBF в бассейне передней мозговой артерии полушария, ипсилатерального расположению аневризмы значимо не отличался от противоположного полушария и от показателей контрольной группы. Средний диаметр аневризм в группе составил  $4,5 \pm 3,2$  мм. Показатель МТТ недостоверно отличался от показателей противоположного полушария и показателей у пациентов контрольной группы в сторону повышения, отличие это было незначимым, 5-9%.

В других артериальных бассейнах полушария как ипсилатерально расположению аневризмы, так и в контралатеральном полушарии существенных отличий показателей перфузии как друг от друга, так и от показателей контрольной группы не выявлено.

**Выводы.** В результате проведенного исследования были выявлены закономерности между размерами аневризм передних отделов Виллизиева круга и изменениями параметров перфузии головного мозга. Применение ПКТ у пациентов с аневризмами церебральных артерий передних отделов

Виллизиева круга позволяет оценить гемодинамическое состояние головного мозга и его изменения, вызванные наличием аневризмы, что в свою очередь может повлиять на тактику лечения пациента.

## ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ В ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Сошина М.М., аспирант кафедры офтальмологии

Руководители: Мошетьева Л.К., акад. РАН, проф., д.м.н, зав. кафедрой офтальмологии; Сычев Д.А., чл.- корр. РАН, д.м.н., проф., зав. кафедрой клинической фармакологии и терапии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Значительное число пациентов, страдающих глаукомой, – это люди преклонного возраста, страдающие системными хроническими заболеваниями. Одновременное назначение двух ЛС в результате их взаимодействия приводит к развитию неблагоприятных побочных реакций у 6% пациентов, а при назначении 5 ЛС частота их возрастает до 50%.

**Цель работы:** представить клинический случай лекарственного взаимодействия из практики врача офтальмолога.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находилась пациентка П., 70 лет. Пациентка проводились следующие исследования: стандартные офтальмологические исследования, корнеометрия, ЭКГ, измерение АД и частоты сердечных сокращений (ЧСС).

**Результаты наблюдения.** Пациентка обратилась с жалобами на снижение зрения, слабость, сонливость, головокружения. Со слов, пациентка около года применяет комбинированный препарат, включающий неселективный бета- адреноблокатор 0,5% (тимолол) и селективный альфа<sub>2</sub>-адреномиметик 0,2% (Бримонидин) 2 раза в день в оба глаза в связи с верифицированным ранее диагнозом «открытоугольная I а глаукома». Ранее

была отмечена аллергическая реакция группы аналогов простагландинов (гиперемия конъюнктивы и зуд век).

Кроме того, у пациентки имелись сопутствующие заболевания: остеохондроз шейного отдела позвоночника, тревожно-депрессивное расстройство. По поводу последнего, пациентка постоянно принимает антидепрессант группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина, пароксетин в дозировке 20 мг в сутки.

Были проведены стандартные офтальмологические исследования, по результатам которых:

Visus OD=0,7 sph+0,75D=0,9, OS=0,6 sph+0,75D=0,8-0,9

ВГД OD=28 мм. рт. ст., OS= 27 мм. рт. ст.

Центральная толщина роговицы: OD – 555 мкм, OS – 550 мкм.

Учитывая дополнительные жалобы пациентки – было выполнено измерение артериального давления (АД), которое составило 100/60 мм.рт.ст., и ЭКГ (синусовая брадикардия, атривентрикулярная блокада I степени). Частота сердечных сокращений (ЧСС) 55 в минуту. Со слов, ранее пациентка гипотонию и брадикардию никогда не отмечала.

По результатам стандартного офтальмологического обследования, биомикроскопии и офтальмоскопии был выставлен диагноз: оба глаза- Открытоугольная I b глаукома. Начальная катаракта. Гиперметропия слабой степени.

Учитывая всё вышеизложенное, были даны следующие рекомендации: отмена препарата противоглаузного препарата, лазерная трабекулопластика на оба глаза.

При осмотре пациентки через 7 дней пациентка отмечала отсутствие вышеперечисленных жалоб. Показатели ВГД нормализовались (19 мм. рт. ст. по методу Маклакова). Было повторно проведено ЭКГ и измерение АД, где показатели соответствовали возрастной норме, ЧСС -76 в мин.

**Заключение.** В представленном наблюдении продемонстрировано, что необходимо учитывать тот факт, что взаимодействия различных групп

лекарственных средств могут приводить к нивелированию лечебного эффекта от их использования или к усилению побочных действий. Наиболее распространенным механизмом, лежащим в основе межлекарственного взаимодействия, является ингибирование, либо индуцирование активности цитохрома P450. В данном случае антидепрессант ингибировал цитохром P 450 2D6, что привело к увеличению концентрации тимолаола и проявлению его нежелательных лекарственных реакций. Кроме того, бримонидин так же вступил в лекарственное взаимодействие с пароксетином, что возможно привело к ослаблению его гипотензивного эффекта.

Значительно число пациентов с глаукомой- пожилые люди, которые могут иметь одновременно несколько хронических заболеваний и в связи с этим получать препараты, которые необходимо учитывать, при назначении противоглаукомной терапии.

## ДИНАМИКА ПОСТУРАЛЬНОЙ НЕУСТОЙЧИВОСТИ И НАРУШЕНИЙ ХОДЬБЫ НА ФОНЕ ДВУСТОРОННЕЙ ГЛУБОКОЙ СТИМУЛЯЦИИ СУБТАЛАМИЧЕСКОГО ЯДРА ГОЛОВНОГО МОЗГА У БОЛЬНЫХ С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА

Султанова С.Г., аспирант кафедры неврологии

Руководитель: Федорова Н.В., д.м.н., профессор

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

**Введение.** Болезнь Паркинсона (БП) – заболевание с широким диапазоном моторных и немоторных нарушений, которое неминуемо инвалидизирует пациентов и значительно снижает качество жизни не только самого больного, но и его близких.

Нарушения ходьбы при БП являются одними из наиболее значимых двигательных нарушений, выраженность которых в значительной степени определяет степень тяжести состояния больного и качество его жизни.

Постуральные расстройства и нарушения равновесия относятся к группе так называемых аксиальных симптомов, которые могут проявляться ригидностью и гипокинезией аксиальной мускулатуры. В связи с внедрением в широкую практику глубокой стимуляции мозга в терапии развернутых стадиях БП, представляется актуальной оценка нарушений ходьбы, постуральной неустойчивости и выраженности застываний в предоперационном периоде и на фоне хронической нейростимуляции подкорковых структур.

**Цель исследования:** определить динамику нарушений ходьбы, постуральной неустойчивости и застываний у больных с развернутыми стадиями БП на фоне двусторонней хронической глубокой стимуляции субталамического ядра.

**Материал и методы.** Под наблюдением находилось 16 пациентов с развернутыми стадиями БП, которым было проведено клиничко-неврологическое исследование. Средняя продолжительность заболевания составила-  $10.7 \pm 4.1$  года, средний возраст-  $58.3 \pm 6.7$  лет. Для оценки нарушений ходьбы, постуральной неустойчивости и застываний использовались следующие шкалы: шкала оценки равновесия и двигательной активности у пожилых пациентов (Functional Mobility Assessment in Eldery Patients, Tinetti M.E., 1986), тест баланса Берга (Berg Balance Scale, Park K.T et al., 2016), шкала нарушения ходьбы и равновесия (Gait and balance scale, Jancovic J., 2002), опросник по застываниям при ходьбе (Freezing of Gait Questionnaire - FOG-Q, Giladi N., 2000).

**Результаты.** В результате проведенного исследования у больных БП с развернутыми стадиями заболевания в предоперационном периоде были выявлены застывания (69%), пропульсии (38%) и микробазия (19%). Несмотря на выраженный регресс брадикинезии, ригидности и тремора на фоне хронической нейростимуляции, нарушения походки и застывания впервые возникли у 5 пациентов из 16 в раннем постоперационном периоде. У 11 больных БП выраженность застываний, наблюдаемых в периоде

«выключения», уменьшилась через 3 месяца в постоперационном периоде, тогда как застывания, возникающие в период "включения", как правило, не менялись.

**Выводы.** Глубокая стимуляция мозга может оказывать различное влияние на нарушение походки и застывания при БП. Вероятно, регресс этих расстройств в постоперационном периоде связан с дофаминергическими эффектами у тех больных, у которых нарушения ходьбы проявлялись в большей степени в период окончания действия дозы леводопы.

Полученные результаты могут быть полезны для выбора оптимальных параметров двусторонней электростимуляции субталамического ядра и определения подходов к коррекции фармакотерапии в послеоперационном периоде.

## ФАКТОРЫ РИСКА, РАННИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ДИЗМЕТАБОЛИЧЕСКИХ НЕФРОПАТИЙ У ДЕТЕЙ

Тажиева З.Б., Ph.D., докторант кафедры детские болезни-2

Руководитель: Халматова Б. Т., д.м.н., проф.

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент

**Введение.** Под дизметаболическими нефропатиями (ДН) понимают большую группу нефропатий с различной этиологией и патогенезом, объединенных тем, что их развитие связано с нарушением обмена веществ. ДН являются причиной развития пиелонефрита, интерстициального нефрита и мочекаменной болезни (МКБ). В последние годы ДН рассматривают как почечную мембранопатию: первичную (генетически детерминированная нестабильность почечных мембран) и вторичную на фоне приобретенной генерализованной нестабильности цитомембран (при сахарном диабете, водно-электролитных нарушениях, гиповитаминозах и др.).

Существование начальных стадий ДН (изолированная кристаллурия) без выраженных клинических проявлений диктует необходимость активного выявления групп риска и детей с ранними симптомами болезни.

**Цель исследования:** определить ранние симптомы и факторы риска развития ДН у детей.

**Материалы и методы.** Подбор детского населения для медицинского обследования осуществлялся в 2015–2016 гг. с помощью выборочного метода с элементами рандомизации. Из 200 детей в возрасте от 5 до 14 лет были отобраны 50 детей с изменениями в анализе мочи в виде оксалурии. При объективном исследовании дети самостоятельно жалоб не предъявляли и не имели клинической симптоматики заболеваний мочевыводящей системы. У всех детей изучили анамнестические данные, наследственную предрасположенность, образ жизни и питания. Контрольную группу составили относительно здоровые дети соответствующего возраста.

**Результаты и обсуждение.** При помощи метода условной информационной энтропии были проанализированы некоторые медико-биологические, наследственные, клиничко-лабораторные, индивидуальные экзогенные факторы риска развития ДН. На основании анализа нами выделено 6 значимых (приоритетных) факторов риска: нарушение физического развития по индексу Кетле-2 выше или ниже среднего (30,7%); заболевания почек у родственников (38,6%); патология при УЗИ почек (36,3%); группа крови ребенка 0 (I) или АВ (IV) (15,4%); порядковый номер беременности у матери, 2-я и последующие (44,8%); экссудативно-катаральный диатез (33,8%). Анализ генеалогического анамнеза выявил, что у ближайших родственников детей с ДН и МКБ достоверно преобладала заболеваемость МКБ ( $p < 0,001$ ). Также отмечалось увеличение частоты желчнокаменной болезни (ЖКБ) в генеалогическом анамнезе детей с ДН по сравнению с детьми 2-й групп в 1,9 раза. Инфекционные заболевания и ЭКД встречались достоверно чаще во 2-й группе детей по сравнению с контрольной группой ( $p < 0,05$ ). Данные литературы также свидетельствуют о

том, что ДН часто возникают на фоне различных почечных заболеваний и ведут к развитию МКБ в старшем возрасте. Интересными были данные лабораторных показателей, которые можно отнести к ранним признакам ДН у детей: снижение суточного диуреза, щелочная рН мочи, гиперстенурия. При УЗИ почек детей с ДН были обнаружены гиперэхогенные включения и анатомические дефекты, которые достоверно чаще встречались по сравнению с детьми контрольной группы.

**Выводы.** В результате проведенного исследования нами были выявлены некоторые ранние клиничко-лабораторные симптомы болезни у детей: боль в животе; жажда, потливость; головная боль; отеки век по утрам; сухость кожи; отклонение в физическом развитии; щелочная рН мочи, гиперстенурия, кристаллурия, микрогематурия, интермиттирующая лейкоцитурия, незначительная протеинурия, снижение суточного диуреза.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ SMAS-ЛОСКУТА У ПАЦИЕНТОВ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ СИНДРОМА ФРЕЙ

Таланова О.И., аспирант кафедры пластической и челюстно-лицевой хирургии

Руководитель: Неробеев А.И., д.м.н., проф.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Опухоли ОСЖ составляют 2% от всех опухолей головы и шеи. Около 80% опухолей ОСЖ – доброкачественные. При проведении поверхностной паротидэктомии возможно возникновение в позднем постоперационном периоде синдрома Фрей.

Синдром Фрей проявляется комплексом вегетативных расстройств – гипергидроз, гиперемия и гипертермия кожи в околоушной области у пациентов во время приема пищи. Частота с-ма Фрей варьирует от 2% до

96%. Такой широкий диапазон объясняется использованием только одной методики диагностики. Поэтому в данном исследовании использованы и субъективный и объективный методы исследования синдрома Фрей.

**Цель исследования:** оценить преимущества SMAS-лоскута по предотвращению синдрома Фрей с помощью субъективных и объективных методов исследования у пациентов с доброкачественными образованиями ОСЖ.

**Материалы и методы.** 151 пациент с доброкачественным образованием ОСЖ, 56 мужчинах и 95 женщинах, в возрасте от 21 года до 78, которым проведена паротидэктомия с выделением и сохранением ветвей лицевого нерва, оперированных в ФГБУ «ЦНИИС и ЧЛХ» МЗ РФ, в период с сентября 2015 года по декабрь 2017 года. Исследуемые были распределены на две группы: 1) группа пациентов, которым выполнена поверхностная паротидэктомия с использованием SMAS-лоскута – 75 человек (49,7%); 2) группа пациентов, которым выполнена поверхностная паротидэктомия без использования SMAS-лоскута – 76 человек (50,3%). Для выявления синдрома Фрей использовали субъективный метод - анкета-вопросник «Субъективные симптомы синдрома Фрей после паротидэктомии», и объективные методы - проба Минора (в качестве контроля использовали контрлатеральную сторону) и показатели Luna-Ortiz.

**Результаты.** В проведенном исследовании гистопатологически были диагностированы плеоморфная аденома - 126, мономорфная аденома - 1, киста - 12, хронический калькулезный сиалоденит - 2, аденолимфома - 5, лимфангиома - 1, мукоэпидермоидная опухоль - 2.

В первой группе выявлено 9 случаев пареза мимической мускулатуры, ни одного случая паралича мимической мускулатуры и синдрома Фрей, 8 случаев накапливания слюны, 16 гематом. Во второй группе 18 случаев пареза мимической мускулатуры и 4 случая паралича, 42 случая с-ма Фрей, 10 случаев накапливания слюны в предушной области и 17 гематом. Удовлетворенность эстетическим результатом операции в первой группе

составил 48 пациентов - отличный результат, 27 – хороший результат. Во второй группе степень удовлетворенности результата была более вариабельна: 19 пациентов – отличный результат, 39 пациентов – хороший результат, 18 – плохой результат.

Частота синдрома Фрей была 20,33% во 2-й группе и 0% в 1 группе. Парез мимической мускулатуры был достоверно чаще в группе 2 (10,16%), чем в группе 1 (3,125%).

**Выводы.** Наше исследование подтверждает, что SMAS-лоскут является эффективным способом профилактики синдрома Фрей (0% случаев) после проведенной паротидэктомии у пациентов с доброкачественными образованиями ОСЖ. Но из-за возможности возникновения с-ма Фрей в более поздний постоперационный период, необходимо провести дополнительное исследование.

## ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОЛИМОРФИЗМА *RS7966550* ГЕНА *LRRK2* С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА У НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)

Таппахов А.А., аспирант кафедры неврологии и психиатрии

Руководитель: Попова Т. Е., д.м.н., проф.

ФГАОУ ВО СВФУ им. М. К. Аммосова Минобрнауки России, г. Якутск

Мутации гена *LRRK2* являются наиболее доказанной генетической причиной болезни Паркинсона (БП) и встречаются у 5–20 % пациентов с аутосомно-доминантным типом наследования. Кроме того, мутации в этом гене обнаруживаются у 5 % пациентов со спорадической формой БП и у 1,8 % здоровых людей.

**Цель исследования:** изучить взаимосвязь между полиморфизмом *rs7966550* гена *LRRK2* (2857Т>С) и БП у населения Республики Саха (Якутия).

**Материалы и методы исследования.** В молекулярно-генетическое исследование включены 49 пациентов с диагнозом БП, в т. ч. 22 (44,9 %) мужчин и 27 (55,1 %) женщин. Пациенты якутской и русской этнических групп составляли 30 (61,2 %) и 19 (38,8 %) человек соответственно. Вероятный семейный анамнез прослеживался у 10 пациентов (20,4 %). Медиана возраста пациентов составила 69,0 [64,0; 75,0] лет, медиана возраста дебюта заболевания – 63,0 [55,5; 68,5] года. Из 49 пациентов 35 (71,4 %) имели акинетико-ригидно-дрожательную форму заболевания и по 7 (14,3 %) случаев приходилось на акинетико-ригидную и дрожательную формы болезни. Между всеми пациентами исключалась любая родственная связь. Контрольная группа включала 46 лиц без БП и отягощенной наследственности, сопоставимых по половозрастному признаку с основной исследуемой группой. Медиана возраста составила 65,0 [62,0; 72,25] лет ( $U = 876$ ;  $Z = -1,87$ ;  $p = 0,061$ ). Из 46 человек мужчин было 21 (45,7 %), женщин – 25 (54,3 %) ( $\chi^2 = 0,005$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0,94$ ). Среди исследуемых лиц исключалась любая родственная связь.

Категориальные данные анализированы с использованием  $\chi^2$  Пирсона и отношения шансов (OR – odds ratio) с 95 % доверительным интервалом (ДИ). Количественные данные изучены с использованием теста Манна-Уитни. Различия считались значимыми при  $p < 0,05$ .

**Результат исследования.** Установлено, что мутантный генотип *CC* встречается у 14 (28,6 %) пациентов с БП, в то время как у лиц контрольной группы данная мутация не выявляется. Гетерозиготное носительство генотипа *CT* выявлено у 1 (2,0 %) пациента с БП. Соответственно, носительство мутантного генотипа *CC* сопровождается статистически значимым увеличением шансов развития БП (OR = 37,9; 95 % CI: 2,2–658,6;  $\chi^2 = 16,72$ ;  $p = 0,0002$ ). Из десяти случаев заболевания с отягощенным семейным анамнезом мутантный генотип *CC* полиморфизма *rs7966550* был выявлен у 5 (50,0 %).

