

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

XIII Конференция молодых ученых
с международным участием

Трансляционная медицина: возможное и реальное

Материалы конференции



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

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

Материалы конференции

Москва
2022

УДК 61.001.053 (082)

ББК 5+72ж

Т-654

ХIII Конференция молодых ученых с международным участием «Трансляционная медицина: возможное и реальное»: сборник материалов конференции / ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России. – М.: ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, 2022. – 299 с.
ISBN 978-5-7249-3259-2

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

Материалы публикуются в авторской редакции.

УДК 61.001.053 (082)

ББК 5+72ж

ISBN 978-5-7249-3259-2

© ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, 2022

ОГЛАВЛЕНИЕ

— А — 19

Айларов А.К., Анготоева И.Б.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНОСКОПИИ У ПАЦИЕНТОВ
С ЛАРИНГОФАРИНГЕАЛЬНЫМ РЕФЛЮКСОМ БЕЗ ПИЩЕВОДНЫХ СИМПТОМОВ..... 19

Аладин М.Н.

МИНИИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ:
ОТ ФУНДАМЕНТАЛЬНЫХ ОСНОВ К ПРАКТИЧЕСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ 21

Алексеев Д.И., Сараева Н.О.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГЕМОБЛАСТОЗАМИ, ПОСЛЕ
АУТОЛОГИЧНОЙ И АЛЛОГЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ГЕМОПОЭТИЧЕСКИХ
СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК ПО ДАННЫМ ГБУЗ ОРДЕНА «ЗНАК ПОЧЕТА» ИРКУТСКАЯ
ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА 23

Алиева Ф.Ф.

ВЫБОР ВАРИАНТА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИСТИННЫХ АНЕВРИЗМ
СЕЛЕЗНОЧНОЙ АРТЕРИИ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА..... 25

Алябьева П.В., Петрова М.М., Шнайдер Н.А.

ПРОБЛЕМЫ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ВРАЧЕЙ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПО ПРОБЛЕМЕ КОМОРБИДНОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ
ГИПЕРТОНИИ И ГОЛОВНОЙ БОЛИ НАПРЯЖЕНИЯ..... 27

Андреева К.Д., Кузнецова М.А.

ОЦЕНКА ДОСТУПНОСТИ ПЛАТНОЙ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ..... 29

Артамонова К.В., Гладько О.В., Волчек И.А., Теряев А.С., Скворцов С.В.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНГИБИТОРА ЯНУС-КИНАЗ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИНФЕКЦИОННОЙ
АЛЛЕРГИИ У БОЛЬНЫХ ДЕРМАТОМИКОЗАМИ 31

Аскеров А.Ч.

РОЛЬ ВНУТРИПРОСВЕТНОЙ ЭНДОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ
ЖИДКОСТНЫХ СКОПЛЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ 32

Баранова М.М., Муравьева Н.В., Белов Б.С., Коротаева Т.В.

ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ НА ЧАСТОТУ РАЗВИТИЯ КОМОРБИДНЫХ ИНФЕКЦИЙ
У БОЛЬНЫХ СПОНДИЛОАРТРИТАМИ..... 34

Барсегян В.А., Незовибатько Я.И.

ИЗМЕНЕНИЕ ЭТИОЛОГИИ ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ: МИФ ИЛИ РЕАЛЬНОСТЬ ... 36

Батюкина С.В., Кочетков А.И.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ РАННИХ ПОЧЕЧНЫХ МАРКЕРОВ НА РИСК РАЗВИТИЯ
КРОВОТЕЧЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ НЕКЛАПАННОЙ
ЭТИОЛОГИИ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК..... 38

Батюкина С.В., Кочетков А.И.

ОЦЕНКА ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ С ПОМОЩЬЮ КРИТЕРИЕВ STOPP/START
У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕ 65 ЛЕТ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ
БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ МНОГОПРОФИЛЬНОГО
СТАЦИОНАРА..... 41

Болгова А.И., Лесина О.Н., Зыкова О.А.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19)
У ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КОМОРБИДНОЙ
ПАТОЛОГИИ 43

Бондарчук Ю.М.

ПРИМЕНЕНИЕ МНОГОФУНКЦИОНАЛЬНОГО МОБИЛЬНОГО ПРИЛОЖЕНИЯ TINNITUS
В ДИАГНОСТИКЕ ШУМА В УШАХ 46

Борисенко М.Б., Галбацов Д.Ф., Кабоев Ф.Т., Деев Р.В.

ПАТОГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ
ПОДВЗДОШНОЙ И ТОЛСТОЙ КИШОК ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ
КИШЕЧНИКА: ПРОМЕЖУТОЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ 48

Боярко А.В., Темирбулатов И.И., Синицина И.И., Сычев Д.А.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛОЗАРТАНА; ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКИЙ
ПОДХОД..... 51

Бурдюков М.С., Амиров М.З., Коржева И.Ю. ВЛИЯНИЕ СОЧЕТАННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ И СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ХОЛАНГИОПАНКРЕАТОГРАФИИ И ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ УЛЬТРАСОНОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ МИКРОХОЛЕДОХОЛИТИАЗА.....	54
– В –	56
Варданян В.А. ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ СОХРАНЕНИЯ ФЕРТИЛЬНОСТИ У ЖЕНЩИН С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ.....	56
Воробьева А.В., Якушин М.А., Васильева Т.П. ЛЕЧЕБНАЯ УЧЕБА В ПРОЛОГАЦИИ ВРАЧЕБНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ.....	59
– Г –	61
Гасиев З.С., Качмазова А.О. ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ НЕВРОТИЧЕСКИХ ЧЕРТ ЛИЧНОСТИ.....	61
Гасиев З.С., Качмазова А.О. СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ МЕЖКУЛЬТУРНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ СОВРЕМЕННОЙ МОЛОДЕЖИ.....	63
Глазкова А.В. ОЦЕНКА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СТИРАЕМОСТЬЮ ЗУБОВ НА ФОНЕ ПАТОЛОГИИ ПРИКУСА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА	66
Горожанина А.А. РОЛЬ ДООПЕРАЦИОННОЙ ДИАГНОСТИКИ В ЛЕЧЕНИИ ИНФИЛЬТРАТИВНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА.....	68
Гуняков С.О., Строк А.Б. ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА ТРОМБОЗОВ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ SARS-COV-2 СРЕДИ ЖЕНЩИН МОСКВЫ И МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ, ПРИНИМАЮЩИХ ГОРМОНАЛЬНЫЕ ОРАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ	70

— Д — 72

Дадашев И.И., Мудров А.А.

РЕКТОВАГИНАЛЬНЫЕ СВИЩИ: ВАРИАНТЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ 72

Дамбаева Б.Б.

ВЛИЯНИЕ СИНДРОМА ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА НА АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ, ЛИПИДОГРАММУ И СТРУКТУРУ КОМОРБИДНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ 74

Денисова Ю.В.

ЛИХОРАДКА В РОДАХ, АССОЦИИРОВАННАЯ С ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИЕЙ 75

Добрякова М.М., Милешина Н.А.

ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ ПРИ СОПУТСТВУЮЩИХ ПАТОЛОГИЯХ 78

Доева А.Р., Бураев А.Б., Сидакова Д.Э.

АКТУАЛЬНОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОСТРЫМИ КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ 80

Драчева Н.А., Мазанкова Л.Н.

КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ РИНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ 81

— Е — 84

Егорян Л.Б., Мошетьова Л.К., Виноградова О.Ю.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ОБ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЯХ ХРОНИЧЕСКИХ МИЕЛОПРОЛИФЕРАТИВНЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ 84

Ежова О.А.

МЕЛАНОЦИТОМА ХОРИОИДЕИ: ДИАГНОСТИКА, ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ 86

Елиферов Д.Д., Бекашев А.Х., Прозоренко Е.В., Севян Н.В., Белов Д.М.

ОДНОМОМЕНТНОЕ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЕ УДАЛЕНИЕ ТРЕХ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ МЕТАСТАЗОВ ИЗ ГОЛОВНОГО МОЗГА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ 88

— Ж — 90

Житяева С.В., Подоплелов Д.С., Рафаэлова Д.Б.

ПРИМЕНЕНИЕ ЦИФРОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ЗУБОЧЕЛЮСТНЫМИ АНОМАЛИЯМИ 90

– З – 93

Захаров М.А., Аносов И.С.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПРОСТЫХ СВИЩЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА 93

– И – 96

Иванов В.В., Горожанин А.В., Шестаков А.А.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ТОЛОСА-ХАНТА У ПАЦИЕНТА
С ГИПЕРТРОФИЧЕСКИМ БАЗАЛЬНЫМ ПАХИМЕНИНГИТОМ 96

Ижогина С.Д.

ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ У НЕДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА.
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 98

Ипиева А.М., Джамалдаева А.И.

ПРИМЕНЕНИЕ ГИСТЕРОРЕЗЕКТОСКОПИИ У ЖЕНЩИН С БЕПЛОДИЕМ В ПОДГОТОВКЕ
ПО ПРОГРАММЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ 100

– К – 102

Каболова К.Л., Ромайкина Д.С., Самсонова Л.Н.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГИПОГОНАДОТРОПНОГО ГИПОГОНАДИЗМА И
КОНСТИТУЦИОНАЛЬНОЙ ЗАДЕРЖКИ ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ У ДЕВОЧЕК 102

Казакова В.В., Благовестнов Д.А., Ярцев П.А., Кирсанов И.И.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ СО СРЕДИННЫМИ ГРЫЖАМИ
ЖИВОТА 105

Калугин В.В., Закирова И.И.