В этническом аспекте мутантный генотип *CC* выявлен у 6 (20 %) пациентов якутской и 8 (42,1 %) пациентов русской этнических групп. Однако статистически значимого различия не обнаружено ( $p = 0,2$ ).

**Заключение.** Таким образом, полиморфизм *rs7966550* гена *LRRK2* играет несомненную роль в развитии БП у населения Республики Саха (Якутия) и может рассматриваться в качестве генетического фактора риска этого нейродегенеративного заболевания, повышая шансы его развития в условиях воздействия определенных экзогенных факторов.

## АКТУАЛЬНОСТЬ МЕТОДОВ ФИЗИОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ МУЖСКОГО БЕСПЛОДИЯ

Тарилова Е.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

Бесплодие – особо актуальная междисциплинарная, медико-социальная проблема. Официальная статистика определяет 10 млн бесплодных по медицинским показаниям россиян, 4 млн мужчин и 6 млн женщин нуждаются в применении вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ). Установить точную причину удастся только в 28-60% всех выявленных случаев мужского бесплодия. Несмотря на то, что ВРТ применяется 40 лет, эффективность этого метода в популяции не превышает 34%, что говорит о низком уровне результативности лечения и диагностики мужского бесплодия, по сравнению с успехами в выявлении и лечении женского бесплодия.

Физиотерапия оказывает положительное воздействие на многие звенья патогенеза развития секреторных нарушений фертильности у мужчин, наиболее важными из которых являются гипоксия, нарушение

микроциркуляции, избыточная активность окислительно-восстановительных процессов, нарушение клеточного метаболизма в тканях. Так одним из методов лечения секреторных нарушений фертильности у мужчин в одном из исследований являлась гипербарическая оксигенация (ГБО). В результате которого было выявлено, что терапия L-карнитином в комбинации с ГБО в течение 1 месяца дает достоверно более значительное и устойчивое улучшение качественных и количественных показателей эякулята, устраняя явления гипоксии и оксидативного стресса. Также было проведено исследование по изучению влияния на эректильную дисфункцию у больных хроническим абактериальным простатитом тепло-магнито-вибромассажа по трансректальной методике в трех видах воздействия: гипертермии (38,5 °С), импульсного магнитного поля (20-100 Гц, 3-30 мТл) и механической вибрации (20-100 Гц) на аппарате МАВИТ (УЛП-01-«ЕЛАТ»). Курс лечения составил 10 процедур, через день. Использование данного метода лечения снижает повышенный уровень провоспалительных цитокинов, улучшает микроциркуляцию, увеличивает уровень тестостерона и стимулирует эректильную функцию пациентов. Еще одним высокоэффективным методом является общая внутривенная озонотерапия, которая позволяет воздействовать на некоторые патогенетические звенья инфертильности, обладая антиишемической, метаболической и иммунной активностью. Также не стоит забывать о санаторном лечении, для которого был разработан специальный реабилитационный комплекс. В этот комплекс входит метод синусоидально модулированных токов по сакроабдоминальной методике от аппарата «Амплипульс 4» (процедуры назначались через день по 5 минут, на курс 8 процедур), в комбинации с грязевыми аппликациями, которые проводились через день, на курс 8 процедур. Также пациенты принимали хвойные хлоридные натриевые ванны (длительностью 10 минут, через день, на курс 8 процедур) и ультрафиолетовое облучение аутокрови (на курс 7 процедур). В дополнение к комплексу шли занятия ЛФК, массаж предстательной железы, медикаментозная терапия и курс психотерапии. В

результате данного лечения была отмечена положительная динамика, которая заключалась в уменьшении болевого синдрома, уменьшении дизурии, улучшении пульсового кровенаполнения органов малого таза, увеличении венозного оттока в простате, что способствовало повышению уровня фертильности эякулята.

Таким образом основу лечения бесплодия составляют хирургические и медикаментозные методы. Однако не стоит забывать о положительном действии физических факторов, с помощью которых удастся решить проблему профилактики данного состояния, нивелировать побочные эффекты, повысить успешность исходов наступления как естественной беременности, так и программ ВРТ.

## ДЕЛИРИЙ В ПРАКТИКЕ АНЕСТЕЗИОЛОГА-РЕАНИМАТОЛОГА

Тищенко А.С.<sup>1</sup>, ординатор кафедры анестезиологии и реаниматологии,

Резяпова М.И.<sup>2</sup>, зав. ОРИТ №1

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

<sup>1</sup>ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва

<sup>2</sup>ГБУЗ ГKB 15 им. О.М. Филатова, Москва

**Актуальность.** Делирий развивается у 60-80% пациентов реанимационных отделений. Делирий существенно утяжеляет течение заболевания пациента и ухудшает исходы. Исследования показали, что развитие делирия ассоциировано с увеличением смертности пациентов, характеризуется увеличением как длительности пребывания в ОРИТ и стационаре, так и, соответственно, числа различных осложнений, что повышает общую стоимость лечения. Длительность делирия коррелирует с развитием продленной когнитивной дисфункции.

**Цель работы:** проанализировать имеющиеся литературные данные, касающиеся достоверных способов диагностики делирия, корригируемых факторов риска развития делирия, методов специфической седативной терапии, и оценить их эффективность применения.

**Методы.** В литературе описано не менее 61 фактора риска развития делирия. Устранение максимально возможного количества корригируемых факторов риска достоверно снижает риск развития и длительность течения делирия, но требует больших трудозатрат. Исследования показали валидность использования алгоритма CAM-ICU и контрольного листа ICDSC у пациентов отделений реанимации для диагностики делирия.

Были проанализированы препараты, используемые для специфической седативной терапии. Применение типичных нейролептиков (галоперидол) остается общепринятым, хотя есть противоречивые исследования по поводу их эффективности. Применение атипичных нейролептиков особенно результативно у больных с субсиндромальным и гипоактивным делирием, возможна комбинация с галоперидолом без усиления выраженности побочных эффектов. Использование ингибиторов ацетилхолинэстеразы центрального действия неэффективно. Назначение бензодиазепинов возможно только у пациентов с алкогольным делирием и выраженным алкогольным абстинентным синдромом, пациентам с неалкогольным делирием назначение бензодиазепинов противопоказано, так как они сами могут являться причиной ятрогенного делирия. Применение пропофола в виду его выраженных побочных действий оправдано лишь при рефрактерном к другим седативным препаратам делирии. Наиболее прогрессивным является применение у данных пациентов дексмедетомидина, селективного агониста  $\alpha 2$ -адренорецепторов, обеспечивающий чаще других препаратов достаточный уровень седации и снижение длительности делирия, он может применяться у пациентов как с неалкогольным, так и с алкогольным делирием. Повсеместное использование дексмедетомидина ограничивает высокая стоимость препарата. Применение другого агониста  $\alpha 2$ -

адренорецепторов, клонидина, в составе терапии делирия неоправданно в виду сложности подбора дозы и выраженных побочных эффектов.

**Заключение.** Дальнейшее изучение проблемы делирия в ОРИТ поможет снизить летальность, сократить время пребывания больного как в отделении реанимации, так и в стационаре в целом, уменьшить количество отдаленных последствий перенесенного делирия. Для выявления пациентов с делирием нужно использовать алгоритм САМ-ICU и контрольный лист ICDSG. Необходимо активно внедрять в клиническую практику применение нефармакологических методов лечения. Наиболее прогрессивным на данный момент будет применение дексметомидина, однако, повсеместное его применение ограничивает высокая стоимость препарата.

## ИССЛЕДОВАНИЕ ГЕНА APC ПРИ ОСЛАБЛЕННОЙ ФОРМЕ СЕМЕЙНОГО АДЕНОМАТОЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ

Тобоева М.Х., ординатор кафедры колопроктологии

Руководитель: Шелыгин Ю.А., д.м.н., проф., член-корр. РАН

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

**Цель исследования:** Семейный аденоматоз толстой кишки (САТК) – это наследственное заболевание, характеризующееся возникновением десятков, сотен и тысяч аденоматозных полипов в толстой кишке со 100%-ым риском развития рака толстой кишки, при условии несвоевременного хирургического лечения. Данное заболевание обуславливает до 1% всех случаев колоректального рака. Развитие рака толстой кишки у данной категории пациентов является неизбежным, возникновение рака у нелеченных больных в среднем происходит в возрасте 39 лет, к 45 годам 87% больных имеют злокачественную опухоль, а уже к 50 годам – 95%. Около 8% пациентов с САТК имеют ослабленную (аттенуированную) форму заболевания, основной особенностью которой является то, что в толстой

кишке определяется менее 100 аденоматозных колоректальных полипов, преимущественно локализующихся в проксимальных отделах толстой кишки и более поздней их злокачественной трансформацией (после 50-55 лет). Целью данной работы явилась диагностика наследственных мутаций в гене *APC* у больных, имеющих менее 100 полипов в толстой кишке.

**Материалы и методы.** Для исследования было отобрано 66 пациентов (36 мужчин, 30 женщин) с аденоматозными полипами толстой кишки (от 4 до 100) в возрасте от 46 до 74 лет. Отобранные пациенты проходили клинический мониторинг или лечение в ФГБУ «ГНЦК им. А.Н. Рыжих» Минздрава России с 2012 по 2016 год. У всех них производился забор крови. В контрольную группу было включено 150 пробандов, у которых при плановой колоноскопии, производившейся по поводу геморроя, синдрома раздраженного кишечника, свищей прямой кишки, не выявлялись полипы или злокачественные опухоли, а их родители не страдали от злокачественных новообразований. Для поиска мутаций в генах-супрессорах опухоли у больных с наследственными формами колоректального рака сначала использовался метод электрофореза в ПААГ, а именно: конформационно - чувствительный электрофорез.

**Результаты.** У 6 пациентов были выявлены наследственные варианты в гене *APC*. Среди найденных вариантов была выявлена миссенс-мутация p.Le1307Lys (с.3920T >A) у двух пациентов, не являющихся родственниками. Однако она встретилась и в контрольной выборке пациентов, что говорит о ее непатогенном значении. У обследованных больных было выявлено 4 патогенные наследственные мутации, три из них в первичной структуре гена *APC* располагались в участке до 157 кодона, последняя в кодоне 405, что совпадает с данными, которые были получены другими исследователями на выборках больных с аттенуированной формой семейного аденоматоза толстой кишки. Так же впервые было описано 2 герминальные мутации, а вероятность возникновения *de novo* была показана для трех патогенных мутаций.

**Выводы.** Обнаружение от 40 до 100 полипов в толстой кишке является показанием к исследованию гена *APC*. Ослабленную форму САТК следует подозревать при количестве полипов более 40.

## ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА

Трухин Д.В., аспирант кафедры оториноларингологии

Руководитель: Носуля Е.В., д.м.н., проф.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

**Цель исследования:** совершенствование дифференциальной диагностики, осложненной (токсико-аллергической) и неосложненной (простой) формы хронического тонзиллита.

**Методы исследования.** Обследованы 60 пациентов с хроническим тонзиллитом, находившихся на лечении в оториноларингологическом отделении центральной клинической больницы Гражданской авиации в период с 2015 по 2016 гг. – 30 с простой формой, 30 – с токсико-аллергической формой.

Средний возраст обследованных пациентов составил 26 лет. Соотношение мужчин и женщин – 1:1,5. Обследование включало анализ жалоб, анамнестических сведений, данных эндоскопии глотки.

Регионарные лимфатические узлы исследовали на аппарате «Toshiba Arlio 500» линейными датчиками с рабочей частотой от 5 до 12 МГц с обеих сторон, определяя локализацию лимфатических узлов, их количество (единичные, множественные), а также форму, размер и структуру.

**Результаты.** Частота встречаемости множественных регионарных лимфоузлов у больных с осложненным течением хронического тонзиллита составила  $53,3 \pm 9,1\%$ , а в группе больных с простой (неосложненной) формой хронического тонзиллита –  $26,7 \pm 8,1\%$  (число степеней свободы  $f =$

58, критическое значение t-критерия Стьюдента = 2,002 при уровне значимости 0,05; значение t-критерия Стьюдента: 2,18;  $p < 0,05$ ).

Максимальные значения продольного диаметра регионарных лимфоузлов в группе больных с осложненным течением хронического тонзиллита (токсико-аллергическая форма) достигал 22,5-25,0 мм ( $15,6 \pm 1,1$  мм), а в группе пациентов с простой (неосложненной) формой хронического тонзиллита – 17,8-19,0 мм ( $12,2 \pm 0,7$  мм) (число степеней свободы  $f = 54$ , критическое значение t-критерия Стьюдента = 2,005 при уровне значимости 0,05; значение t-критерия Стьюдента: 2,61;  $p < 0,05$ ).

**Выводы:**

1. У больных с осложненным течением хронического тонзиллита при ультразвуковом исследовании наблюдается преобладание множественных увеличенных лимфатических узлов, в отличие от простой (неосложненной) формы хронического тонзиллита, для которой характерны единичные регионарные лимфатические узлы меньшего, чем при осложненном течении, диаметра.
2. Пороговым показателем для осложненного хронического тонзиллита является наличие множественных лимфатических узлов, максимальные значения продольного диаметра которых достигает 22,5-25,0 мм и более.

# БЕЗОПАСНОСТЬ ВЫПОЛНЕНИЯ Д3 ЛИМФОДИССЕКЦИИ ПРИ РАКЕ ПРАВОЙ ПОЛОВИНЫ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Туктагулов Н.В., ординатор

Руководитель: Ачкасов С.И. проф., д.м.н., руководитель отделения

ФГБУ ГНЦ Колопроктологии им А.Н. Рыжих МЗ РФ, Москва

Впервые Д3 лимфодиссекция в японских рекомендациях по лечению рака ободочной кишки была предложена в 1977 году. Немного позже Д3 лимфодиссекция стала стандартом лечения во многих других странах Азии. Несмотря на то, что ясны и стандартизированы границы резекции, объем мезоректумэктомии, до сих пор не понятен объем выполняемой лимфодиссекции.

**Цель исследования:** сравнить безопасность выполнения Д3 лимфодиссекции с Д2 лимфодиссекцией при раке правой половины ободочной кишки.

**Материалы и методы.** Данное исследование является проспективным, рандомизированным. В исследование планируется включить 140 пациентов. Для включения в исследование, пациенту должно быть выполнено КТ органов грудной и брюшной полости, малого таза, колоноскопия, а также гистологическое подтверждение рака. Пациенты рандомизируются при помощи онлайн ресурсов на 2 группы. В основную группу включаются пациенты, которым выполняется Д3 лимфодиссекция, в контрольную - Д2 лимфодиссекция. Оперативные вмешательства проводят хирурги, имеющие опыт выполнения Д2 и Д3 лимфодиссекций при раке ободочной кишки. Оперативные вмешательства выполняются как лапароскопическим, так и открытым доступом. Оцениваются следующие параметры: длительность оперативного вмешательства, интраоперационная кровопотеря, количество исследованных лимфатических узлов, а также время отхождения газов, первого стула, начала двигательной активности пациента,

послеоперационный койко-день, частота и характер послеоперационных осложнений. Все пациенты подписывают информированное согласие.

**Результаты.** На данный момент в исследование включены 18 пациентов: в основную группу вошли 11 пациентов (среди них 7 женщин и 4 мужчины), контрольную группу составили 7 пациентов (6 женщин и 1 мужчина). Средний возраст пациентов в первой и второй группах составил 65.4 год и 71.4 года соответственно. Длительность оперативного вмешательства была больше при выполнении Д3 лимфодиссекции, по сравнению с Д2 (223 минуты и 202 минуты соответственно). Интраоперационная кровопотеря была приблизительно одинаковая у обеих групп пациентов (44.1 в основной группе, 49.3 в контрольной группе). Среднее количество исследованных в удаленном препарате лимфатических узлов в первой группе 45.2, во второй группе составило 33.1. Существенной разницы между основной и контрольной группами по времени отхождения первых газов, жидкого стула, активации пациентов, койко-дня не было (2.3 дня и 2.3 дня; 3.5 дня и 3.4 дня, 2.6 дня и 2.1 дня; 7.5 дня и 7.9, соответственно). В послеоперационном периоде осложнения в основной группе отмечались в 45% (у пятерых пациентов зарегистрировано повышение температуры до 38С, у одного лимфоррея), в контрольной группе в 71% (у двоих пациентов повышалась температура до 38С, у двоих отмечался парез желудочно-кишечного тракта, у одного антибиотико-ассоциированный энтероколит).

**Выводы.** Предварительные результаты работы продемонстрировали различия лишь в количестве исследуемых лимфатических узлов и времени оперативного вмешательства, однако судить об их достоверности не представляется возможным в связи с малым количеством наблюдений.

ЛИСТЕРИОЗНЫЙ МЕНИНГИТ У ПАЦИЕНТКИ В СРОКЕ  
БЕРЕМЕННОСТИ 33-34 НЕДЕЛИ. МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОЕ  
РЕШЕНИЕ

Тумгоева Л.Б. ординатор кафедры акушерства и гинекологии

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

Созаева Л.Г., к.м.н., доц.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Листерия является широко распространенным природно-очаговым инфекционным заболеванием людей и животных, вызывается листериями, характеризуется разнообразием источников возбудителя инфекции, путей и факторов его передачи, а также полиморфизмом клинических проявлений и высокой летальностью. Наличие у беременных женщин иммунной супрессии обуславливает повышенную восприимчивость к листериозной инфекции на любом сроке беременности. Листерия матери может приводить к трансплацентарному заражению плода, причем развитие внутриутробной инфекции бывает достаточно выраженным.

**Пациентка К.Н.Р.**, 35 лет доставлена в реанимационное отделение ГКБ им. С.П.Боткина бригадой СМП с диагнозом «Беременность 32-33 недели, преэклампсия. Подозрение на субарахноидальное кровоизлияние». При поступлении женщина предъявляла жалобы на головные боли, боли в области шеи, однократную рвоту, эпизод повышения АД. Объективно: общее состояние тяжелое. АД - 120/70 мм рт. ст. PS - 70 уд/мин, ритмичный. Неврологический статус: сознание ясное. ШКГ 15 баллов. Контактна, адекватна, ориентирована во времени, месте и собственной личности. Менингеальный синдром в виде ригидности мышц затылка и симптома Кернига. В общем анализе крови обращает на себя внимание ▲ лейкоцитоз  $14,7 \times 10^9/\mu\text{l}$  (без сдвига ядер нейтрофилов), ▼ гемоглобин 101 г/л, эритроциты  $3,14 \times 10^{12}/\mu\text{l}$ . По данным УЗИ матки и плода: прогрессирующая маточная беременность одним плодом. Видимых пороков развития плода не

выявлено. На КТ головного мозга с контрастным усилением данных за субарахноидальное кровоизлияние и внутричерепную гематому не получено: гиподенсивный участок малых размеров в перивентрикулярных отделах левой лобной доли соответствует цитотоксическому отеку. На МРТ головного мозга выявлены признаки острого инфаркта головного мозга в бассейне терминальных ветвей левой ПМА. На основании описанной выше совокупности данных был установлен диагноз: «Острое нарушение мозгового кровообращения в бассейне терминальных ветвей левой ПМА. Гнойный менингит неясной этиологии. Прогрессирующая маточная беременность 32-33 недели. Анемия беременных легкой степени тяжести». По решению мультидисциплинарного консилиума для исключения нейроинфекции решено провести люмбальную пункцию с последующим микробиологическим исследованием и ПЦР-диагностикой. При бактериологическом исследовании ликвора обнаружена *Listeria monocytogenes*. Пациентке была назначена антибактериальная терапия: Меропенем 6г/сут, Линезолид 1200мг/сут. Учитывая стабилизацию состояния, отсутствие нарушений витальных функций и интоксикационного синдрома, регресс лабораторных проявлений SIRS, пациентка через 7 дней была переведена в Родильный дом. В отделении патологии беременных проводилось динамическое наблюдение и антибактериальная терапия. В интересах плода (по КТГ и УЗИ – фетоплацентарная недостаточность, маловодие с нарастанием) на сроке 36 недель произведено плановое родоразрешение путем Кесарева сечения. Родилась девочка массой 2300г и ростом 45см, Оценка по шкале Апгар- 7-8 баллов. Диагноз: Внутриутробная инфекция без очага. Первичные ателектазы легких. Внутриутробная гипоксия. Анемия недоношенных; недоношенность 36 недель. Сразу после рождения ребенка взяты мазки на флору с кожи, слизистых, пуповины, взята кровь на посев -рост флоры отсутствует. На 3 сутки девочка переведена в инфекционное отделение ГБУЗ ДГКБ №9 им. Г.Н.Сперанского.

Описанный клинический случай указывает на своевременное выявление у пациентки листериозного менингита в сочетании с ОНМК по ишемическому типу, беременностью 32-33 недели, невзирая на редкое развитие подобного клинического варианта листериоза (с поражением нервной системы) у беременных женщин. Своевременная и адекватная антибактериальная терапия позволила купировать заболевание у наблюдаемой пациентки, а также предотвратить развитие осложнений и трансмиссию инфекционного агента плоду.

## НАБЛЮДЕНИЕ ЗРЕЛОЙ ТЕРАТОМЫ С НЕОБЫЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ТЕЧЕНИЕМ И ЭХОГРАФИЧЕСКИМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ У МОЛОДОЙ ЖЕНЩИНЫ

Тумгоева Л.Б. ординатор кафедры акушерства и гинекологии  
Руководители: Подзолкова Н.М., д.м.н., проф. кафедры акушерства и  
гинекологии

Глазкова О.Л., к.м.н., доц. кафедры акушерства и гинекологии  
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Дермоидная киста (тератома) – опухоль, происходящая из первичных клеток гонад эмбриона. Большинство кистозных тератом включают жировую ткань, ткань зубов, волосы, что дает типичную и хорошо известную специалистам картину при УЗИ.

Больная N, 19 лет, доставлена в ГКБ им. С.П. Боткина БСМП с жалобами на общую слабость, увеличение размеров живота, чувство «распирания» и тупые боли по всему животу. Из анамнеза известно, что в течение полутора месяцев пациентка отмечала увеличение живота в объеме, общую слабость, в течение недели перед поступлением стала повышаться температура тела до 38С. При общем осмотре гемодинамические показатели стабильны, температура тела 38С, живот увеличен в объеме за счет

образования, исходящего из малого таза. При бимануальном исследовании отдельно дифференцировать матку и придатки невозможно, из малого таза исходит образование не менее 20 см в диаметре с четкими контурами, плотноэластической консистенции, мало подвижное, чувствительное при пальпации. В общем анализе крови отмечаются лейкоцитоз ( $15,1 \times 10^9/\mu\text{l}$  без сдвига ядра нейтрофилов). Обращает внимание умеренное повышение концентрации маркеров: СА-125 - 60,4 Е/мл (0-35) и СА-19-9 – 53,0 Е/мл (2,5-33). По данным УЗИ почек и мочевыводящих путей имеются признаки нарушения уродинамики, выраженная каликопиелоретероэктазия справа, незначительная каликопиелоретероэктазия слева. На УЗИ органов малого таза в проекции правого яичника визуализировано объемное образование, размеры 190x100x180 мм, содержимое гетерогенное со взвесью и множественными округлыми гиперэхогенными образованиями внутри. КТ брюшной полости, забрюшинного пространства, малого таза и МРТ малого таза с внутривенным контрастированием дали практически одинаковые результаты. Получена картина объемного жидкостного образования в малом тазу и нижних отделах брюшной полости, не накапливавшего контрастный препарат, с округлыми образованиями, свободно «плавающими» внутри, не спаянными друг с другом и со стенками. По рекомендации инфекциониста и паразитолога взяты анализ крови на Ig G антитела к эхинококку, альвеококку. Анализ кала на яйца глист и простейшие – признаков паразитарной инвазии не выявлено. На основании описанной выше совокупности данных был установлен диагноз: «Опухоль правого яичника, подозрение на малигнизацию. Паразитарная киста правого яичника? Двусторонняя каликопиелоретероэктазия». По решению мультидисциплинарного консилиума в качестве доступа для операции была выбрана нижняя срединная лапаротомия. Обнаружено, что правый яичник представлен опухолевидным образованием до 20 см, его наружная капсула гладкая. Было произведено удаление правых придатков матки, биопсия правого яичника, резекцию большого сальника. В морфологическом

исследовании опухоль правого яичника верифицирована как зрелая кистозная тератома яичника, в стенке обнаружен крупный хрящ. В биоптате левого яичника патологии не обнаружено. Большой сальник без роста опухоли.

Данный случай интересен не столько своими клиническими особенностями (хотя для доброкачественного дермоида нехарактерны такой быстрый рост, анемия, асцит, увеличение концентрации онкомаркеров и нарушения уродинамики), сколько эхографической картиной. Наличие свободно плавающих в полости кисты округлых образований примерно одинакового размера, не смотря на отрицательные результаты исследований, проведенных паразитологом, и отсутствие эозинофилии, не позволяло исключить паразитарную кисту вплоть до момента операции. Применение помимо УЗИ также КТ и МРТ с усилением не способствовало уточнению диагноза.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ СТЕНОЗА ПОЗВОНОЧНОГО КАНАЛА В СОЧЕТАНИИ С НЕСТАБИЛЬНОСТЬЮ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Тян А.А., студент, кафедра нервных болезней и нейрохирургии

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

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

**Цель исследования:** изучить эффективность оперативного лечения стеноза позвоночного канала у пациентов с нестабильностью пояснично-крестцового отдела позвоночника.

**Материалы и методы.** В нейрохирургическом отделении клиники нервных болезней им. А.Я. Кожевникова наблюдались 12 пациентов (7 женщин и 5 мужчин) со стенозом позвоночного канала и перемежающейся каудогенной хромотой в возрасте от 46 до 68 лет. Пациенты были разделены

на 2 группы: в 1 группу вошло 6 пациентов, у которых стеноз сочетался с листезом и нестабильностью, во 2 группу вошло 6 больных без нестабильности пояснично-крестцового отдела позвоночника. Обследование включало: оценку неврологического и нейроортопедического статуса, выраженность болевого синдрома по шкале ВАШ; оценку эмоциональных нарушений по шкале HADS, степени дизабиляции по шкале Освестри, качества жизни по SF-12. Выраженность синдрома нейрогенной клудикации оценивалась по Швейцарской шкале Спинального Стеноза (SSS). Инструментальное обследование включало рентгенографию пояснично-крестцового отдела позвоночника в стандартных проекциях с проведением функциональных проб и магнитно-резонансную томографию пояснично-крестцового отдела позвоночника. Всем пациентам 1 группы и 3(50%) 2 группы было проведено оперативное лечение с декомпрессией позвоночного канала и наложением стабилизирующих систем.

**Результаты исследования и обсуждение.** Данные рентгенологического обследования подтвердили наличие центрального стеноза на уровнях L2-L3, L3-L4, L4-L5 у 3(50%) больных 1 группы и у 2(33%) больных - 2 группы, латерального стеноза на уровне L3-L4, L4-L5 у 3(50%) больных 1 группы и 4(67%) больных 2 группы. После оперативного лечения: выраженность болевого синдрома по шкале ВАШ в 1 группе уменьшилась на  $5,7 \pm 0,5$  балла, во 2 группе – на  $2,7 \pm 0,5$  балла; ограничение жизнедеятельности по шкале Освестри уменьшилось на  $3,8 \pm 3,4\%$  в 1 группе и на  $2,7 \pm 6,0\%$  во 2 группе соответственно; физический компонент здоровья по шкале оценки качества жизни SF-12 увеличился на  $20 \pm 1,2$  балла для 1 группы и на  $14,9 \pm 1,2$  балла – для 2 группы, психический компонент для 1 группы увеличился на  $20,0 \pm 2,1$ , для 2 группы – на  $15,5 \pm 1,8$ . Результаты, полученные при тестировании по шкале SSS, свидетельствуют, что выраженность симптоматики, до лечения, в 1 группе составила  $73,3 \pm 4,5\%$ , во 2 группе –  $69,5 \pm 4,9\%$ , удовлетворенность физическим состоянием, до лечения, в 1 группе составила –  $76,1 \pm 4,08\%$ , во 2 группе –  $70,8 \pm 6,6\%$ , оценка

удовлетворенности пациентов проведенным лечением у 1 группы была на уровне  $68,2 \pm 3,0\%$ , а у 2 группы -  $44,2 \pm 7,2\%$ .

Таким образом, эффективность оперативного лечения, со стабилизацией пояснично-крестцового отдела в группе пациентов, с синдромом нейрогенной клаудикации в сочетании с нестабильностью пояснично-крестцового отдела была выше, чем в группе без явлений нестабильности, что согласуется с международными рекомендациями по применению стабилизирующих систем (Kreiner DS, Shaffer WO, Baisden JL et al, 2013, Resnick DK, Watters WS 3rd, Sharan A. et al, 2014).

### **Выводы.**

1. Нестабильность пояснично-крестцового отдела позвоночника в сочетании с синдромом нейрогенной клаудикации ухудшает клиническое течение заболевания у больных с поясничным стенозом.

2. Эффективность оперативного лечения с наложением стабилизирующих систем выше в группе пациентов со стенозом позвоночного канала в сочетании с нестабильностью пояснично-крестцового отдела.

## АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ В НЕПРЕРЫВНОМ МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ

Файзиева Н.Н., к.м.н, доцент кафедры «Высшее сестринское дело»,

Мирварисова Л.Т., к.м.н, доцент кафедры «Медицинской техники и  
инновационных технологий»

Ташкентский институт усовершенствования врачей, г. Ташкент, Узбекистан

В современном мире дистанционные методы обучения взрослой аудитории, особенно в непрерывном медицинском образовании являются наиболее востребованными по выбору потребителей. Современный потребитель в отличие от 10-летнего своего предшественника отличается

тем, что живет и работает в цифровой век развития планеты. Сегодня, информация несет не только характеристику знания или уверенности о происходящем, но и высокую динамику изменения. Если в 2000-х годах мы говорили о 5 летней актуальности знаний, то к 2020 году данные цифры могут перестать существовать и вовсе. Ежедневно, а иногда и ежечасно мы получаем информацию о новых разработках и научных достижениях в медицине. Как же обычному педиатру или инфекционисту следить за неограниченным информационным потоком и не ошибиться в постановке наиболее точного диагноза? В поиске ответа многие специалисты используют медицинские веб-порталы, интернет поисковики и сообщества для обсуждения практических проблем. Однако многие из этих сайтов или сообществ несут непрофессиональный характер.

На сегодняшний день Узбекистан имеет достаточный опыт использования телекоммуникационных и электронно-информационных технологий для проведения дистанционного обучения (ДО). В системе здравоохранения внедрены несколько моделей дистанционного обучения, таких как: телемедицина, веб-конференции, онлайн и оффлайн обучение посредством носителей информации, а также электронно-обучающая платформа MOODLE предоставляющая врачам-практикам получить современную, специализированную информацию по узкой специальности. Необходимо отметить, что, несмотря на широкие возможности информационных систем образования, после окончания дистанционных курсов не проводится мониторинг выживаемости знаний врачей. Также, не функционируют электронные системы оповещения потребителя о новых разработанных курсах, научных, практических вмешательствах. На данном этапе развития электронного образования проблема является двухсторонней, так как, с одной стороны существующая система не обеспечивает информационный поток, а с другой стороны большое число потребителей не имеет навыки использования интернет ресурсов в целом и образовательных систем в частности.

Особую ценность дальнейшего развития электронных видов обучения можно подчеркнуть для сельской медицины. Так ДО, как непрерывное медицинское образование без отрыва от места работы в удобной форме, будет влиять на рост потенциала медицинских работников сельских врачебных пунктов по клинической медицине, что позволит достигнуть качества, эффективности, безопасности медицинской помощи на уровне первичного звена здравоохранения.

## ОПТИМИЗАЦИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ЗАКРЫТИЯ КИШЕЧНЫХ СТОМ

Фёдоров Е.В., аспирант отдела анестезиологии и реанимации

Руководитель: Хачатурова Э. А., д.м.н.

ФГБУ «ГНЦК им. А. Н. Рыжих» Минздрава России, г. Москва

**Актуальность.** В России 140 000 стомированных пациентов, из них 38,2 – 50,8% - больные трудоспособного возраста. В целях решения проблемы реабилитации данных пациентов при операциях закрытия кишечных стом важным условием является оптимизация анестезиологического пособия. По данным современных исследований, достоверно можно отметить, что тотальная внутривенная анестезия, ингаляционная анестезия с использованием комбинаций различных препаратов уступает в сфере защиты пациента от хирургического стресс-ответа регионарным методикам. Операции закрытия кишечных стом характеризуются средней продолжительностью, однако, требуют выраженной релаксации и анестезии, т. к. наложение кишечного анастомоза выполняется в брюшной полости и часто сопровождается тракциями брызжейки и рассечением спаек. На основании этого принято решение провести сравнительную оценку интраоперационной безопасности двух методов регионарной анестезии при операциях закрытия кишечных стом.

**Цель исследования:** повысить безопасность анестезиологического обеспечения при операциях закрытия кишечных стом путем выбора оптимального метода анестезии.

**Материалы и методы.** Пациентам основной группы выполняется спинномозговая анестезия (СМА) в положении на боку соответствующем стороне стомы, уровень пункции L<sub>II</sub>-L<sub>III</sub>, препарат - Маркаин Спинал Хэви 0.5 %, с внутривенной седацией Пропофолом и потенцированием Мидазоламом. Пациентам контрольной группы выполняется эпидуральная анестезия (ЭА), уровень пункции Th<sub>XI</sub>-Th<sub>XII</sub>, препарат - Наропин 0.5% с внутривенной седацией пропофолом и потенцированием мидазоламом. В обеих группах проводятся измерения показателей центральной гемодинамики аппаратом «Диаманд-Р», исходных параметров, на пике блока и после завершения операции и пробуждения. Оценка безопасности анестезии проводится периоперационно на основании сравнения частоты возникновения критических инцидентов (двигательная активность, позиционный дискомфорт, десатурация менее 90% длительней 3-х минут, гемодинамические нарушения, оценка интенсивность боли по визуальной аналоговой шкале, возникновение тошноты/рвоты, сроки появления стула).

**Результаты.** В ходе анализа данных 102 пациентов (50 в группе ЭА, 52 в группе СМА) не было зарегистрировано случаев тотального спинального блока, и синдрома постпункционной головной боли в группе СМА, однако в группе ЭА были зафиксированы 2 случая непреднамеренной пункции спинномозговой оболочки, с последующим развитием постпункционного синдрома. Однократно в каждой группе возникла необходимость обеспечить проходимость дыхательных путей путем установки воздуховода и перехода на инсуффляцию кислорода лицевой маской. Частота возникновения позиционного дискомфорта в группе ЭА: 24% (12 из 50), в группе СМА: 19.23% (10 из 52). Частота развития выраженных гемодинамических реакций (снижение или повышение АД более 20% от исходного) в группе ЭА: 54% (27 случаев из 50 пациентов), в группе СМА 19.2% (10 из 52) (p=0.003). В

результате оценки послеоперационного периода: ПОТР возникла в 30% (15 из 50) группы ЭА и в 21.2% (11 из 52) в группе СМА.

**Заключение.** Отсутствие негативных тенденций в росте числа критических инцидентов при спинномозговой анестезии указывает на то, что в целом данная методика может безопасно применяться при операциях закрытия кишечных стом. Преимущество выбора спинномозговой анестезии – техническая простота выполнения позволяет провести данный вид анестезии с минимальной возможностью серьезных осложнений.

## СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Филичкин К.А., клинический ординатор кафедры спортивной медицины и  
медицинской реабилитации

Руководитель: Ачкасов Е.Е., д.м.н., проф.

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

Эндопротезирование тазобедренного сустава (ЭТС) – это один из современных методов хирургического лечения дегенеративных заболеваний тазобедренного сустава (коксартроз, травматические повреждения головки и шейки бедренной кости и т.д.). Главная цель реабилитации – наиболее полное восстановление утраченных функций конечности и возвращения больных к активной жизнедеятельности.

Проведён анализ результатов реабилитации 40 больных после ЭТС. Пациенты прошли полный курс 3х-этапной реабилитации. Оценку восстановления после операции проводили по следующим критериям: боль в оперированном суставе, качество жизни, амплитуда сгибания и восстановление стереотипа ходьбы.

Ранний период реабилитации начинался сразу после хирургического вмешательства и длился до 1 месяца. Реабилитационные мероприятия были направлены на уменьшение боли при движении оперированной конечности в положении лежа, ранней активизации пациентов (на 2-3 день после операции), пассивную разработку сустава аппаратом Артромот, использование подвесной системы Экзарта (облегчение боли, разработка активных и пассивных движений), занятия на аппаратах C-mill и Alter G, которые дают возможность начать восстановление стереотипа походки на раннем этапе реабилитации. Также проводили обучение ходьбе с помощью ходунков с поэтапным обучением ходьбе на костылях.

Поздний период реабилитации начинается через месяц и заканчивается через 3 месяца после эндопротезирования. Основные цели, поставленные на этот период, направлены на подготовку пациента к более тяжелым нагрузкам, переход от костылей к трости, на обеспечение его нормальной деятельности в бытовых условиях. Эти цели достигали за счёт дальнейшего повышения и укрепления мышечного тонуса, восстановления полного объёма движений в оперированном суставе, переход к полной опоре на оперированную ногу и нормализации походки. Проводили изометрическую гимнастику, массаж, динамические упражнения, начинали занятия на велотренажёре.