АКТУАЛЬНОСТЬ РАЗРАБОТКИ И ИСПОЛЬЗОВАНИЯ 3D РОГОВИЦЫ
В ОФТАЛЬМОТРАНСПЛАНТОЛОГИИ 107

Капанова М.Т., Потанов А.А.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: РЕДКАЯ ХРОМОСОМНАЯ ПЕРЕСТРОЙКА У ПЛОДА 109

Карева С.А., Шагинян Г.Г., Шаров А.В., Любимов С.Н., Саршор С.В.

ИНТРАКРАНИАЛЬНЫЕ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ,
ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19 111

Карпушов С.А., Скрипкина Н.А. КОМОРБИДНОСТЬ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА	114
Кащеев В.Н. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ИНВЕРТИРОВАННОЙ ПАПИЛЛОМЫ СИНО-НАЗАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ.....	116
Киреева В.А., Присич Н.В., Бржеский В.В. ОСОБЕННОСТИ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У НОВОРОЖДЁННЫХ С КРОВОИЗЛИЯНИЯМИ РЕТИНАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ	118
Кирсанова А.А. ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ФРОНТИТОВ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННЫХ РАДИКАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ	121
Коба Ю.В. АУТОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ПРАКТИКЕ ПЕДИАТРА НА ПРИМЕРЕ СЕМЕЙНОЙ СРЕДИЗЕМНОМОРСКОЙ ЛИХОРАДКИ: ТРУДНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ.....	123
Козырева В.О. ПРИМЕНЕНИЕ НИЗКОТЕМПЕРАТУРНОЙ ПЛАЗМЫ В ТЕРАПИИ ЛУЧЕВЫХ РЕАКЦИЙ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ	125
Козырева С.Б., Костарев И.В. ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА МЕТОДОМ ЛАЗЕРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ.....	127
Коломейцев В.В., Симонова Т.М., Чалая Е.Н. ИННОВАЦИОННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ КУРОРТНОЙ ТЕРАПИИ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ.....	129
Колушкин Д.С., Пупыкина В.В. НОВЫЕ ДЕВАЙСЫ ДЛЯ КОНТРОЛЯ ЛИХОРАДКИ У ДЕТЕЙ С COVID-19 И ДРУГИМИ ОСТРЫМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ	132
Кузнецов О.А., Богачева А.С., Полозова Е.В., Калякина Д.О., Романова А.В. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОТРАВЛЕНИЯ АНИЛИНОМ НА ПРОИЗВОДСТВЕ.....	135
Кузьменок Ю.А., Нечаев Е.В. ИММУНОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВА ЛИМФОМЫ ХОДЖКИНА	137

Кузьмич Д.В. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОРРЕКЦИИ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКИМ МЕТОДОМ И С ПОМОЩЬЮ АКУШЕРСКОГО РАЗГРУЖАЮЩЕГО ПЕССАРИЯ.....	140
Кутуева М.И., Сидакова Д.Э. ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ НОВОРОЖДЕННЫХ У ДЕТЕЙ СЕВЕРНОЙ-ОСЕТИИ.....	143
– Л –	144
Лавринюк Е.А. ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ДИСПЛАЗИИ ШЕЙКИ МАТКИ	144
Лашманова К.С., Починина Н.К. ВЛИЯНИЕ SARS-COV-2 НА ПОКАЗАТЕЛИ МУКОЦИЛИАРНОГО КЛИРЕНСА У БОЛЬНЫХ С АНОСМИЕЙ И ГИПОСМИЕЙ.....	146
Лебедева В.В., Ткаченко Н.В. МЕТОДЫ РЕВЕРСИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО РОСТА, ИХ ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ.....	148
Литовченко К.О., Левин О.С. АФФЕКТИВНЫЕ И КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА	150
– М –	152
Мазепин С.О. СУХОЖИЛИЕ ДЛИННОЙ МАЛОБЕРЦОВОЙ МЫШЦЫ ГОЛЕНИ КАК АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ АУТОТРАНСПЛАНТАТ ПРИ ВОССТАНОВЛЕНИИ ПЕРЕДНЕЙ КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКИ КОЛЕННОГО СУСТАВА.....	152
Май С.А., Короткевич А.Г., Савостьянов И.В. ОЦЕНКА СРЕДНИХ СРОКОВ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИИ И СТЕНТИРОВАНИЯ ПРОТОВОКОВЫХ СИСТЕМ	154
Максимов И.В. КРИТЕРИИ, СРОКИ И РЕЗУЛЬТАТЫ ПОВТОРНОЙ МИКРОИМПУЛЬСНОЙ ЦИКЛОФОТОКОАГУЛЯЦИИ	155

Малыгин А.М., Багрямян С.М., Мнацаканян Г.К. АНАЛИЗ РАЗМЕРОВ СЕГМЕНТОВ ЗУБНЫХ ДУГ В НОРМЕ И ПРИ ДИСТАЛЬНОМ ПРИКУСЕ	157
Малыгин А.М., Бедняков А.А., Осман М.Д. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ АНОМАЛИЙ ПРИКУСА И ОБРАЩАЕМОСТИ ЗА ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ ПОМОЩЬЮ	159
Манцаева М.Е., Борисов А.Г., Стремоухов А.А. ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ВЫЯВЛЕНИЯ ЦЕЛИАКТИЧНЫХ АНТИТЕЛ У БОЛЬНЫХ С IGA-НЕФРОПАТИЕЙ.....	162
Масалимов Н.Р., Чупин А.В. ГОСПИТАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОТКРЫТОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АНЕВРИЗМ ЭКСТРАКРАНИАЛЬНОГО ОТДЕЛА СОННЫХ АРТЕРИЙ	164
Махмадалиев А.И., Серегин А.А. ДИУРЕТИЧЕСКАЯ ДИНАМИЧЕСКАЯ НЕФРОСЦИНТИГРАФИЯ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ПОКАЗАНИЙ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ГИДРОНЕФРОЗА У ВЗРОСЛЫХ	166
Минеева В.Г., Лесина О.Н., Карнеева Ж.Н. КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ COVID-19 У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ДИАРЕИ	167
Морозов Д.А. ОСОБЕННОСТИ ОТВЕТА НА НЕОАДЬЮВАНТНУЮ ХИМИОТЕРАПИЮ ПРИ АГРЕССИВНОМ ЛЮМИНАЛЬНОМ HER2-НЕГАТИВНОМ РМЖ С HER2LOW ЭКСПРЕССИЕЙ.....	170
Морозов Д.А. ПОТЕНЦИАЛ ВИРУСНОГО ОНКОЛИЗА ПРИ РЕЗИСТЕНТНОМ К НЕОАДЬЮВАНТНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ II–III СТАДИЙ.....	172
— Н —	174
Никитин В., Бардаков С.Н., Титова А.А., Мусатов О.В., Деев Р.В. ЗНАЧЕНИЕ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПОЯСНО-КОНЕЧНОСТНЫХ МЫШЕЧНЫХ ДИСТРОФИЙ: ПРИМЕР С НЕОДНОЗНАЧНЫМ РЕЗУЛЬТАТОМ ПОЛНОЭКЗОМНОГО СЕКВЕНИРОВАНИЯ	174

— О — 177

Олюшина Е.М., Завалишина Л.Э., Франк Г.А.

ИССЛЕДОВАНИЕ МУТАЦИОННОГО СТАТУСА ГЕНА FGFR3 В УРОТЕЛИАЛЬНОМ РАКЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ..... 177

Оробинская Я.В.

РОЛЬ ДОМИНАНТЫ МАТЕРИНСКОЙ ЛЮБВИ В БУДУЩЕМ РАЗВИТИИ РЕБЕНКА 178

Осипова Е.А., Осипова Е.В., Мельникова Л.В., Куршева Л.В.

ОСОБЕННОСТИ ИНТРАРЕНАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОСТОЯНИЯ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ. 181

Очкал С.В., Сороковиков В.А., Горбунов А.В.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА СМЕЖНОГО СЕГМЕНТА 182

— П — 185

Петриченко А.К., Третьякова Т.Б., Дерябина С.С.

ОСОБЕННОСТИ СПЕКТРА И ЧАСТОТЫ МУТАЦИЙ В ГЕНЕ CFTR В ПОПУЛЯЦИИ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ В РАМКАХ НЕОНАТАЛЬНОГО СКРИНИНГА НА МУКОВИСЦИДОЗ..... 185

Петриченко Ю.Г., Колода Ю.А.

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОГРАММ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ У ПАЦИЕНТОК С РАЗНЫМИ ФЕНОТИПАМИ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ..... 187

Петушкова Е.В., Иванова Е.В.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК СОВРЕМЕННЫХ ЭНДОДОНТИЧЕСКИХ СИСТЕМ ДЛЯ РЕВИЗИИ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ 190

Подлужный П.С., Пресняков Е.В., Церцейл В.В., Жемков Н.И., Деев Р.В.

РАЗЛИЧИЕ В РЕГЕНЕРАТОРНОМ ПОТЕНЦИАЛЕ КОСТЕЙ НЕЙРОЭКТОДЕРМАЛЬНОГО И МЕЗЕНХИМАЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ КАК ВОЗМОЖНЫЙ ИСТОЧНИК ДЛЯ КЛЕТОЧНОЙ И ГЕННОЙ ТЕРАПИИ..... 192

Полякова А.С., Богданов А.Б.