Отдалённый период реабилитации начинается с 4 месяца и заканчивается через полгода после замены сустава. Его основная цель – это полное восстановление и возвращение к обычной жизни. Немаловажной задачей является мотивирование больного к регулярной физической активности, соблюдению основ здорового образа жизни, и контроля за поддержанием нормальной массы тела на протяжении всей жизни.

Оценку результатов производили спустя 3 месяца и год. В целом (спустя 3 месяца), болевой синдром у большей части пациентов отсутствует (у 27 отсутствовал полностью, у 13 значительно снизился), подвижность сустава стала близка к норме (сгибание/разгибание  $\pm 83$  градуса,

отведение/приведение  $\pm 23$  градуса), было замечено равномерное нагружение стопы на все её отделы и устойчивая ходьба по результатам стабилومتрии. Спустя год после эндопротезирования показатели улучшились: болевой синдром в оперированном суставе отсутствует (у 34 отсутствовал полностью, у 6 был замечен при длительной физической нагрузке), амплитуда сгибания в суставе в норме (сгибание/разгибание  $\pm 90$  градусов, отведение/приведение  $\pm 30$  градусов), качество жизни улучшилось.

**Выводы.** Оценка функциональных результатов показывает эффективность и необходимость высокотехнологичной этапной реабилитации. Положительный результат восстановления достигается путем физиофункционального лечения, в основе которого лежит комплексный подход с использованием современного реабилитационного оборудования.

## ВЕДУЩИЙ ФАКТОР ВОЗНИКНОВЕНИЯ ДИСФУНКЦИИ ВНЧС

Хайрутдинова Г.Р., Бухминов Ю.Ю., ординаторы кафедры ортопедической стоматологии и стоматологии общей практики

Руководитель: Амирханов М.Т., к.м.н., доц.

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

Синдром дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) является одной из наиболее распространенных суставных патологий челюстно-лицевой области, с которой достаточно часто приходится встречаться врачам - стоматологам. Существующие взгляды на возникновение синдрома дисфункции охватывают различные аспекты. В литературе описывают теории возникновения дисфункции, связанные с нарушением окклюзионных взаимоотношений, мышечным генезом, представляющим дискоординацию работы жевательных мышц, и нарушением функции нейромышечной регуляции в следствии психотравмы и хронического стресса. Мы задумались о том, какая из теорий наиболее

актуальна, поэтому решили провести исследование, направленное на выявление ведущей патологии, приводящей к дисфункции височно-нижнечелюстного сустава.

**Целью исследования:** было выявить преобладающий этиологический фактор дисфункции ВНЧС из числа пациентов, обратившихся за консультацией на кафедру ортопедической стоматологии и стоматологии общей практики КГМА – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава РФ за 2015-2017гг.

**Материалы исследования.** Мы провели анализ записей журнала консультаций пациентов на кафедре за последние 3 года и отобрали пациентов с патологией ВНЧС. Обратили внимание на жалобы, анамнез, объективные данные и результаты дополнительных методов исследования. Было отобрано и обследовано 100 пациентов с дисфункцией ВНЧС. Из них 40 мужчин и 60 женщин в возрасте от 18 до 90 лет. Обследование проводилось по протоколу ведения больных с патологией ВНЧС: выявление жалоб и анамнеза, осмотр, пальпация жевательных мышц, получение окклюзиограмм, рентген-диагностика (ОПТГ и КТ ЧЛО). По этиологии разделили на 5 больших групп. Первую группу составили нарушения окклюзии. К ним отнесли суперконтакты, дефекты зубных рядов, ошибки протезирования, повышенную стираемость зубов и патологию прикуса. Во вторую – травмы, которая включает бытовые, спортивные и травмы при стоматологических вмешательствах. Третью группу определяли общесоматические заболевания. Четвертую группу составлял психоэмоциональный статус пациента. И в пятую группу отнесли вредные привычки.

По итогам работы получили следующие результаты. С данной суставной патологией женщины обращались за помощью чаще мужчин в соотношении 1,5:1 соответственно. Среди женщин ведущей причиной являются нарушения окклюзии - 68,3%, за ним не отстают и травмы - 11,7%, соматические заболевания составили 8,3%, психоэмоциональный статус -

8,3%, вредные привычки - 3,4%. У мужчин первая группа составила 62,5%, вторая –22,5%, третья - 7,5%, четвертая- 5% и пятая - 2,5%.

Таким образом, проблема изменения окклюзионных поверхностей зубов имеет важное теоретическое и клиническое значение в стоматологии, поскольку может привести к такому серьезному осложнению, как дисфункция височно-нижнечелюстного сустава. Неправильно смоделированная жевательная поверхность может вызвать дискоординацию работы жевательных мышц. Поэтому, для предотвращения патологий ВНЧС нужно особое внимание уделять своевременной оценке окклюзионного взаимоотношения зубов и соотношения челюстей. Раннее выявление окклюзионных нарушений позволит проводить профилактику дисфункции височно-нижнечелюстного сустава.

## НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В ГИНЕКОЛОГИИ, ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ТАКТИКА НЕОТЛОЖНОЙ ТЕРАПИИ

Хараева Е.А., ординатор кафедры акушерства и гинекологии

Руководитель: Файзулина Н. И., к.м.н., асс.

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

**Цель исследования.** изучить наиболее часто встречающиеся состояния в гинекологии, требующие неотложной терапии. Провести анализ наиболее предпочтительного метода лечения, консервативного либо хирургического. Выделить характерные осложнения, возникшие при той или иной тактике.

**Материалы и методы.** Ретроспективный анализ 60 историй женщин, поступивших в ОГАУЗ Перинатальный центр г. Иркутска гинекологическое отделение №1 за период с января по декабрь 2017 года. Критерием включения женщины в исследование явились постановка диагноза острого состояния, требующего неотложной терапии (апоплексия яичника-N83.0, внематочная трубная беременность-О00.1, самопроизвольный аборт в I

триместре беременности-002.1). Были сформированы две группы женщин: основная группа (30 женщин, которым проводилось экстренное хирургическое вмешательство) и группа сравнения (30 женщин, у которых была выбрана выжидательная тактика). Проведен анализ течения заболеваний, раннего послеоперационного периода, а также возникшие осложнения, если таковые были зарегистрированы в обеих группах.

**Результаты.** Наиболее распространённые неотложные состояния, зарегистрированные в обеих исследуемых группах: самопроизвольный аборт в I триместре беременности (38,3%, n-23), апоплексия яичника (35%, n-21) и внематочная беременность (26,6%, n-16). Установлено, что у женщин основной группы, осложнения встречались в 10 раз реже, чем в группе сравнения. Так, в первой группе из 30 женщин осложнения отмечались в 6,6% (n-2) в виде анемии средней степени тяжести. Во второй группе – осложнения развились у 70% (n-21) в виде пельвиоперитонита 19,05% (n-4), спаечного процесса малого таза–42,8% (n-9), геморрагического шока- 23,8% (n-5), септического шока 14,3% (n-3). В среднем общая кровопотеря у женщин первой группы составила 200 мл, во второй группе 500 мл. Послеоперационный период, при отсроченном хирургическом вмешательстве, чаще осложнялся анемией (76,6%, n-23), интоксикацией и болевым синдромом (56.6%, n-17).

**Выводы.** Наиболее часто встречающимися неотложными состояниями в гинекологии являются самопроизвольный аборт в I триместре беременности (38,3%), апоплексия яичника (35%) и внематочная беременность (26,6%). При неотложных состояниях гинекологические больные нуждаются в экстренном хирургическом лечении. В 86,6%(n-52) случаев им требуется неотложная хирургическая операция с санацией брюшной полости, тщательным гемостазом и коррекцией гемодинамики. Исключение составляют 13,4% (n-8) женщин, которым не показано экстренное хирургическое лечение в связи с удовлетворительным состоянием и отсутствием нарушений гемодинамики. Течение заболевания у женщин, с

выбранной выжидательной тактикой, в 10 раз чаще осложняется развитием пельвиоперитонита, геморрагического шока, а также выраженным спаечным процессом. Заметно выше объем кровопотери и развитие анемии при консервативном ведении пациентов. Послеоперационный период у женщин с отсроченной хирургической операцией чаще носит осложненный характер.

## ВЛИЯНИЕ ФОТОТЕРАПИИ НА НЕКОТОРЫЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Хасанова А.Р., аспирант кафедры дерматовенерологии и косметологии.

Научный руководитель: Кошелева И.В., д.м.н., проф.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

**Цель исследования:** изучить динамику сывороточных концентраций ИЛ4, ИЛ10 у больных АД на фоне проведения стандартной медикаментозной терапии в сочетании с УФ-терапией и оценить корреляцию эффективности терапии с уровнями изучаемых интерлейкинов.

**Материалы и методы.** В исследование были включены 35 больных АД - 19 женщин и 16 мужчин в возрасте от 17 до 57 лет со среднетяжелым течением АД. Больные получали стандартную медикаментозную терапию (антигистаминные препараты, топические глюкокортикостероиды), а также курс фототерапии по методике УФБ-311нм - ежедневно, всего 12 процедур на курс лечения. Контрольную группу исследования составили 11 практически здоровых добровольцев (без АД), 5 мужчин и 6 женщин в возрасте от 25 до 40 лет.

Проводилось определение концентраций сывороточных уровней ИЛ4 и ИЛ10 методом ELISA на аппарате MULTISKANGO («hermoFisherScientific», США) с помощью тест-систем пр-ва «Вектор-Бест» (г. Новосибирск); в основной группе наблюдения - дважды: при поступлении в стационар в

период обострения заболевания и после проведения курса фототерапии, в контрольной группе - однократно.

**Результаты.** К окончанию курса терапии клиническое излечение констатировано у 5 больных АД, значительное улучшение – у 24 больных, незначительное улучшение – у 5 больных; эффект от лечения отсутствовал у 1 больного. Сывороточный уровень ИЛ4 у больных АД до курса лечения составил  $0,0712 \pm 0,03$  пг/мл; после проведенного курса лечения, несмотря на клиническое улучшение, средний по группе уровень ИЛ4 существенно не изменился и составил  $0,0763 \pm 0,06$  пг/мл; уровень ИЛ4 у здоровых добровольцев составил  $0,058 \pm 0,01$  пг/мл. Средний сывороточный уровень ИЛ10 у больных АД до курса лечения составил  $18,251 \pm 6,3$  пг/мл; после проведенного курса лечения -  $16,29 \pm 5,3$  пг/мл (снижение примерно на 9,7%); уровень ИЛ10 у здоровых добровольцев составил  $14,705 \pm 1,6$  пг/мл. Таким образом, в результате исследования показано, что у больных АД на фоне обострения заболевания отмечается умеренное повышение сывороточной концентрации ИЛ10; после проведенной фототерапии у пациентов с АД уровни ИЛ10 также значительно превышали сывороточные показатели у здоровых доноров. В отношении уровней ИЛ4 статистически значимых различий до и после лечения выявлено не было.

**Заключение.** Сывороточные уровни ИЛ4 у больных АД существенно не отличались от таковых у здоровых доноров; также, существенно не изменились они на фоне проведенного лечения с включением курса фототерапии УФБ-311 нм и достигнутой клинической ремиссии - следовательно, можно предположить, что роль данного цитокина в иммунопатогенезе АД не является ведущей и дальнейшие поиски новых терапевтических подходов к данному заболеванию следует вести в иных направлениях. В то же время, анализ сывороточных уровней ИЛ10 у пациентов с АД показал их повышение на 19,4% по сравнению с таковыми у здоровых добровольцев в контрольной группе - это свидетельствует о

значимости данного интерлейкина в механизмах регуляции иммунопатологических состояний, приводящих к развитию АД.

## МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ В ГЕРИАТРИИ: ПРОЕКТ «САНАТОРИЙ НА ДОМУ»

Хохелько В.А., Наджафова С.Г., студенты 6 курса лечебного факультета

Руководитель: Оленская Т.Л., зав. кафедрой медицинской реабилитации

к.м.н., доц.

УО «Витебский государственный медицинский университет», г. Витебск

**Цель исследования:** Медико-социальная реабилитации одиноких пожилых людей, находящихся на надомном обслуживании.

**Материалы и методы исследования.** Уже на протяжении двух лет в целях решения данной проблемы в г. Витебске работает междисциплинарный проект «Санаторий на дому». Проект создан при содействии кафедры медицинской реабилитации народного факультета «Здоровье сбережение» УО «Витебский государственный медицинский университет» и ГУ «Территориальный центр социального обслуживания населения Первомайского района г. Витебска».

Данный проект посвящен медико-социальной реабилитации лиц старшего возраста, находящихся на надомном обслуживании. Это реализуется через проведение индивидуальных занятий на дому эрготерапией, которые проводят организованная на базе кафедры группа студентов-волонтеров ВГМУ всех курсов и факультетов, а также социальные работники. Занятия включают в себя:

- упражнения на развитие общей и мелкой моторики;
- терренкур –оздоровительную прогулку;
- бытовой (точечный) массаж;

Каждый участник перед началом работы в проекте проходит обязательное обучение, которое также проводят сотрудники кафедры и волонтеры-тьютеры.

Продолжительность одного занятия – 1 час 50 минут, полный курс занятий составляет 10 дней. Занятия проводятся под обязательным контролем общего самочувствия человека, при необходимости – это измерение артериального давления, подсчет пульса, частоты дыхания до и после занятия. Количество курсов, который может пройти один человек, не ограничено, однако за каждым курсом следует перерыв в 1-1,5 месяца. Также нашим «пациентам» мы рекомендуем выполнение некоторых упражнений самостоятельно и ежедневно для поддержания достигнутого результата.

**Результаты.** За два года работы проекта «Санаторий на дому», помимо организации процесса, проведены более 100 курсов эрготерапии, многие из них являются повторными, что говорит о качестве выполняемой работы.

По окончании курса занятий мы видим улучшение общего состояния человека, видимые положительные изменения физического здоровья и эмоционального статуса.

**Выводы.** Проанализировав работу участников проекта «Санаторий на дому», можно сделать ряд выводов:

- работа в данном проекте – это повышение качества образования студентов-медиков, приобретение ими необходимого профессионального опыта вне зависимости от специализации;
- это повышение качества социального обслуживания;
- обеспечение тесного сотрудничества сфер медицинского и социального обслуживания;
- это пропаганда здорового образа жизни;
- самое важное – это поддержка одиноких пожилых людей, личный пример того, что после выхода на пенсию человек не должен быть забыт ни родственниками, ни обществом.

Донести до населения необходимость поддержки этих людей также является задачей медиков. Мы считаем, что в любом возрасте человек достоин самого лучшего и надеемся, что данный проект со временем станет масштабнее, а наши достижения более высокими.

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОЯВЛЕНИЙ БУЛЬБАРНОГО И ПСЕВДОБУЛЬБАРНОГО СИНДРОМОВ

Цыганова А.А., клинический ординатор кафедры неврологии

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

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

**Цель исследования:** Сравнить степень выраженности двигательных и когнитивных нарушений при псевдобульбарном и бульбарном синдромах. Описать симптомы, позволяющие дифференцировать бульбарный и псевдобульбарный синдромы. Оценить прогноз для бульбарных и псевдобульбарных нарушений в зависимости от нозологии.

**Материалы и методы.** Для анализа отобрано 20 пациентов от 23 до 84 лет проходящих стационарное лечение в 9 и 10 отделениях ГКБ им. С. П. Боткина с проявлениями псевдобульбарного и бульбарного синдромов. Из них 11 женщин и 9 мужчин. У 10 исследуемых констатированы проявления бульбарного синдрома (средний возраст –  $52 \pm 20,25$ ), у остальных 10 псевдобульбарного (средний возраст –  $68,3 \pm 11,78$ ). Была произведена оценка сопутствующего неврологического дефицита, когнитивной сферы по шкалам MoCA, MMSE, ЗКТ, степени выраженности симптомов, непосредственно входящих в состав псевдобульбарного и бульбарного синдромов и их взаимосвязь с конкретными видами нозологий. В соответствии с клиническим диагнозом пациенты были разделены на 6 групп. Пациенты с сосудистыми, демиелинизирующими, наследственными, нейродегенеративными заболеваниями, а также пациенты с последствиями

оперативного лечения объемного образования головного мозга и с расстройствами эфферентной импульсации (миастения, боковой амиотрофический склероз).

**Результаты.** Псевдобульбарный синдром отмечен у всех пациентов в группе сосудистых заболеваний и при последствиях оперативного вмешательства. У пациентов с нарушением эфферентной импульсации и генетическими заболеваниями отмечалась клиника бульбарного синдрома, в то время как пациенты в группах с демиелизирующими и нейродегенеративными заболеваниями практически в равной степени демонстрировали симптомы обоих исследуемых синдромов. Среди пациентов с бульбарным синдромом степень выраженности дисфагии и дизартрии была значительно выше, чем у пациентов с псевдобульбарным синдромом. Дисфония среди пациентов с бульбарным синдромом (гипотоническая) встречалась в 90% случаев, в то время как в группе пациентов с псевдобульбарным синдромом данный симптом выявлялся у 60% (гипертонусная). Атрофия языка, вплоть до грубой атрофии мышц с появлением фасцикуляций и повышение глоточного рефлекса отмечались у всех пациентов из группы бульбарного синдрома, а у исследуемых с псевдобульбарным синдромом атрофия языка полностью отсутствовала, в 20% случаев в данной группе глоточный рефлекс оставался в пределах нормы. Рефлексы орального автоматизма присутствовали лишь у пациентов с псевдобульбарным синдромом, и служили главным критерием констатации данного синдрома. Степень выраженности пирамидной недостаточности при псевдобульбарном синдроме была более ощутима. Когнитивные нарушения более распространены среди пациентов с псевдобульбарным синдромом, выявлялись у 95% данной группы.

**Выводы.** Дисфония при псевдобульбарном и бульбарном синдромах имеет разный генез (центральный и периферический парез мышц гортани). Атрофия языка - характерный симптом бульбарного синдрома. Двигательные и когнитивные нарушения более выражены при

псевдобульбарном синдроме, что объясняется непосредственной близостью кортиконуклеарных и кортикоспинальных путей, их большей уязвимостью для одновременного поражения, и более глубоким и стойким поражением головного мозга при псевдобульбарном синдроме. Бульбарный синдром чаще несет обратимый характер, псевдобульбарный более устойчив и резистентен к терапии.

## АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ МЕТОД ВЫЯВЛЕНИЯ НАСЛЕДСТВЕННОЙ НЕЙРОПАТИИ ШАРКО-МАРИ-ТУТА ПРИ ПРОГРЕССИРУЮЩЕМ ТЕЧЕНИИ

Черницкая Д.Б., Волкова В.И., Рыбаков А.А., студенты 4-го курса, кафедра  
неврологии, медицинской генетики

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

ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России, г.Оренбург

**Цель исследования:** изучить проявления наследственной периферической нейропатии с хроническим прогрессирующим течением на примере семейного полиморфизма на аппарате h/p cosmos sports medical gmbh при впервые выявленной семейной невральной амиотрофии нижних конечностей.

**Материалы и методы.** Исследование основано на изучении и анализе 2 пациентов мужского и женского пола, 22 и 28 лет соответственно, связанных семейным родством. Распределение материала: 3 исследуемых параметра ходьбы и устойчивости на аппарате h/p cosmos sports medical gmbh для каждого пациента с интервалом в 5 минут. Основным методом исследования явилась морфометрия и метод вариационно-статистической обработки. Использовался аппарат VNG415 (Interacoustix, Дания) для исключения патологии вестибулярного аппарата.

**Результаты.** При исследовании параметров устойчивости у испытуемых был зафиксирован компенсаторный перенос массы тела на правую ногу. При этом у женщины на правую ногу приходится 96% массы, из них 55% на зону носка и 45% на зону пятки; на левую ногу, соответственно, 4%, из них 100% на зону пятки. У мужчины на правую ногу приходится 64% массы, из них 38% на зону носка, 62% на зону пятки; на левую ногу – 36%, из них 90% на зону носка и 10% на зону пятки. Отклонения временных параметров у женщины: время шага левой ноги относительно правой снижен на 2,9%. У мужчины время шага левой ноги относительно правой повышен на 3,6%. У женщины (28 лет) трехзональный анализ с выявлением отклонения максимальной силы зон левой стопы от правой у женщины: в зоне носка повышена на 250,4%; в центре следа снижена на 29,7%; в зоне пятки повышена на 230,4%. Отклонения максимального давления зон левой стопы от правой: в зоне носка выше на 147,9%; в центре следа ниже на 43,8%; в зоне пятки выше на 13,8%. Отклонения времени максимальной силы зон левой ноги от правой: в зоне носка снижено на 54,4%; в центре следа выше на 22,7%; в зоне пятки ниже на 41,9%.

У мужчины (22 года) трехзональный анализ определил отклонения максимальной силы зон левой ноги от правой у мужчины: в зоне носка снижена на 79,9%; в центре следа снижена на 17,3%; в зоне пятки выше на 11,6%. Отклонения максимального давления зон левой стопы от правой: в зоне носка снижено на 69,2%; в центре следа снижено на 7,1%; в зоне пятки выше на 22,2%. Отклонения времени максимальной силы зон левой стопы от правой: в зоне носка выше на 102%; в центре следа выше на 18,5%; в зоне пятки выше на 35,4%.

**Выводы.** В ходе настоящего исследования было выявлено, что только в возрасте 23 и 28 лет была впервые выявлена невральная амиотрофия, На аппарате h/p cosmos sports medical gmbh отчетливо определяются симптомы нейропатии умеренной степени выраженности, вызывающие отклонения от

стандартных параметров в устойчивости и ходьбе. Анализ ходьбы пациентов осуществлялся через наблюдение за динамикой стопы и позволил выявить нарушения в геометрии, фазах, а также временных параметрах ходьбы. Центр давления в совокупности с трехзональным анализом кривых давления и силы также свидетельствует о грубых патологиях в изменении нагрузки на подошву во время ходьбы и удержании положения тела в покое. Было отмечено, что равновесие и ориентация в пространстве не являлись причиной нарушения вестибулярного аппарата у испытуемых. Данные, полученные в ходе настоящего исследования, могут быть полезны врачам неврологам, морфологам, генетикам, поскольку позволят выделить наиболее оптимальный алгоритм генетического обследования для семей.

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ГЕСТАЦИОННОМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ У ЖЕНЩИН С НОРМАЛЬНОЙ И ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Черницкая Д.Б., студент 4-го курса, кафедра акушерства и гинекологии

Руководители: Воронцова Н.А., асс.;

Сенникова Ж.В. к.м.н., асс.

ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России, г.Оренбург

**Цель исследования:** изучить особенности течения беременности и родов, состояния новорожденного у женщин с гестационным сахарным диабетом (ГСД) в зависимости от массы тела.

**Материалы и методы исследования.** Анализ 562 историй родов женщин с ГСД в Областном перинатальном центре г.Оренбурга, находившихся под наблюдением в период с 01.01.17 по 15.08.17. Все пациентки поделены на 2 группы в соответствии с изучаемыми критериями.

**Результаты исследования.** Были проанализированы 170 историй родов пациенток с ГСД и сопутствующим ожирением разной степени, 392

истории родов с ГСД без увеличения массы тела. В исследовании учитывались беременные, не имеющие иных эндокринологических патологий. Распределение материала: 6 критериев для обеих групп при их взаимодополняющем влиянии друг на друга. Основные методы исследования: морфометрия, метод вариационно-статистической обработки. Было выявлено, что ведущими факторами риска развития осложнений во время беременности при ГСД являются: возраст >30 лет — 61,4%, ИМТ >25 - 55,2%. Факторами высокого риска формирования гестоза у пациенток с ГСД являются прегравидарное ожирение – 52,3%, а также прибавка веса в течение беременности - 81,1%, которая создает угрозу развития многоводия – 61,3%, гестоза – 53,2%. Риск преждевременных родов повышался при патологической прибавке массы тела с 22 по 32 неделю гестации.

**Выводы.** Ведущие факторы риска, рассмотренные в ходе настоящего исследования, указывают на высокую вероятность развития состояний, угрожающих нормальному течению беременности. Полученные данные могут быть полезны врачам ультразвуковой диагностики для лучшей диагностики плодов с учетом особенностей их развития на фоне ГСД у матери с нормальной и избыточной массой тела, неонатологам для терапии развивающегося плода и выхаживании глубоко недоношенных новорожденных, акушерам-гинекологам и эндокринологам для грамотного подхода при ведении беременности.

НЕЙРОСТИМУЛЯЦИЯ СПИННОГО МОЗГА В КОМПЛЕКСНОМ  
ЛЕЧЕНИИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ МНОГОУРОВНЕВОГО  
ПОРАЖЕНИЯ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Чехонацкий В.А., ординатор кафедры нейрохирургии

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

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

**Актуальность.** Многоуровневая дискогенная компрессия спинного мозга в шейном отделе позвоночника ставит хирурга в сложную ситуацию выбора тактики и метода хирургического вмешательства. Оптимальные способы достижения положительных результатов лечения при такой патологии до настоящего времени разработаны недостаточно.

**Цель исследования:** обоснование применения нейростимуляции в комплексном лечении неврологических симптомов у пациентов с многоуровневой компрессией спинного мозга в шейном отделе позвоночника.

**Материалы и методы.** 64 больных с различной степенью выраженности неврологических проявлений стеноза шейного отдела позвоночника. Всем пациентам, помимо рентгенологического и МРТ-исследования, было проведено электронейромиография (ЭНМГ). Оценивались М-ответ, СРВ, потенциалы денервации, Н-рефлекс, F-волна.

Неврологические нарушения оценивались по балльной шкале J.H.Bland. Выделены 3 группы по степени двигательных выпадений: пациенты с лёгкими нарушениями (4б) – 3 (4,7%); с умеренно выраженными нарушениями (3б) – 21 (32,8%); с выраженными нарушениями (0-2б) – 40 (62,5%).

Оценка болевого компонента проводилась по визуально-аналоговой шкале (ВАШ). У 34 (46,9%) пациентов боль характеризовалась 9-10 баллами, у 27 (42,1%) – 7-8 баллами, у 3 (4,6%) – 5-6 баллами.

Оперативные вмешательства проведены всем больным. У 17 (26,6%)

произведена ламинэктомия, у 15 (23,4%) – передний шейный корпородез. Этим 32 пациентам после проведения декомпрессии спинного мозга открытым путем были дополнительно имплантированы электроды на твердую мозговую оболочку. Остальным 32 (50%) пациентам имплантация электродов в эпидуральное пространство проведена пункционно специальной иглой типа «Tuohy» выше и ниже пораженного сегмента. Электростимуляция (ЭС) осуществлялась электронейростимулятором «Нейроэлект». Сеансы проводили по 20-30 минут 1-2 раза в день с амплитудой 2-8 мА, частотой 50 Гц, длительностью 0,1-0,2 мс. Курс электростимуляции спинного мозга занимал 2-3 недели.

**Результаты.** Итоги ЭС оценивали через 4 недели после установки стимулятора. Положительный результат характеризовался: регрессом неврологических нарушений до 4-5 баллов по шкале Bland, снижением интенсивности болевого синдрома до 2-3 баллов по ВАШ и составил 54 (84,4%) пациента (29 (45,3%) ЭС проводилась пункционно, 25 (39,0%) после проведения декомпрессии спинного мозга). Результат подтвержден улучшением ЭНМГ показателей. Удовлетворительный результат характеризовался регрессом неврологических нарушений до 3б по шкале Bland, снижением болевого синдрома до 4-5 баллов по ВАШ и составил 10 (15,6%) пациентов (7 (10,9%) ЭС проводилась пункционно, 3 (4,7%) - после проведения декомпрессии спинного мозга). Достигнутый положительный результат (54 (84,4%) пациента) подтверждался также улучшением ЭНМГ показателей.

В ходе лечения отмечены 3 (4,7%) осложнения (раневая ликворея у одного и инфицирование электродов у 2 больных).

**Выводы.** Применение прямой ЭС спинного мозга у больных с многоуровневым поражением шейного отдела спинного мозга позволяет существенно улучшить результаты комплексного лечения.

ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С  
БИЛАТЕРАЛЬНЫМ СИНХРОННЫМ УРОТЕЛИАЛЬНЫМ РАКОМ  
ВЕРХНИХ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Чехонацкий И.А., ординатор кафедры урологии и хирургической андрологии

Морозов А.Д., врач 41 онкоурологического отделения ГКБ им. Боткина

Руководитель: Серегин А.В., д.м.н., проф., заведующий 41 урологическим  
отделением ГКБ. им. Боткина

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

**Актуальность.** Билатеральный синхронный уротелиальный рак верхних мочевыводящих путей (УРВМП) встречается крайне редко – 1-3% от всех случаев УРВМП. По рекомендациям Европейского Общества Урологов по лечению УРВМП, золотым стандартом для всех пациентов с данной патологией является радикальная нефруретерэктомия с резекцией устья мочеточника.

**Цель исследования:** описать клинический случай органосохраняющего лечения билатерального синхронного уротелиального рака верхних мочевыводящих путей.

**Материалы и методы.** Пациент Б., 63 лет, находился на лечении в 41 онкоурологическом отделении ГКБ им. Боткина г. Москва, с жалобами на периодическую примесь крови в моче, беспокоящую больного в течение последних 5 лет. По данным КТ с контрастированием: лоханка правой почки расширена до 36 мм, определяется дефект наполнения с неровными контурами, 34x24x19 мм. Лоханка левой почки расширена до 23 мм, дефект наполнения с неровными контурами, 22x24x19мм. Лимфаденопатии, метастазов не выявлено. Поставлен диагноз: «Билатеральный синхронный рак верхних мочевых путей сT1NoMo».

**Результаты.** В 41 онкоурологическом отделении ГКБ им. Боткина г. Москва, выполнена операция: «Билатеральная резекция чашечно-лоханочных систем с опухолями». Из особенностей операции: слева в зону резекции

вошла шейка верхней группы чашечек, что потребовало выполнения реконструкции чашечно-лоханочной системы (ЧЛС). Послеоперационный период протекал без осложнений, на седьмые сутки пациент был выписан.

По результатам гистологического исследования выявлен неинвазивный уротелиальный рак G2 без признаков роста в краях резекции. Через 4 недели после операции внутренние мочеточниковые стенты удалены, ретенции ЧЛС с обеих сторон не наблюдалось, азотемии не отмечено.

Пациент был подвергнут динамическому наблюдению: мультидетекторная КТ с толщиной среза менее 1 мм 1 раз в 3 месяца, билатеральная фиброуретеропиелоскопия, цистоскопия 1 раз в 6 месяцев. На 14 месяц после операции, при очередном контрольном обследовании обнаружены имплантационные метастазы в мочевой пузырь pT1aN0Mo. Выполнена трансуретральная резекция с последующим инициальным курсом БЦЖ, что привело к стабилизации процесса в мочевом пузыре.

В 2014 и 2015 годах при мультидетекторной КТ выявлены папиллярные образования в мочеточниках, подтвержденные результатами билатеральной уретеропиелоскопии (папиллярные имплантационные метастазы в мочеточниках до 5 штук с каждой из сторон, размерами от 3 до 5 мм). Выполнена лазерная вапоризация образований с интраоперационной химиотерапией Митомицином С.

С 2016 года - стабилизация процесса. С 2017 года инвазивные диагностические процедуры не выполняются. Мониторинг осуществляется только за счет мультидетекторной КТ.

При контрольных КТ обследованиях брюшной полости и малого таза 1 раз в 3 месяца в течение года данных за наличие рецидива не выявлено.

**Заключение.** При условии тщательного отбора и последующего динамического наблюдения пациентов с билатериальным синхронным УРВП возможно проведение органосохраняющих операций

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЕ КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ,  
СТРАДАЮЩИХ БЫСТРО ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ И  
АССОЦИИРОВАННОЙ С ДИСКИНЕЗИЯМИ ФОРМАМИ БОЛЕЗНИ  
ПАРКИНСОНА

Чипизубов В.А., аспирант, кафедра неврологии и нейрохирургии

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

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

**Цель исследования:** разработать и внедрить в практическое здравоохранение тактику дифференцированного комплексного (медикаментозного в сочетании с коагуляционными стереотаксическими методиками воздействия на базальные ядра головного мозга) лечения быстро прогрессирующей формы БП (БПФ) и БП, ассоциированной с дискинезиями (АДФ).

**Материалы и методы.** В исследование было включено 86 пациентов с БП. Последние, в свою очередь, были отнесены либо в группу с БПФ, либо с АДФ. Критерий быстрого прогрессирования - смена стадий БП за два и менее года. Комплексное лечение в группе БПФ было проведено 17 пациентам, в группе АДФ - 22. В первой группе сравнения оказались 22 человека, во второй – 25 (им проводилось только медикаментозное, двух- или трёхкомпонентное, лечение, причём одним из препаратов всегда был леводопасодержащий препарат (ЛСП)). Осмотры проводились непосредственно до включения больного в исследование и через 3,6,12,18 месяцев после начала наблюдения. Оценка статуса пациентов проводилось в двух состояниях: OFF- (вне действия ЛСП) и ON-периодах (на фоне приёма ЛСП). Использовали шкалы: Хер-Яр, Унифицированная шкала проявлений болезни Паркинсона (UPDRS). Для количественной оценки выраженности атрофических изменений головного мозга оценивали 1,5 Тл МРТ в T1-изотропном режиме при инициальном осмотре. С этой целью использовали

три, предлагаемых нами, индекса атрофии (IA), позволяющих оценить выраженность атрофических изменений вещества головного мозга.

Статистическая обработка проводилась в программе Statistica 6.1 с использованием непараметрического U-критерия Манна-Уитни, критерия Уилкоксона для связанных выборок, функций дискриминантного анализа, многофакторного регрессионного анализа. Значимыми считали  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Было статистически подтверждено, что в течение 3-12 месяцев разница в состоянии пациентов исследуемых групп и групп сравнения остаётся максимальной и меняется незначительно. Все AI (1,2,3) проанализированы в отношении значимости их отличий – в БПФ БП и в АДФ БП. Значимых отличий найдено не было. Были получены множественные коэффициенты корреляции в исследуемых группах (БПФ и АДФ), позволяющие говорить о значительной линейной зависимости между факторами влияния (IA) и откликом (количество баллов в блоках UPDRS II-III). В группах сравнения значения коэффициентов свидетельствовали о низкой и средней зависимости клинических проявлений от предложенных индексов. Наиболее отчётливая положительная динамика в состоянии наблюдалась у пациентов в исследуемых группах, у которых IA-1 был менее 0,16, IA-2 – менее 0,115, IA-3 – менее 0,06. Эффект лечения оказался у них наиболее стойким. Предлагаемые индексы атрофии позволяют достаточно точно прогнозировать результат комплексного лечения у пациентов, страдающих БПФ и АДФ БП.

**Заключение.** Использование всех трёх предлагаемых индексов атрофии при определении тактики ведения пациентов, страдающих БПФ и АДФ БП, позволяет достаточно точно спрогнозировать эффективность и оценить целесообразность применения у них комплексного (консервативного и хирургического) лечения.

## СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ В КОРРЕКЦИИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Чу Сяоян, ассистент кафедры рефлексотерапии и косметологии

Руководитель: Киргизова О.Ю, д.м.н, доц.

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

Широкая распространенность метаболического синдрома, огромная социально–медицинская значимость проблемы обуславливает необходимость разработки новых, эффективных методов лечения.

**Цель исследования:** научно обосновать целесообразность разработки и применения новых способов рефлексотерапевтической коррекции основных патогенетических звеньев метаболического синдрома.

**Материалы и методы.** Обследовано 136 человек (83 женщины и 53 мужчины) с метаболическим синдромом, средний возраст составил  $45,1 \pm 0,24$  года. В соответствии с целью и задачами настоящего исследования все пациенты были разделены на 4 группы, лечение которых в условиях реабилитационного центра осуществлялось по различным схемам, позволяющим оценить эффективность действия используемых факторов. Проводили сравнительную оценку эффективности классического иглоукалывания и фармакопунктуры препаратом Убихинон композитум.

У всех пациентов измеряли массу тела, пульс и артериальное давление, оценивали субъективные ощущения по шкале САН и качество жизни, проводили нагрузочные пробы с приседанием, исследовали параметры углеводного и липидного обмена, определяли уровни кортизола, инсулина и лептина, состояние антиоксидантной системы.

**Результаты.** Нами установлено, что в процессе лечения у пациентов отмечался отчетливый регресс клинических симптомов, однако его выраженность зависела от выбранного метода. Более выраженная динамика наблюдалась в группе, где проводилась фармакопунктура препаратом Убихинон композитум. Значимо снижался индекс массы тела, наблюдалось

уменьшение окружности талии и окружности бедер как у мужчин так и у женщин. Параметры артериального давления также уменьшались у пациентов всех четырех групп, но убедительнее при использовании рефлексотерапевтических методик, и особенно фармакопунктуры препаратом Убихинон композитум. Существенно менялась активность системы перекисного окисления липидов и улучшились показатели гликогемеостаза: уровень гликемии снизился после фармакопунктуры на 6,2%, после классического иглоукалывания - на 5,5%, что на фоне снижения гиперинсулинемии натощак привело к значительному падению индекса инсулиновой резистентности НОМА на 22,0 и 20,4% соответственно.