СПОСОБ ФОРМИРОВАНИЯ АНАСТОМОЗА НА ВЕНТРАЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ УРЕТРЫ БЕЗ ПОЛНОГО ПЕРЕСЕЧЕНИЯ СПОНГИОЗНОГО ТЕЛА ПРИ СТРИКТУРАХ БУЛЬБОЗНОГО ОТДЕЛА УРЕТРЫ 194

Попов А.С., Трушина Е.Ю., Туровская А.А., Костина Е.М. УРОВЕНЬ ЦИТОКИНОВ В НАЗАЛЬНОМ СЕКРЕТЕ У ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ И ГИПЕРТРОФИЕЙ АДЕНОИДОВ.....	197
Прокудина М.П., Пименова Д.В., Мартиросян М.С., Латышев Д.Ю., Латышев О.Ю. ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ КАК ФАКТОР РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЭРОЗИВНОЙ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ	200
Пупыкина В.В., Захарова И.Н., Дмитриева Ю.А. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ВРОЖДЕННОЙ ЭНТЕРОПАТИИ У РЕБЕНКА ГРУДНОГО ВОЗРАСТА	202
– Р –	204
Разин М.А., Федяков А.Г., Мухина О.В., Древаль О.Н., Горожанин А.В. ОСЛОЖНЕНИЯ ОТКРЫТЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ УДАЛЕНИИ НЕВРОМЫ МОРТОНА ИЗ ТЫЛЬНОГО ДОСТУПА	204
Рудь Р.С., Благова О.В., Коган Е.А., Новосадов В.М., Зайцев А.Ю., Седов В.П., Зайденов В.А., Куприянова А.Г., Кадочникова В.В., Донников А.Е., Недоступ А.В. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ МИКОФЕНОЛАТА МОФЕТИЛА И АЗАТИОПРИНА В КОМБИНАЦИИ С КОРТИКОСТЕРОИДАМИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЛИМФОЦИТАРНОГО МИОКАРДИТА.....	206
Рукавишникова С.А. КОМПЬЮТЕРНОЕ ПРОГРАММИРОВАНИЕ В АСПЕКТЕ НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ.....	209
Румянцева Е.И. ПРЯМЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ЗАТРАТЫ НА ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ	211
– С –	212
Савельева М.А., Чернова О.Н., Бардаков С.Н., Деев Р.В. ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ И ПАТОФИЗИОЛОГИЯ СЕРДЦА ПРИ ДИСФЕРЛИНОПАТИИ.....	212
Самойлов Е.П. НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ИНФЕКЦИИ COVID-19.....	215

Севрюк С.А., Семёнов А.В., Сороковиков В.А. ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА. РОЛЬ ВНУТРИЧЕРЕПНОГО ДАВЛЕНИЯ В ВЫБОРЕ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ.....	218
Секретарев В.Э., Привалов Ю.А. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ОПЕРАЦИИ LICHTENSTEIN И CS-ПЛАСТИКИ ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ.....	220
Семенов А.В., Сороковиков В.А., Журкин А.Н., Севрюк С.А., Очкал С.В. ГЛИЦЕРИНОВАЯ РИЗОТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА	221
Сербаева М.С. РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ РЕЖИМА ГИПОФРАКЦИОНИРОВАНИЯ В ЛЕЧЕНИИ ГЛИОБЛАСТОМ.....	224
Серикова Е.Н., Останкова Ю.В. ОЦЕНКА НЕОБХОДИМОСТИ СКРИНИНГА ВАКЦИНОУПРАВЛЯЕМЫХ ИНФЕКЦИЙ И РАЗРАБОТКИ ПРОГРАММЫ ВАКЦИНАЦИИ МЕЖДУНАРОДНЫХ МИГРАНТОВ	227
Синяева А.С., Филиппов Е.В., Мосейчук К.А. МАРКЕРЫ ФИБРОЗА МИОКАРДА И СОПУТСТВУЮЩАЯ ПАТОЛОГИЯ ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ.....	229
Слепухова Д.В. УСОВЕРШЕНСТВОВАННЫЙ СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВТОРИЧНЫМ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗОМ.....	232
Смирнов А.Д., Юсаев Т.А. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МАРКИРОВАННЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ БОРОВ ПРИ УДАЛЕНИИ РЕТИНИРОВАННЫХ ТРЕТЬИХ МОЛЯРОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ.....	234
Сонин Д.В., Кочергин С.А. ПАТОЛОГИЯ ЗРИТЕЛЬНОГО АНАЛИЗАТОРА У ПАЦИЕНТОВ, ПРОХОДЯЩИХ ГЕМОДИАЛИЗ.....	236
Спиркина А.А., Лялина А.А. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТОВ ПРЯМОГО ПРОТИВОВИРУСНОГО ДЕЙСТВИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С.....	239
Старикова Д.В., Богачева Н.В. СПЕКТР ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ИНФЕКЦИИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ АКУШЕРСКОЙ РАНЫ ПОСЛЕ АБДОМИНАЛЬНОГО РОДОРАЗРЕШЕНИЯ.....	241