Анализ отдаленных результатов в течение одного года после окончания лечения показал, что в течение 6-10 месяцев у пациентов сохранялись достигнутые результаты, а в группе, где пациентам проводилась фармакопунктура, длительность сохранения меньшей массы составила в среднем 8 месяцев.

**Выводы.** Таким образом, нами получены убедительные факты, что благоприятные изменения кинических и лабораторных показателей у больных с метаболическим синдромом максимально долго и в максимальной степени отмечались при применении лечебного комплекса, включавшего фармакопунктуру лекарственным препаратом. При этом наибольшая положительная динамика наблюдалась у молодых мужчин с наименьшими нарушениями в системе углеводного и липидного обмена, небольшим нарушением артериального давления, а также с высокой толерантностью к физическим нагрузкам.

# КОМБИНИРОВАННЫЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ ПРИ ЯЗВЕННОМ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ

Шадиев А.М., студент 7 курса РНИМУ им. Н.И. Пирогова лечебного  
факультета

Руководитель: Тетерин Ю.С., к.м.н. зав. отделением неотложных  
эндоскопических исследований

НИИ скорой помощи имени Н.В. Склифосовского, г. Москва

**Цель исследования:** оценка эффективности комбинированного эндоскопического гемостаза у больных с язвенным гастродуоденальным кровотечением (ГДК).

**Материал и методы.** За период с ноября 2013 по апрель 2015 г. в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского находилось на лечении 385 больных с кровотечением из гастродуоденальных язв. У 236 пациентов язва локализовалась в двенадцатиперстной кишке (ДПК), а у 149 – в желудке. Эндоскопический гемостаз осуществляли при язвенном ГДК 1(a, b) и 2(a, b) по классификации Forrest.

Методы эндоскопического гемостаза были применены у 207 пациентов с кровоточащей гастродуоденальной язвой. Мужчин было 113 (54,6%), женщин – 94 (45,4%). Средний возраст больных составил  $56,8 \pm 2,1$  лет. У 108 больных (52,2%) кровотечение явилось осложнением язвенной болезни. В 99 случаях (47,8%) кровотечение развилось из гастродуоденальных язв, возникших на фоне тяжелой соматической патологии у пациентов, находящихся на лечении в институте.

Все пациенты с применением методов эндоскопического гемостаза были разделены на 2 группы. Первую группу составили 114 больных, которым выполняли двухэтапный гемостаз: подслизистую инфильтрацию 0,01% раствора адреналина или инъекцию 25% раствора этанола и аргоноплазменную коагуляцию (АПК). Во второй группе, состоящей из 93 пациентов, дополнительно наносили клей «ГемоКомпакт» на дно язвы.

Аппликация клея с образованием защитной пленки на поверхности язвенного дефекта обеспечивала защиту тромбированного сосуда от агрессивного дуоденального и желудочного содержимого в течение 24 часов. При большом количестве крови и сгустков в желудке и плохой визуализации источника кровотечения выполнение второго этапа гемостаза осуществляли через 4-6 часов после промывания желудка и эвакуации из него содержимого.

Всем пациентам, которым были применены методы гемостаза в течение 4-6 часов после первого исследования, проводился эндоскопический контроль. Повторное эндоскопическое обследование пациентов с интенсивностью кровотечения Forrest 2c и 3 осуществляли только в случае клинически значимой кровопотери.

С момента диагностики ГДК все пациенты получали комплексную терапию, включающую в себя кровозаместительные, гемостатические и антисекреторные препараты (блокаторы протонной помпы).

**Результаты исследования.** При первичном осмотре признаки продолжающегося кровотечения (Forrest I a, b) были выявлены у 82 из 207 больных (39,6%), остановившегося (Forrest II a, b) - у 125 пациентов (60,4%).

Рецидив кровотечения в течение первых суток после эндоскопического гемостаза развился у 6 больных первой группы (5,26%) и 2 пациентов второй группы (2,2%). Из 6 пациентов 1 группы, четверо находились на лечении в институте по поводу тяжелой соматической патологии, и у двух больных кровотечение явилось осложнением язвенной болезни. Во второй группе это соотношение составило 1:1. Общий процент частоты рецидивов язвенных ГДК после комбинированного эндоскопического гемостаза в двух группах составил 3,9%.

Всем больным с рецидивом язвенного ГДК выполнен повторный эндоскопический гемостаз. В 4 случаях повторный гемостаз был успешным. Оперированы по поводу повторного рецидива ГДК 4 больных, по 2 из каждой группы. В 3 случаях это были пациенты с рецидивом кровотечения из

язв, возникших на фоне тяжелой соматической патологии. Все они впоследствии погибли. Причиной смерти явилось прогрессирование основного заболевания на фоне кровопотери.

### **Выводы.**

1. Эффективность комбинированного эндоскопического гемостаза у больных с язвенным гастродуоденальным кровотечением составляет 96,1%

2. Частота рецидивов кровотечения после комбинированного эндоскопического гемостаза выше при язвах, возникших на фоне тяжелой соматической патологии.

3. Применение гемостатического клея «ГемоКомпакт» обеспечивает снижение частоты рецидива ГДК с 5,3% до 2,2%.

## ПАДЕНИЕ ПАЦИЕНТА СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ КАК РЕЗУЛЬТАТ НЕБЛАГОПРИЯТНОЙ ПОБОЧНОЙ РЕАКЦИИ ОТ ФАРМАКОТЕРАПИИ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Шалыгин В.А., аспирант кафедры клинической фармакологии и терапии

Руководители: Синицина И.И., д.м.н., доц.; Савельева М.И., д.м.н., доц.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

С увеличением продолжительности жизни падения у пожилых пациентов представляют всё более серьезную проблему здравоохранения, которая требует рассмотрения, изучения и решения.

В научной литературе было отражено, что падения имеют многофакторный генез. Возраст, пол и генетические особенности предполагаются немодифицируемыми факторами, а факторы окружающей среды и физическая функция – модифицируемыми.

Использование некоторых групп лекарственных препаратов, наряду с вышеозначенными пунктами, является одной из причин, предрасполагающих

к падениям. К данному моменту пока не существует утверждённого списка лекарственных средств, повышающих риск падений (ЛСПРП). Но выделяют определённые фармакологические группы и саму полипрагмазию, как модификатор падений. А именно: психотропные средства (антидепрессанты, снотворные средства, антипсихотические средства, противосудорожные средства, наркотические анальгетики), лекарственные препараты, применяемые для лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы (антиаритмические средства, гипотензивные препараты).

В ходе исследований, изучающих тематику падений на базе Госпиталя для ветеранов войн №2 (ГВВ №2), отмечается интересный клинический случай падения на фоне приёма  $\beta$ -адреноблокаторов.

Пациентка Н., 92 лет была госпитализирована в кардиологическое отделение Госпиталя для ветеранов войн ГВВ №2 20 января 2015 года с основным диагнозом: Артериальная гипертензия 2 степени, 2 стадии, очень высокого риска ССО. ИБС, стенокардия ФК 2. Атеросклеротический кардиосклероз.

Осложнения: ХСН 1 ст. Сопутствующие диагнозы: Дисциркуляторная сосудистая энцефалопатия 2 ст. с синдромом вертебро-базиллярной недостаточности. Эмфизема лёгких. Пневмосклероз. ДН 2 ст. Хронический гепатит смешанного генеза. Желчекаменная болезнь. Холедохолитиаз. Хр. гастрит. Варикозная болезнь н/конечностей. Хр. венозная недостаточность н/конечностей. Хр. пиелонефрит, ремиссия. Нефросклероз.

Пациентка длительно страдает ИБС, 2 функционального класса, артериальной гипертензией с максимальными подъёмами АД до 170/100 мм рт. ст. ОНМК, ИМ в анамнезе отрицает. Ежегодно проходит курсы лечения в кардиологическом отделении.

Данная пациентка принимала Метопролол 25 мг в день; Гидрохлортиазид 12,5 мг утром через день; Фуросемид 40 мг утром раз в 7 дней; Эналаприл 5 мг в день; Ацекардол 100 мг 1 в день; Рибоксин в/в кап. + физ. р-р.; Пирацетам в/в кап. + физ. р-р.

В связи с жалобами на сердцебиение (ЧСС 83 в мин., на ЭКГ - QRS 0.18, PQ 0.08, ST 0.36) пациентке Н. был назначен Метопролол в дозировке 12,5 мг x 2 раза в день. На фоне приёма через 3 дня отмечено урежение пульса, жалобы на сердцебиение прошли (ЧСС 76 в мин.; на ЭКГ – QRS 0.18\$ PQ 0.08; ST 0.34). Через 6 дней лечения 26 января 2015 года пациентка упала в туалете, потянувшись к выключателю, ударилась головой. Эпизодов потери сознания не было. При контроле ЧСС 68, АД 120/80 мм рт. ст. При Rg черепа без травматических повреждений. Метопролол был отменён 27 января 2017 года. Падение не привело к тяжелым травматическим повреждениям. Повторных эпизодов падения не отмечалось.

При анализе ЛС из листа назначений можно отметить, помимо самой полипрагмазии, что, хотя при нарушении функции почек коррекция дозы препарата не требуется, она необходима при нарушении функции печени, так как нарушение функции печени замедляет метаболизм препарата, особенно у пожилых людей. Кроме того, немаловажным фактором является увеличение биодоступности Метопролола с 50% до 70% при повторном приёме и дополнительном увеличении биодоступности на 20-40% при применении вместе с пищей.

Помимо этого, имеет место межлекарственное взаимодействие метопролола, фуросемида и гидрохлортиазида, а именно – возможное увеличение интервала QT.

Учитывая обоснованность назначения каждого из препаратов, лечащему врачу необходимо было учитывать возможные эффекты их взаимодействий, комплекс возможных осложнений, учитывая полиморбидность пациентки и, связанную с этим, полипрагмазию. Возможным решением в данной ситуации – начало терапии метопрололом с меньшей дозы.

Проводя экспертную оценку нежелательной побочной реакции (НР), отдельным пунктом является оценка степени достоверности причинно-

следственной связи нежелательной реакции и применения ЛС. Одним из методов определения данной связи является шкала Horn-Hansten.

Оценка представленного клинического случая с использованием известных данных позволяет нам расценить степень достоверности взаимосвязи нежелательной побочной реакции и вышеозначенной комбинации препаратов как «вероятную».

Соответственно подбор эффективных и безопасных средств у данной пациентки необходимо осуществлять с применением клинико-фармакологических инструментов оптимизации фармакотерапии, в частности ограничительных списков и критериев.

В качестве уже существующих списков потенциально нежелательных комбинаций можно предложить критерии Бирса и STOPP/START критерии (Screening Tool of Older Persons potentially inappropriate Prescriptions / Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment), помогающий обеспечить правильный подбор лекарственных средств у пациентов старшей возрастной группы.

## СКОРОСТЬ ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С

Шевченко Н.Г., аспирант кафедры инфекционных болезней

Руководитель: Беляева Н.М. проф. зав. кафедрой инфекционных болезней

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

**Цель исследования:** оценить скорость фиброза печени у пациентов с хроническим вирусным гепатитом С при первичном обращении.

**Материалы и методы.** Обследовано 100 пациентов с хроническим вирусным гепатитом С на аппарате Fibroscan 502 (Ehosens, Франция) с проведением фиброэластометрии печени. Оценка скорости фиброза печени

определялась в соотношении фиброза печени по шкале Metavir в кПа к давности болезни в годах.

**Результаты.** Обследовано 100 человек с хроническим вирусным гепатитом С. Мужчины составили 52%, женщины - 48%. При вирусологическом обследовании, превалировал вирус хронического гепатита С 1 в генотипе – 49%. Такие данные сопоставимы с распространенностью генотипов на территории РФ. Дальнейшее распределение следующее: 1a генотип - 4%, генотип 2 а – 3%, 3a генотип - 18%, 2a+3a и 1a+2 генотипы составили по 1%. В остальных случаях генотипирование не проводилось. По стадиям фиброза: F0 - 24 человека, F1 – 23 человека, F2 – 19 человек, F3 – 8 человек, F4 – 26 человек. Соотношение впервые обратившихся за медицинской помощью в стадии F4 фиброза печени составило 18% мужчин и 8% женщин от общего количества. В отношении стадии F0 обратное соотношение составило 15% женщин и 9% мужчин.

Распределение по скорости фиброза печени следующее: скорость менее 0,5 кПа/год - 26%, от 0,5 до 1,0 кПа/год - 40%, от 1,0 до 2,0 кПа/год - 31%. Сохранялась тенденция меньшей скорости формирования фиброза печени у женщин: 0,5 – 1,0 кПа/год за 10 и более лет. Тогда как у мужчин этот показатель составлял в среднем 1,0 кПа и более /год за 10 и более лет.

Однако при анализе стадии F2 по шкале Metavir у мужчин, скорость фиброза составила 0,335 – 0,375 кПа в год за 23 - 20 лет наблюдения, а в группе обследованных со стадией F3 встречалась скорость фиброза печени 0,26-0,67 кПа за 17-39 лет болезни. Несколько пациентов, с продвинутыми стадиями фиброза, инфицированы в возрасте старше 40 лет.

Средняя скорость развития фиброза печени в год, у обратившихся пациентов без предшествующей терапии 1,01 кПа/год, и 1,12 кПа/год у неуспешно пролеченных интерферон - содержащими схемами противовирусной терапии.

**Заключение.** Более быстрое развитие фиброза печени у мужчин с хроническим гепатитом С, генотипом 1в сопоставимо с литературными данными.

Определение скорости фиброза печени позволяет более точно выявить тенденции перехода между стадиями у каждого конкретного пациента и легко осуществимо при первичном амбулаторном обследовании.

## ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕЦЕПТОРОВ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ, ОБУСЛОВЛЕННЫМ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ СТРУКТУРНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ЯИЧНИКОВ

Шукуров Ш.Ф., студент, кафедра акушерства и гинекологии №1

Руководитель: Шукуров Ф.И. к.м.н., доц.

Ташкентская медицинская академия, г.Ташкент, Узбекистан

Внутриматочная патология является единственной причиной бесплодия у 10–15% женщин, а в сочетании с другими факторами ее частота увеличивается до 50%. Адекватное морфофункциональное состояние эндометрия является одним из основных факторов, обеспечивающих успешную имплантацию оплодотворенной яйцеклетки. Адекватное функционирование слизистой матки и готовность к имплантации во многом зависят от состояния ее внутриклеточных рецепторов к стероидным гормонам эстрогенам и прогестерону. Окончательным и информативным этапом диагностики состояния эндометрия и оценки его рецепторного аппарата является использование иммуногистохимического метода. Однако детальное изучение экспрессии эстрогеновых (ER) и прогестероновых (PR) рецепторов эндометрия при бесплодии обусловленный, доброкачественными структурными изменениями яичников не проводилось.

**Цель исследования:** целью явилось иммуногистохимическое исследование эстрогеновых (ER) и прогестероновых (PR) рецепторов эндометрия у женщин с бесплодием, обусловленным доброкачественными структурными изменениями яичников.

**Материал и методы.** Обследовано 270 пациентки с бесплодием, обусловленным доброкачественными структурными изменениями яичников. На основании клинического обследования пациентки были разделены на три группы: в первую группу вошли 120 пациентки с фолликулярными кистами яичников, во вторую 120 - с синдромом поликистозных яичников и в группу сравнения – 30 практически здоровых женщин. Гистероскопию проводили с использованием аппаратуры «Karl Storz». В момент проведения гистероскопии осуществляли забор биоптата путем биопсии эндометрия для иммуногистохимического исследования. Статистическую обработку полученных данных проводили на персональном компьютере с использованием системы статистического анализа «Statistica v 6.0».

**Результаты.** По данным гистероскопии для бесплодия обусловленного доброкачественными структурными изменениями яичников характерна мозаичная картина, подтвержденная иммуногистохимическим методом исследования: гиперплазия эндометрия выявлена у 52% пациенток, гипопластический эндометрий – у 5,6% и недостаточность секреторной фазы – у 42,4% пациенток. У пациенток с бесплодием, обусловленным доброкачественными структурными изменениями яичников в пролиферативной фазе менструального цикла выявлено: увеличение экспрессии эстрогеновых рецепторов в строме эндометрия более чем в 2,6 раза, в железах эндометрия – более чем в 4,2 раза, уменьшение уровня прогестероновых рецепторов в строме и в железах эндометрия более чем в 1,3 раза.

**Выводы.** При бесплодии имеет место значимое повышение экспрессии ER $\alpha$ -эстрогеновых рецепторов, при этом, стромальная экспрессия была наибольшей при синдроме поликистозных яичников, а эстрогеновая

рецептивность железистого эпителия – при фолликулярных кистах яичников. Экспрессия PR-прогестероновых рецепторов при бесплодии обусловленной доброкачественными структурными изменениями яичников была существенно понижена как в строме, так и в железах эндометрия. Полученные нами данные иммуногистохимического исследования подтверждают, что пониженная прогестероновая рецептивность эндометрия, нарушая формирования благоприятного условия для имплантации оплодотворенной яйцеклетки приводит к бесплодию.

## СТРУКТУРА НАРУШЕНИЙ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ПАЦИЕНТОВ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНЬ

Юдин Д.В., врач анестезиолог-реаниматолог

Руководитель: Хачатурова Э.А., д.м.н.

ФГБУ «ГНЦК им. А.Н. Рыжих» Минздрава России, г. Москва

**Актуальность.** Объем резекции печени, сопутствующее удаление первичной опухоли, интраоперационная кровопотеря и пережатие гепатодуоденальной связки – факторы, ведущие к нарушению свертывающей системы крови при резекциях печени. Знание сдвигов в системе гемостаза необходимо в вопросах применения препаратов крови (СЗП, криопреципитат, антитромбин III) и антикоагулянтной профилактики послеоперационных тромбоэмболических осложнений. Данные о взаимосвязи нарушений отдельных компонентов свертывания позволят выработать алгоритмы контроля и коррекции свертывающей системы крови, а также рассмотреть возможность прогнозирования этих нарушений.

**Цель исследования:** изучить структуру нарушений системы гемостаза после хирургического лечения метастазов колоректального рака в печень.

**Материалы и методы.** В исследование включено 20 пациентов, оперированных по поводу метастатического поражения печени колоректальным раком. Всем пациентам выполнялись коагулограмма (КГ) и ротационная тромбоэластометрия (ТЭМ) до операции, в конце операции и на следующий послеоперационный день. Изучались показатели КГ: уровень фибриногена (ФГ), активность антитромбина III (АТIII), международное нормализованное отношение (МНО), а также показатели ТЭМ: интервал СТ, амплитуда MCF в тестах Extem, Intem и Fibtem.

**Результаты.** Непосредственно после операции в ГКГ нарушения выявлены в 15 случаях (75%). В зависимости от степени нарушений были выделены три группы пациентов: 1 группа – пациенты, с уровнем ФГ <1,5 г/л, активностью АТIII <50% (n=7); 2 группа – пациенты с умеренными нарушениями (n=8); 3 группа – пациенты без нарушений (n=5). Особенностью первой группы явилась потребность в заместительной терапии СЗП, основными показаниями к которой были дефицит ФГ и снижение активности АТIII. Только в этой группе у 4 пациентов наблюдался сочетанный дефицит ФГ, снижение активности АТIII и увеличение МНО. Пяти пациентам данной группы проводилась трансфузия СЗП на следующий день, основным показанием было снижение активности АТIII. Два пациента с изолированным дефицитом фибриногена в коррекции на следующий день не нуждались. У пациентов второй группы наблюдались различные изолированные и сочетанные нарушения, не требующие коррекции, однако у 5 пациентов имелось значимое увеличение МНО (> 1,5) на следующий послеоперационный день. В третьей группе на следующий день у 3 пациентов наблюдалось умеренное увеличение МНО (<1,5). По ТЭМ нарушения выявлены только непосредственно после операции и только у 4 пациентов первой группы с сочетанными нарушениями по КГ. В 3 случаях отмечалось снижение MCF во всех тестах, у 1 пациента – сочетание удлинения СТ в Extem, Intem со снижением MCF во всех тестах. Данные пациенты потребовали заместительной терапии СЗП. Выявлена зависимость

указанных групп от объема кровопотери, объема резекции и времени операции.

**Заключение.** Выделение пациентов в отдельные группы по сочетанию и выраженности дефицитов факторов свертывания позволит прогнозировать вид и степень нарушений системы гемостаза в последующие дни, а также планировать заместительную и антикоагулянтную терапию в раннем послеоперационном периоде при хирургическом лечении метастазов колоректального рака в печень.

## РОЛЬ РЕПРОДУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ БЕСПЛОДИЯ ОБУСЛОВЛЕННЫЙ СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

Юлдашева Н.З., магистр, кафедры акушерства и гинекологии №1

Руководитель: Шукуров Ф.И. к.м.н., доц.

Ташкентская медицинская академия, г.Ташкент, Узбекистан

Среди доброкачественных структурных изменений яичников лидирующее место занимают, синдром поликистозных яичников (СПКЯ). По последним данным, именно СПКЯ являются причиной в каждом третьем случае женского бесплодия. В структуре причин бесплодного брака на долю СПКЯ приходится 20–22%. В современной гинекологии репродуктивная хирургия занимают одно из ведущих мест. Особое значение имеет этот метод при решении вопросов восстановления репродуктивной функции.

**Целью исследования:** явилась оценка эффективности лапароскопии при лечении женщин с синдромом поликистозных яичников.

**Материал и методы.** Проведено обследование 80 пациенток с СПКЯ, прооперированных в отделении гинекологии акушерского комплекса № 9 г. Ташкента. Средний возраст больных составил  $24,8 \pm 0,98$  лет. Первичным бесплодием страдали 60 (75,0%), вторичным - 20 (25,0%) пациенток. Длительность бесплодия была от 2 до 9 лет. Всем пациенткам было

проведено комплексное обследование, которое включало клинико-лабораторное, гормональное, бимануальное и трансвагинальное ультразвуковое сканирование. Лапароскопические операции проводили по общепринятой методике с использованием оборудования «Karl Storz». Для оценки эффективности лапароскопии использовали следующие показатели: частота восстановления менструальной функции и частота маточной беременности по данным анкетирования. Статистическую обработку полученных данных проводили на персональном компьютере с использованием системы статистического анализа «Statistica v 6.0».

**Результаты исследования.** При СПКЯ производилось в основном применяли 2 варианта лапароскопической операции: электрокаутеризация (30 больных) и частичная резекция яичников (50 больных). Лапароскопическую электрокаутеризацию поликистозных яичников производили с использованием монополярного игольчатого электрода. Частичную резекцию яичников производили следующим способом: яичник за свободный полюс захватывали зубчатыми щипцами и в зависимости от его размера делали разрез вокруг щипцов - держателей на расстоянии, необходимом для удаления ткани нужного объема. Иссеченная ткань представляла собой примерно 0,5 до 1 см ткань яичника. Результаты лапароскопических операций оценены путем проведения проспективного исследования женщин: учитывали восстановление менструальной функции и наступление маточной беременности. Маточная беременность наступила у 70 женщин (87,7%). Восстановление менструальной функции оценена, по данным, наличия двухфазной ректальной температуры, фолликулометрии с помощью УЗИ и восстановлению фертильности у пациенток, страдающих бесплодием. У 79,57% больных уже в первые дни после операции была отмечена менструальноподобная реакция, которая рассматривается как положительный ответ эндометрия на эндокринную перестройку, обусловленную хирургическим вмешательством на яичниках.

**Вывод.** Применение репродуктивной хирургии в лечении женщин с

синдромом поликистозных яичников позволяет добиться максимального эффекта в восстановлении фертильности.

## ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКИ-ОРТОДОНТИЧЕСКОГО БЫСТРОГО РАСШИРЕНИЯ НЕБНОГО ШВА ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ ПЕРЕКРЕСТНОГО ПРИКУСА

Ягафарова А.М., клинический ординатор кафедры ортодонтии

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

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Морфологически узкое небо нередко обусловлено ротовым дыханием, это может быть связано с расстройством сна, апноэ сна, ночным энурезом и даже потерей слуха. Для быстрого раскрытия небного шва, как правило, применяется несъемный ортодонтический аппарат Дерихвайлера. После закрытия шва, то есть в возрасте 25 лет и старше нередко встает вопрос о возможности применения комплексного лечения для этой цели, в частности, использование хирургической подготовки перед раскрытием шва.

**Цель исследования:** оценить возможности хирургически-ортодонтического быстрого расширения небного шва (SARPE) для устранения перекрестного прикуса.

**Материалы и методы.** Оценка опыта комплексного лечения двух больных старшего возраста, которым перед раскрытием срединного небного шва проводилась хирургическая подготовка.

Вариации хирургической техники определялись в зависимости от возраста, наличия небного турса, тенденции к переднему открытому прикусу, необходимостью во вторичной остеотомии по LeFort I, при очень суженной зубной дуге, а также в случае одностороннего расширения верхней челюсти.

Ортодонтические аппараты, применяемые после SARPE – это классический аппарат Дерихсвайлера или модификации с винтами: Нугах, Наас, Wunderer, а также различные дистракторы: транспалатинальный, небный Магдебургский, Швейцарский, Роттердамский.

Скорость активации от 0,25 до 1 мм в день.

**Результаты.** Хирургически-ортодонтическое быстрое небное расширение более стабильно, чем просто ортодонтическое расширение верхней челюсти. После использования SARPE ретенционный период не требуется и ортодонт может сразу начинать перемещения отдельных зубов. Рецидив после SARPE наблюдают в пределах от 5% до 25%, а после обычного расширения он может достигать до 63%.

Наш опыт позволяет уточнить показания к применению SARPE:

1. Для увеличения овала верхнечелюстной дуги и устранения перекрестной окклюзии в боковых отделах.
2. Для расширения верхнечелюстной дуги в качестве предварительной меры, если затем планируется ортогнатическая хирургия.
3. Для создания места при его недостатке на верхней челюсти, когда противопоказано удаление зубов.
4. Для расширения верхней челюсти, при сужении, вызванном расщелиной неба.
5. Для уменьшения щечных коридоров, проявляющихся при улыбке.
6. Для преодоления сопротивления швов, когда не удалось получить ортодонтического расширения верхнечелюстной дуги.

ГЕМОМРАГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ В СТРУКТУРЕ ПРИЧИН  
НЕОТЛОЖНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ  
ЖИЗНИ (ПО ДАННЫМ КРУПНОЙ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ ДЕТСКОЙ  
БОЛЬНИЦЫ)

Ягубян К.А., студентка 6 курса лечебного факультета, ФГАОУ ВО Первый МГМУ им.И.М.Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Айсанова М.Р., клинический ординатор, ФГБОУ ДПО РМАНПО, кафедра педиатрии с курсом поликлинической педиатрии им. Г.Н. Сперанского

Руководитель: Заплатников А.Л., д.м.н., проф.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

**Цель исследования:** изучить частоту и нозологическую структуру геморрагического синдрома у детей первых месяцев жизни, госпитализированных в отделение интенсивной терапии и реанимации крупной многопрофильной детской больницы.

**Материалы и методы:** проведен анализ нозологической структуры геморрагического синдрома у детей первых месяцев жизни (возраст 1-6 месяцев), находившихся на лечении в отделении интенсивной терапии и реанимации ДГКБ им. З.А.Башляевой ДЗМ за период 2013-2017 гг.

**Результаты:** установлено, что геморрагический синдром являлся причиной ургентной госпитализации детей первых месяцев жизни в 10,8% случаев (41 ребенок из 381 пациентов указанного возраста, поступивших в отделение интенсивной терапии и реанимации за отчетный период).

Проведенный при этом анализ нозологической структуры геморрагического синдрома показал, что наиболее часто имела место витамин-К-дефицитная коагулопатия (синдром "поздней геморрагической болезни новорожденного") - 28 пациентов (68,3%). Значительно реже встречались синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС), развившийся на фоне септического процесса - 9,7%, наследственные нарушения обмена веществ - 9,7% и наследственные коагулопатии - 4,9%. В

единичных случаях имели место гемолитико-уремический синдром (ГУС) - 2,5%, иммунная тромбоцитопения - 2,5% и врожденная мальформация сосудов головного мозга с развитием спонтанного внутримозгового кровоизлияния - 2,5%.

Наиболее высокий уровень летальности был отмечен в тех случаях, когда развитие геморрагического синдрома сопровождалось возникновением массивных внутримозговых кровоизлияний. Как правило, это имело место при поздней госпитализации, когда первые клинические проявления геморрагического синдрома были пропущены или не были адекватно оценены, что приводило к поздней верификации заболевания и отсутствию адекватной терапии на ранних этапах патологического процесса.

**Выводы:** геморрагический синдром является причиной неотложной госпитализации детей первых месяцев жизни в 10,8% случаев.

Нозологическая структура геморрагического синдрома при этом была представлена: витамин-К-дефицитной коагулопатией алиментарного генеза (у детей, находящихся на исключительно грудном вскармливании) - 53,7%, витамин-К-дефицитной коагулопатией, развившейся на фоне основного заболевания (билиарная атрезия, синдром мальабсорбции, генетические синдромы с внутрипеченочным холестазом) - 14,6%, ДВС - 9,7%, наследственные нарушения метаболизма - 9,7%, наследственные коагулопатии - 4,9%, ГУС - 2,5%, иммунные тромбоцитопения - 2,5%, врожденные мальформации сосудов головного мозга - 2,5%.

ПОЗДНЯЯ ГЕМОМРАГИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ НОВОРОЖДЕННОГО:  
ПРИЧИНЫ, КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И ТИПИЧНЫЕ  
ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРИЗНАКИ

Ягубян К.А., студентка 6 курса лечебного факультета, ФГАОУ ВО Первый МГМУ им.И.М.Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет),  
Айсанова М.Р., клинический ординатор, ФГБОУ ДПО РМАНПО, кафедра педиатрии с курсом поликлинической педиатрии им. Г.Н. Сперанского

Руководитель: Заплатников А.Л., д.м.н., проф.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

**Цель исследования:** уточнить факторы риска, клинические проявления и лабораторные признаки поздней геморрагической болезни новорожденного.

**Материалы и методы:** проведено изучение причин, факторов риска, особенностей клинической картины и лабораторные показатели у 28 детей с поздней геморрагической болезнью новорожденного, находившихся на стационарном лечении в ДГКБ им. З.А. Башляевой ДЗМ.

**Результаты:** анализ историй болезни 28 детей с поздней геморрагической болезнью новорожденного позволил установить, что клиническая манифестация имела место в возрасте  $7,03 \pm 0,94$  недель (min=4 недели, max=20 недель, SD=4,82). Особое внимание было обращено на то, что у 64,3% пациентов в дебюте заболевания, помимо кожного геморрагического синдрома и повышенная кровоточивости из слизистых, имело место массивное внутрочерепное кровоизлияние. Во всех случаях поздней геморрагической болезни новорожденного выявляли типичные лабораторные признаки дефицита витамин-К-зависимых факторов свертывания (значительное снижение протромбинового индекса с одновременным возрастанием международного нормализованного отношения и значимым удлинением активированного частичного

тромбопластинового времени при нормативных значениях тромбинового времени).

Установлено, что к факторам риска по развитию поздней геморрагической болезни новорожденного относятся: исключительно грудное вскармливание, билиарная атрезия, тяжелые поражения кишечника с мальабсорбцией, а также наследственная патология с синдромом внутрипеченочного холестаза.

Особое внимание было уделено изучению тем пациентам, у которых витамин-К-дефицитная коагулопатия развивалась из-за вскармливания исключительно грудным молоком (22 ребенка из 28 детей с поздней геморрагической болезнью новорожденного). Установлено, что в подавляющем большинстве случаев не было указаний на профилактическое использование женщинами специальных поливитаминных комплексов "формулы для кормящих грудью". При этом было отмечено, что во всех случаях лактация у матерей была достаточной, недостаточности питания у детей не наблюдалось.

Геморрагический синдром при витамин-К-дефицитной коагулопатии алиментарного генеза (из-за вскармливания исключительно материнским молоком) манифестировал у детей в возрасте  $6,54 \pm 0,57$  недель (min=4 недели, max=13 недель, SD=2,67). Установлено, что в 78,6% случаев имело место массивное внутрочерепное кровоизлияние с высоким риском неблагоприятного исхода.

**Выводы:** причинами развития поздней геморрагической болезни новорожденного являются алиментарный дефицит витамина К, развивающийся на фоне исключительно грудного вскармливания (78,6%). Значительно реже (22,4%) причинами витамин-К-дефицитной коагулопатии являлись билиарная атрезия, синдром мальабсорбции и различные генетические заболевания, сопровождающиеся синдромом внутрипеченочного холестаза. Клиническая манифестация поздней геморрагической болезни новорожденного наиболее часто в дебюте

проявлялась внутрочерепным кровоизлиянием и не зависела от причин, приводящих к дефициту витамина К.

## СИНДРОМ ЖЕЛТУХИ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ: АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ

Ядидеева И.А., Кизимова К.А., ординаторы кафедры педиатрии с курсом  
поликлинической педиатрии им. академика Г.Н.Сперанского

Руководитель: Заплатников А.Л., д.м.н., проф.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

**Цель исследования:** провести сравнительный анализ изменений тактики ведения детей первых месяцев жизни с желтухой в педиатрических отделениях ДГКБ им. З.А. Башляевой ДЗМ после внедрения алгоритма диагностики причин гипербилирубинемий.

**Материалы и методы.** Проведен анализ изменений тактики ведения детей первых месяцев жизни с синдромом желтухи за 10-летний период. Ретроспективно изучены истории болезни (ф.003) детей с желтухой, госпитализированных в педиатрические отделения ДГКБ им. З.А. Башляевой ДЗМ в 2006-2007 гг. (n=84) и в 2016-2017 гг. (n=81).

**Результаты.** Анализ данных, полученных при ретроспективном изучении историй болезни детей с синдромом желтухи, находившихся на обследовании и лечении в педиатрических отделениях ДГКБ им. З.А.Башляевой ДЗМ показал, что средний возраст пациентов на момент госпитализации составлял  $1,31 \pm 0,27$  мес в 2006-2007 гг. и  $1,27 \pm 0,25$  мес в 2016-2017 гг. При этом, если среди направляющих диагнозов в подавляющем большинстве случаев преобладали «затянувшаяся желтуха» и «конъюгационная желтуха», то при обсуждении рабочего клинического диагноза в 2016-2017 гг. достоверно чаще, чем в 2006-2007 гг. стал использоваться подход с выделением синдромов прямой и непрямой

гипербилирубинемии, позволяющий своевременно и целенаправленно выбрать адекватный вектор диагностического поиска. При прямой гипербилирубинемии у детей первых месяцев жизни разработанный алгоритм определяет необходимость проведения дифференциального диагноза между билиарной атрезией, внутриутробными инфекциями с фетальным гепатитом, генетическими заболеваниями с внутрипеченочным холестазом (синдромы Ротора, Дубина-Джонса, Алажилля, Байлера и др.), различными наследственными нарушениями метаболизма, транзиторным холестазом (особенно у недоношенных и незрелых детей, длительно получавших парентеральное питание). При затяжной непрямой гипербилирубинемии поиск причин направлен на выявление «желтухи от материнского молока» (у детей, находящихся на грудном вскармливании), гемолитических анемий, наследственных нарушений конъюгации (синдромы Криглера-Найяра, Люцея-Дрискола, Жильберта), гипотиреоза, морфо-функциональная незрелость и др.

Отмечено, что благодаря внедрению указанного алгоритма в практику ДГКБ им. З.А.Башляевой ДЗМ уже в первые дни госпитализации детей с желтухой в 2016-2017 гг. были своевременно верифицированы не только желтуха от материнского молока, билиарная атрезия и внутриутробные инфекции, но и такие редкие заболевания, как синдром Криглера-Найяра I типа и тирозинемия I типа.

Особое внимание было обращено на изменение тактики ведения детей с непрямой гипербилирубинемией, развившейся из-за вскармливания грудным молоком (n=79 - в 2006-2007 гг., n=73 - в 2016-2017 гг.). Так, если в 2006-2007 гг. в 36,7% случаях при этом имело место внутривенное введение растворов глюкозы и в 63,3% - применение энтеросорбентов, то в 2016-2017 гг. инфузионная терапия не проводилась ни в одном случае, а энтеросорбенты получали только 1,3% пациентов ( $p < 0,05$ ).

**Выводы:** внедрение в практику ДГКБ им. З.А. Башляевой ДЗМ алгоритма диагностики и тактики ведения детей первых месяцев жизни с

синдромом желтухи, разработанного на кафедре педиатрии РМАНПО, существенно ускорило верификацию причин гипербилирубинемий и значительно снизило при этом полипрагмазию.

## СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У ПАЦИЕНТОВ С СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Яковлева-Малых М.О., аспирант кафедры общей стоматологии БелМАПО  
Руководитель: Юдина Н.А., д.м.н., проф., зав. кафедрой общей стоматологии  
БелМАПО

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

**Цель исследования:** определить алгоритм диагностических мероприятий на стоматологическом приеме для пациентов с заболеваниями пародонта.