Студенцова А.В., Киршина И.А. ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОМАЛИЗУМАБА В ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ	243
– Т –	246
Тарасова О.Ю., Ершова Е.Н. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИИ СТРЕМЕНИ В РОССИИ	246
Ткаченко О.В. СЫВОРОТОЧНЫЕ КАНАЛЬЦЕВЫЕ МАРКЕРЫ ПОЧЕЧНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ У РЕЦИПИЕНТОВ ПОЧЕЧНОГО ТРАНСПЛАНТАТА.....	248
Тонких В.И., Киршина И.А. КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЕЗНИ ВИЛЛЕБРАНДА.....	250
Тремаскина П.О., Воробьева Л.Д., Глухова С.И., Коротаяева Т.В., Лиля А.М. ОЦЕНКА 6-ЛЕТНИХ РЕЗУЛЬТАТОВ СТРАТЕГИИ TREAT-TO-TARGET У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ С ПОМОЩЬЮ ОПРОСНИКА PSAID-12	252
Туровская А.А., Попов А.С., Трушина Е.Ю., Костина Е.М. ОЦЕНКА РОЛИ ЦИТОКИНОВ В ВОСПАЛЕНИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ НОСА ПРИ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ.....	254
– У –	257
Уткин Н.Н., Горбачев В.И., Нетесин Е.С., Сумин С.А., Горбачева С.М. ПРАВОПРИМЕНЕНИЕ СТАТЬИ 118 ЧАСТИ ВТОРОЙ УК РФ (ПРИЧИНЕНИЕ ТЯЖКОГО ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ ПО НЕОСТОРОЖНОСТИ, СОВЕРШЕННОЕ ВСЛЕДСТВИЕ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО ИСПОЛНЕНИЯ ЛИЦОМ СВОИХ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ОБЯЗАННОСТЕЙ) К МЕДИЦИНСКИМ РАБОТНИКАМ.....	257
– Ф –	259
Федоринов Д.С., Дикова Т.С., Лядов В.К. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ САРКОПЕНИИ В РОССИЙСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ОПУХОЛЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА	259

Федоринов Д.С., Дикова Т.С., Лядов В.К. ЧАСТОТА НОСИТЕЛЬСТВА АЛЛЕЛЬНЫХ ВАРИАНТОВ ГЕНОВ ФЕРМЕНТОВ МЕТАБОЛИЗМА ЦИТОСТАТИКОВ У ПАЦИЕНТОВ С ОПУХОЛЯМИ ЖЕЛУДОЧНО- КИШЕЧНОГО ТРАКТА.....	260
Фролов С.А., Кузьминов А.М., Вышегородцев Д.В., Майновская О.А., Трубачева Ю.Л., Фоменко О.Ю., Королик В.Ю., Богористров И.С., Батталова А.М. ЛАЗЕРНАЯ ДЕСТРУКЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ ГЕМОРРОЯ	262
Фурсова А.Д. ОСОБЕННОСТИ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ЗРЕЛОСТИ И РАННЯЯ ПОСТНАТАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ОТ БЕРЕМЕННОСТЕЙ, НАСТУПИВШИХ В РЕЗУЛЬТАТЕ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ	265
– X –	267
Хаматова А.А., Чеботарева Т.А. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКОВ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ВИЧ/ВГС КО-ИНФЕКЦИИ.....	267
Хромова А.В., Замерград М.В. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ АФФЕКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ВЕСТИБУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ.....	269
– Ц –	272
Цулеискири Б.Т., Зайцев Г.А., Пилюс Ф.Г. ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЗАВОРОТА СИГМОВИДНОЙ КИШКИ	272
– Ч –	275
Чернышов С.И., Энгельгард М.Г., Зеленьяк К.Б. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВНУТРИСУСТАВНЫХ И МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОАРТРОЗОМ КОЛЕННОГО СУСТАВА.....	275
Чехонацкий В.А., Кузнецов А.В., Древаль О.Н. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕВИЗИОННОЙ ИЗОЛИРОВАННОЙ МИКРОДИСКЭКТОМИИ И МИКРОДИСКЭКТОМИИ В СОЧЕТАНИИ С ЗАДНИМ ПОЯСНИЧНЫМ МЕЖТЕЛОВЫМ СПОНДИЛОДЕЗОМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВОВ ГРЫЖ ДИСКА ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА.....	277

Чехонацкий И.А., Лоран О.Б. ЦИСТОСТОМИЧЕСКИЙ ДРЕНАЖ КАК ПРЕДИКТОР ТЕЧЕНИЯ РАННЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПОСЛЕ ПОЗАДИЛОННОЙ АДЕНОМЭКТОМИИ ..	279
Чертова А.Д., Гогия Б.Ш., Аляутдинов Р.Р. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ СО СЛОЖНЫМИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ГРЫЖАМИ ПО МЕТОДИКЕ «SANDWICH».....	281
— Ш —.....	284
Шабаев Г.В., Хотько Е.А. АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФНОГО ВАРИАНТА ГЕНА IL-6 С ВЕРОЯТНОСТЬЮ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЁГКИХ В БЕЛОРУССКОЙ ПОПУЛЯЦИИ.....	284
Шайхутдинова Э.Ф. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТЕРАПИИ ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИНУСИТА НЕКОНТРОЛИРУЕМОГО ТЕЧЕНИЯ ПРЕПАРАТОМ ДУПИЛУМАБ.....	286
Шаповалова М.В., Замерград М.В. ВЕСТИБУЛЯРНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВАМИ РАВНОВЕСИЯ	288
Шапошникова О.А. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ КАМНЕЙ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ.....	290
Шаталова Н.А., Кочетков А.И. ОЦЕНКА АНТИХОЛИНЕРГИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК, НАХОДЯЩИХСЯ НА СТАЦИОНАРНОМ ЛЕЧЕНИИ	293
Шевчук Ю.В. ВЛИЯНИЕ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ НА РАЗВИТИЕ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ РЕАКЦИЙ ПРОТИВОВИРУСНЫХ СРЕДСТВ У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19.....	295
Шевчук Ю.В., Кирова А.Г. МИОПЕРИКАРДИТ И COVID-19. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ.....	298
Шеметов А.В., Сергеенко Г.М. ОСТРЫЕ НЕЙРОИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ Г. НОВОКУЗНЕЦКА В ПЕРИОД 2013-2017 ГГ.....	300

Шеметов А.В., Сергеенко Г.М.	
ПОЗДНЯЯ ГЕМОМРАГИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ НОВОРОЖДЕННЫХ.....	302
Шумкова П.В.	
ТЕЧЕНИЕ И ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19 ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ.....	304

**РЕЗУЛЬТАТЫ ЭЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНОСКОПИИ
У ПАЦИЕНТОВ С ЛАРИНГОФАРИНГЕАЛЬНЫМ РЕФЛЮКСОМ
БЕЗ ПИЩЕВОДНЫХ СИМПТОМОВ**

Айларов А.К., Анготоева И.Б.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва;

ФБУ ЦКБ Гражданской авиации, Москва

ООО «ПрофЛОРцентр», Москва

Актуальность: Одним из самых распространенных заболеваний в практике врача-оториноларинголога является ларингофарингеальный рефлюкс (ЛФР). Под термином ЛФР понимают воспалительное заболевание гортани и глотки, вызванное забросом содержимого желудка или двенадцатиперстной кишки через нижний пищеводный сфинктер, пищевод и верхний пищеводный сфинктер в глотку и гортань. ЛФР рассматривается в качестве одного из внепищеводных проявлений гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) и приводит к рецидивирующему течению симптомов, которые возникают в результате непосредственного действия желудочного содержимого на слизистую оболочку гортаноглотки при попадании через верхний пищеводный сфинктер. В основном пациентов беспокоят оториноларингологические симптомы, такие как осиплость, першение, ощущение кома в горле, стекания по задней стенке глотки, затруднение дыхания. В том числе встречаются кардиальные, легочные и стоматологические проявления. Существует две основные формы ГЭРБ: эрозивная и неэрозивная (НЭРБ). Все чаще в клинической практике встречаются последнюю. Пациенты предъявляют жалобы на типичные симптомы ГЭРБ без каких-либо видимых при эндоскопии поражений слизистой оболочки пищевода. Самым распространенным методом диагностики ГЭРБ считается

эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС). ЭГДС является основным методом диагностики повреждений слизистой оболочки верхних отделов пищеварительного тракта. Однако пациенты, предъявляющие жалобы только на внепищеводные симптомы, обычно не прибегают к подобным методам диагностики. Предположительно, манифестация ГЭРБ проявляется именно внепищеводными симптомами. Вероятно, пищевод при забросе желудочного содержимого страдает самым последним, так как в нем, в отличие от остальных органов, присутствует механизмы защиты от желудочного содержимого.

Цель исследования: сравнить результаты ЭГДС с результатами анкеты “Индекс симптомов рефлюкса” (ИСР) у пациентов без пищеводных симптомов ГЭРБ.