**Материалы и методы.** Было проведено исследование с участием 50 пациентов, имеющих хронический сложный пародонтит. Средний возраст пациентов в выборке составил  $42,37 \pm 13,97$ . Обследование осуществлялось в стандартных условиях стоматологического кабинета с использованием стоматологического зеркала и зонда, пародонтального зонда ВОЗ. Проводилась индексная диагностика стоматологического статуса, детальное обследование тканей пародонта с фиксированием информации в пародонтологической карте о состоянии тканей пародонта в области каждого зуба, лучевая диагностика и генодиагностика ДНК *P.gingivalis* с помощью диагностических наборов «Мультидент» ООО НПФ «ГЕНТЕХ» (Россия). Все пациенты направлялись на консультацию к смежным специалистам. Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием программного пакета Statistica 8.0.

**Результаты исследования.** В ходе исследования в общей выборке соматическая патология имела следующую структуру: заболевания сердечно-сосудистой системы (35%), заболевания желудочно-кишечного тракта (28%), эндокринная патология (17%), заболевания мочеполовой системы (6%), ревматоидный артрит (14%). Все пациенты были разделены на 2 группы: группа наблюдения – 35 человек, контрольная группа – 15 человек.

Пациенты были мотивированы, обучены стандартному методу чистки зубов, им были подобраны средства индивидуальной гигиены и проведена профессиональная гигиена полости рта. В группе наблюдения профессиональная гигиена была дополнена процедурой озонотерапии (в количестве 3-х раз с интервалом 1 неделя). Глубина пародонтальных карманов в группе наблюдения составила  $4,69 \pm 1,06$ . До лечения гигиена полости рта характеризовалась как неудовлетворительная в обеих группах – 2,39 (Me) и 2,41 (Me). Через неделю индекс зубного налета значительно уменьшился и гигиена стала характеризоваться как удовлетворительная – группа наблюдения (1,27), в контрольной группе этот показатель составил 1,5. Индекс гигиены ОНI-S через 2 недели еще больше уменьшился в группе наблюдения - 0,99, а в контрольной группе 1,14. До лечения индекс воспаления десны GI в группе наблюдения составил 1,71 (Me), в контрольной группе – 2,0, оценивалось как воспаление десны средней тяжести. Через неделю индекс воспаления десны в группе наблюдения снизился до показателя 1,33, в контрольной группе 1,63, а через 2 недели составил 1,08 и 1,23 соответственно. Через 3 и 6 месяцев показатели гигиены и воспаления десны сохраняли положительную динамику.

ДНК *Porphyromonas gingivalis* обнаружена у 15 пациентов из 26 обследованных (58%). После комплексного лечения и озонотерапии (через 6 месяцев) ДНК *Porphyromonas gingivalis* определялась у 1 пациента из числа обследованных.

**Заключение.** Полученные результаты свидетельствуют о высокой распространенности соматической патологии у пациентов с заболеваниями

периодонта, поэтому пациенты с хроническим сложным пародонтитом должны проходить комплексное обследование у смежных специалистов: иммунолог, эндокринолог, ревматолог и гинеколог для женщин, а лечение таких пациентов должно быть комплексным. В результате проведенного лечения положительная динамика наблюдалась по всем индексам, однако более высокие показатели получены в группе наблюдения, что свидетельствует о высокой эффективности озонотерапии.

## КЛИНИЧЕСКАЯ ГЕТЕРОГЕННОСТЬ ПОВЫШЕННОЙ ДНЕВНОЙ СОНЛИВОСТИ ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА

Яковлева О.В., старший лаборант кафедры неврологии

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

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Повышенная дневная сонливость (ПДС) у пациентов с болезнью Паркинсона (БП) может иметь различный генез. Сочетание симптомов и особенности течения БП могут позволить определить причину развития ПДС на этапе клинической диагностики.

**Целью** исследования является определение клинических особенностей течения БП у пациентов с ПДС различного генеза и выявление факторов риска ее развития.

**Материалы и методы:** был обследован 61 пациент с БП (М:Ж=34:27). Пациентам проводилось тестирование по унифицированной шкале оценки тяжести БП (UPDRS-MDS), Эпвортской шкале сонливости (ESS), шкале нарушений сна (PDSS-2), Монреальской шкале когнитивной оценки (MoCA), шкале вегетативных нарушений, тест 3-КТ. На основании анкетирования больные были разделены на группы: с клинически значимой ПДС и без нее. Пациентам основной группы (n=31) были проведены полисомнография и множественный тест латентности сна (МТЛС).

**Результаты:** ПДС выявлена у 67,2% больных с БП. В основной группе преобладали мужчины (28 и 13,  $p=0,016$ ), группы значимо не отличались по возрасту, форме, стадии и длительности заболевания, тяжести моторных симптомов. Длительность терапии ( $48,1\pm 39,4$  и  $25,4\pm 33,1$ ,  $p=0,01$ ) и эквивалентная доза леводопы ( $623,8\pm 323,4$  и  $452,0\pm 199,7$ ,  $p=0,03$ ) в основной группе были выше, чаще встречался экстракампильный феномен ( $p=0,02$ ). ПДС была связана с нарушениями циркадных ритмов ( $r=0,3$ ,  $p < 0,05$ ) и постпрандиальной гипотензией (ПГ) ( $r=0,3$ ,  $p < 0,05$ ). Средняя латентность сна отрицательно коррелировала с ИМТ ( $r=-0,5$ ,  $p < 0,05$ ) и положительно – со степенью вегетативных нарушений ( $r=0,4$ ,  $p < 0,05$ ), ортостатической гипотензией (ОГ) и ПГ ( $r=0,7$  и  $r=0,5$ ,  $p < 0,05$ ). По результатам полисомнографии и МТЛС, основная группа была разделена на подгруппы: 1 – истинная ПДС ( $n=15$ ), 2 – синдромом обструктивного апноэ сна (СОАС) средней и тяжелой степени ( $n=8$ ), 3 – ОГ и ПГ без истинной гиперсомнии ( $n=8$ ). Пациенты в трех подгруппах не отличались значимо по стадии и длительности заболевания, выраженности моторных симптомов БП, степени когнитивных нарушений. Балл по шкале ESS был значимо выше в подгруппе 2 ( $14,2\pm 3,7$ ) в сравнении с подгруппой 1 ( $10,4\pm 4,1$ ,  $p=0,02$ ), и был выше в сравнении с подгруппой 3, но не достиг статистической значимости ( $10,4\pm 3,9$ ,  $p > 0,05$ ). Наиболее высокий ИМТ был в подгруппе 2 -  $33,7\pm 5,3$  против  $27,1\pm 3,3$  в подгруппе 1 и  $23,1\pm 2,3$  в подгруппе 3 ( $p < 0,05$ ). Подгруппы также отличались по степени вегетативных нарушений, средний балл по шкале составил в подгруппе 1 -  $6,64\pm 3,6$ , в подгруппе 2 -  $8,1\pm 4,4$ , в подгруппе 3 -  $12,4\pm 2,4$  ( $p < 0,05$ ). Статистически значимо вегетативные нарушения преобладали в подгруппе 3 в сравнении с подгруппой 1 ( $p=0,0003$ ). ОГ встречалась чаще в подгруппе 3 в сравнении с другими подгруппами ( $p < 0,025$ ).

**Выводы.** Жалобы на ПДС были обнаружены у 2/3 пациентов с БП. В 48% случаев была выявлена первичная ПДС, в 26% – СОАС, а в 26% -

субъективная ПДС была связана с ОГ и ПГ. Факторами риска развития ПДС были мужской пол, высокие дозы леводопы, длительность терапии, экстракампильный феномен, высокий ИМТ, вегетативные нарушения (ОГ, ПГ). При сравнении трех подгрупп, максимальные баллы по шкале ESS отмечались у пациентов с СОАС, наряду с высоким ИМТ. Выраженные вегетативные нарушения могут приводить к субъективным ощущениям, которые пациенты описывают как «сонливость», однако истинной гиперсомнии у таких пациентов не выявляется. Высокий балл по шкале вегетативных нарушений, наличие ОГ и ПГ являются прогностическими факторами субъективной ПДС.

## НОВЫЕ МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ ОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Яковлев-Малых Н.Н., старший преподаватель кафедры клинической  
лабораторной диагностики (КЛД)

Руководитель: Камышников В.С., д.м.н, проф., зав. кафедрой КЛД  
ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,  
г. Минск, Республика Беларусь

**Цель исследования:** определение в сыворотке крови пациентов активности фосфолипазы  $A_2$ , концентрации ассоциированного с беременностью протеина плазмы-А и анализ состояния системы антиоксидантной защиты при остром коронарном синдроме (ОКС).

**Материалы и методы.** Обследовано 92 пациента поступивших с выраженными ангиозными болями в приемное отделение профильного стационара г. Минска. Средний возраст составил 66 лет. Контрольную группу составили 35 человек не страдающими на момент исследования какими-либо острыми формами заболеваний.

Определение концентрации уровня ассоциированный с беременностью протеин плазмы-А (pregnancy associated plasma protein-A, PAPP-A) в сыворотке крови пациентов осуществлялась иммунохимическим методом с электрохемилюминесцентной детекцией (PAPP-A «Roche», Швейцария).

Для сравнительной оценки концентраций PAPP-A, использовалась отечественная тест-система на основе лантанидного иммунофлуориметрического метода PAPP-A «ЛИФМА».

Для подтверждения локального неспецифического воспаления использован отечественный набор реагентов по фотометрическому определению активности фосфолипазы А<sub>2</sub> - «ФЛА<sub>2</sub>-ФОА».

Определить состояние антиоксидантной защиты организма пациентов при ОКС позволила тест-система «ОксиСтат». Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием программного пакета Statistica 8.0.

**Результаты.** В ходе проведенной исследовательской работы было установлено, что концентрация ([С]) PAPP-A в сыворотке крови пациентов контрольной группы составила:  $6,56 \pm 0,25$  мМЕ/л (PAPP-A «Roche») и  $5,0 \pm 0,2$  мМЕ/л (PAPP-A «ЛИФМА»)

При определении [С] PAPP-A у пациентов с острой коронарной патологией содержание этого специфического белка оказалось значительно выше:  $21,69 \pm 2,94$  мМЕ/л и  $19,79 \pm 3,63$  мМЕ/л, соответственно ( $p \leq 0,05$ ).

При локальном неспецифическом воспалении в стенки сосуда при ОКС установлено, что [С] «ФЛА<sub>2</sub>-ФОА» в контрольной группе соответствует референтным значениям (0 - 2,2 МЕ/л), а уровень ФЛА<sub>2</sub> в сыворотке крови у поступивших в стационар пациентов с ОКС значительно выше «нормы»: [С] ФЛА<sub>2</sub> «контроль» =  $1,85 \pm 0,2$  МЕ/л; [С] ФЛА<sub>2</sub> при ОКС =  $3,95 \pm 0,34$  МЕ/л. Таким образом, концентрация ФЛА<sub>2</sub> в сыворотке крови у пациентов, страдающих острой коронарной патологией, оказалась почти в 2 раза выше, чем в группе «контроля».

При исследовании состояния эндогенной системы антиоксидантной защиты организма пациентов с ОКС были установлены показатели ( $0,97 \pm$

0,04 мкмоль/л), в 1,2 раза меньше, чем в группе «контроля» ( $1,13 \pm 0,01$  мкмоль/л)

**Заключение.** Полученные результаты подтверждают справедливость суждений о том, что обусловленная снижением антиокислительной защиты организма стимуляция процессов свободнорадикального окисления фосфолипидов проявляется в активации фосфолипазы сыворотке крови, что вместе с увеличением содержания обладающего известной протеолитической активностью ассоциированного с беременностью белка плазмы-А может приводить к деструкции не только мембран клеток, но также к разрушению оболочки атеросклеротической бляшки, делая ее нестабильной и склонной к разрыву.

#### НАРУШЕНИЯ ДВИЖЕНИЙ ГЛАЗ ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ

Якупов М.А. аспирант кафедры неврологии и мануальной терапии,  
Шакирзянова С.Р. аспирант кафедры неврологии и мануальной терапии

Руководитель: Хайбуллин Т.И., к.м.н. доц.

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

Рассеянный склероз (РС) — самое распространенное демиелинизирующее заболевание центральной нервной системы, поражающее лиц молодого трудоспособного возраста и быстро приводящее к инвалидизации. По распространенности среди неврологических заболеваний ЦНС РС занимает четвертое место после острых нарушений мозгового кровообращения, эпилепсии и паркинсонизма, а в молодом возрасте — второе место после эпилепсии. В подавляющем большинстве случаев в начале заболевания течение РС ремитирующее, когда периоды проявления разнообразной симптоматики сменяются фазами полного благополучия или значительного улучшения состояния. При этом симптомы поражения черепных нервов отмечают у 58% больных РС, и помимо зрительного и

лицевого нервов, часто наблюдают расстройства глазодвижений, которые могут различаться исключительным многообразием.

Наиболее частым поражением является саккадическая дисметрия и нарушения плавного слежения, как неспецифические проявления поражения мозжечка. У 40% пациентов присутствуют саккадическая дисметрия с «проскакиванием» взора через цель (гиперметрия) и аномальные горизонтальные движения при горизонтальных саккадах. Другим наиболее частым поражением является межъядерная офтальмоплегия и различные формы нистагма. Так же, более редкими, проявлениями демиелинизирующего поражения могут быть: параличи черепных нервов, отвечающих за глазодвижения, в том числе ядерные поражения и синдром дорсального поражения среднего мозга. Так же выявлена корреляция между поражением движений глаз и более тяжелым течением заболевания. Патология глазодвижений при РС ассоциированы с очагами в стволе мозга и мозжечке, которые помимо центров отвечающих за движения глаз, могут захватывать нисходящие двигательные пути.

Межъядерная офтальмоплегия является наиболее распространенным саккадическим расстройством движения глаз, наблюдаемым у пациентов с рассеянным склерозом. Межъядерная офтальмоплегия может протекать субклинически и выявляются только при помощи специальных методов клинического исследования.

Другим частым проявлением глазодвигательных нарушений при РС является нистагм. Были проведены исследования на 82 пациентах с РС, отобранным по критериям МакАльпина. Спонтанный, позиционный нистагм и патология при калорической пробе были выявлены у 49 (60%) пациентов.

С учётом доминирующего значения в диагностике рассеянного склероза клинических данных очевидно, что правильная топическая интерпретация глазодвигательных нарушений, как частых симптомов дебюта заболевания, имеет принципиальное значение для ранней диагностики, то есть для демонстрации клиническим путем диссеминации во времени или в

пространстве. Помимо этого, актуального аспекта, следует принимать во внимание что по мере прогрессирования заболевания их частота и выраженность нарастает. Клинический спектр глазодвигательных расстройств в развернутой стадии заболевания, равно как и точный их вклад в общую инвалидизацию пациента, полностью не изучен, однако несомненно, что глазодвигательные нарушения, особенно такие варианты как маятникообразный нистагм, парезы взора с диплопией, ядерные и надъядерные нарушения с нарушением фиксации взора и ассоциированных движений глазных яблок могут приводить к ограничению и утрате трудоспособности и способности к самообслуживанию.

## THE VALUE OF MAGNETIC RESONANCE IMAGING IN THE DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF OVARIAN LESIONS

Olimov B.P., postgraduate student at faculty of radiology

Supervisor: Prof. Igor Tyurin

FSBEI FPE RMACPE MOH Russia, Moscow

**Purpose/Introduction.** Dynamic contrast-enhanced MRI (DCE-MRI) proposed as the dominant modality at the ovarian tumor (OT) detection. Importance of Diffusion-Weighted Images (DWI) in patients with OT is disputable. The main purpose of this investigation is to clarify the efficacy of simultaneous use of DCE-MRI and DWI in OT diagnostic and to compare their ability in differential diagnosis of malignant and benign ovarian lesion.

**Subjects and Methods.** 52 patients (22-87 years, mean – 58 years; 19 patients with benign/borderline OT - BOT and 33 cases with malignant OT - MOT) were examined by MRI (Magnetom Espree<sup>®</sup> 1.5T and Magnetom Skyra<sup>®</sup> 3.0T (Siemens, Germany)) before surgery.

For all of the patients, routine spin-echo T1 and T2 weighted images (T1WI and T2WI), DWI (b value = 50, 1000, 1500, 2100, 2500) with apparent diffusion

coefficient (ADC) maps and DCE-MRI after gadobutrol (Gadovist<sup>®</sup>, Bayer, Germany) i.v. injection (3 ml/s) at standard dose 0.1 mmol/kg by Medrad<sup>®</sup> Spectris Solaris<sup>®</sup> EP (Bayer, Germany) were performed. We parameterized DCE-MRI using mathematical models that included the enhancement amplitude (EA), the time interval of half rising (THR) and the maximal slope (MS). Myometrium was used as the internal reference for calculation ratios of EA (EAR), THR (THRr) MS (MSr) and initial area under the curve for 60 seconds after injection (IAUC<sub>60</sub> ratio).

**Results.** In all cases, teratomas had heterogeneous signal on images of all MRI modalities without fat component.

MOT and mature cystic teratomas and endometriomas, showed high signal intensity on DWI ( $p=0,007$ ) and low ADC values. Fibromas and other BOT showed low signal intensity on DWI and high ADC values ( $p<0,001$ ). In general there was not significant difference of (ADC) between BOT and MOT even in liquid and solid component of cystic OT (weighted mean difference WMD=0,24; confidence interval CI=-0,03-0,46,  $p=0,08$ ).

The difference in the time intensity curves was found between the BOT and MOT groups ( $p<0,0001$ ). Curve type III appeared specific for MOT. Curve type I was specific for BOT ( $p=0,01$ ). In all cases EAR, MSr and IAUC<sub>60</sub> ratio were higher for MOT in compare with BOT ( $p<0,0001$ ). The IAUC<sub>60</sub> ratio was the most relevant factor for BOT and MOT differentiation. Teratomas had heterogeneous type of contrast enhancement.

Signal intensity inversion on T2WI (mean and low signal) and T1WI (high signal) for endometriomas was found in all cases.

**Conclusion.** Complex of DCE-MRI, T1WI and T2WI is enough for precise MRI diagnosis in patients with OT exclude teratomas without fat component.

No statistically significant difference in ADC values between BOT and MOT was revealed. Although a standard deviation of the signal intensity on DWI and ADC map looks promising for BOT and MOT differentiation diagnostics.

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

Материалы конференции

Том II

Подписано в печать 05.04.2018

Формат 60×84 <sup>1</sup>/<sub>16</sub>

Печ. л. 15,5

Тираж 500 экз.

Заказ № 51

Российская медицинская академия непрерывного

профессионального образования

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

Ул. Баррикадная, 2/1, стр. 1, Москва, 125993

Электронный адрес [www.rmaro.ru](http://www.rmaro.ru)

E-mail: [rmaro@rmaro.ru](mailto:rmaro@rmaro.ru)

Отпечатано в ФГБОУ ДПО РМАНПО

Ул. Баррикадная, 2/1, стр. 1, Москва, 125993