Материалы и методы: нами было проведено амбулаторное проспективное исследование на базе ЛОР-отделения ФБУ ЦКБ Гражданской авиации, Москва и клиники «ПрофЛОРцентр», Москва, включающее 276 пациентов (184 женщины и 92 мужчины) с ЛФР, которые имели жалобы только на внепищеводные проявления ГЭРБ. Пациентам было проведено анкетирование по опроснику “Индекс симптомов рефлюкса” (ИСР), сбор анамнеза жизни, осмотр ЛОР органов. Результаты ЭГДС были получены у 188 человек.

Результаты: несмотря на отсутствие у пациентов пищеводных проявлений ЛФР (изжога, отрыжка, дискомфорт за грудиной), у 162 пациентов было обнаружено наличие Хронического гастрита. Данные пациенты в основном активно предъявляли жалобы на осиплость (92%), першение (89%), постназальный затек (87%), а также ком в горле (81%). Чуть реже встречались такие симптомы как затруднение дыхания (64%), приступы кашля (60%), кашель после еды (41%), дисфагия (40%). Если Хронический гастрит по результатам ЭГДС был установлен у абсолютного большинства пациентов, то явления дуоденита были обнаружены у 46 из них (24%),

эзофагит у 39 (21%), недостаточность кардии у 34 (18%), грыжа пищеводного отверстия диафрагмы у 16 (9%). Отдельно стоит сказать о результатах выявления гастроэзофагеального и дуоденогастрального рефлюкса – данные признаки были диагностированы у 40 (21%) и 31 (16%) пациентов соответственно. Эрозии были обнаружены лишь у 24 человек (13%), что позволяет сделать вывод о подавляющей распространенности неэрозивной формы заболевания в данном исследовании.

Выводы: судя по данному исследованию, пациенты с симптомами ЛФР без пищеводных проявлений в 13% случаев имеют эрозивный эзофагит. 87% пациентов имеют другие заболевания ЖКТ, либо симптомы связаны с нарушением пищевого поведения. Основываясь на заключениях врачей-эндоскопистов, можно констатировать факт наличия хронического гастрита у подавляющего большинства пациентов.

МИНИИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ: ОТ ФУНДАМЕНТАЛЬНЫХ ОСНОВ К ПРАКТИЧЕСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ

Аладин М.Н.

ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ (Боткинская больница), Москва

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва

Введение. В последние годы отмечается неуклонный устойчивый рост заболеваемости эхинококкозом печени особенно в крупных мегаполисах. Активное развитие хирургических технологий обуславливает возможность применения современных миниинвазивных способов хирургического лечения у больных с эхинококковым поражением печени.

Цель работы. Улучшить результаты лечения пациентов с эхинококкозом печени благодаря применению методов физического воздействия на

эхинококковые кисты.

Материал и методы. После проведения тщательного клинимоρφологического обоснования самой возможности проведения подобных процедур, в хирургической клинике Боткинской больницы проведено 9 процедур сверхвысокочастотной и 3 радиочастотной аблации кист у больных с эхинококкозом печени. Проведен сравнительный анализ результатов лечения пациентов с эхинококковым поражением печени (12 больных, которым применена методика PAIR и 12 пациентов после применения методов локального воздействия).

Результаты. Количество осложнений по Clavien-Dindo в группе пациентов, которым проведена методика PAIR, составило 8, РЧА- 3, СВЧ- 3. Послеоперационный койко-день после PAIR составил 6,46 против 4,7 и 4 в группах больных, перенесших РЧ и СВЧ аблацию соответственно. Рецидивы в течение первого года после PAIR составили 25%. У пациентов, перенесших применение методик локального физического воздействия на эхинококковые кисты, за указанный временной период рецидивов паразитарного процесса в печени отмечено не было. Экономическая эффективность предлагаемого способа хирургического лечения обусловлена снижением прямых издержек в виде уменьшения койко-дня, снижения количества послеоперационных осложнений.

Выводы. Представленное клинимоρφологическое обоснование и первый опыт применения методик локального физического воздействия на эхинококковые кисты, а также сравнительный анализ с известным малоинвазивным методом лечения в объеме PAIR, продемонстрировал их безопасность для пациента и эффективность в отношении гидатидного процесса.

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГЕМОБЛАСТОЗАМИ,
ПОСЛЕ АУТОЛОГИЧНОЙ И АЛЛОГЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ
ГЕМОПОЭТИЧЕСКИХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК ПО ДАННЫМ
ГБУЗ ОРДЕНА «ЗНАК ПОЧЕТА»**

ИРКУТСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА

Алексеев Д.И., Сараева Н.О.

ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России, Иркутск

Цель: оценить результаты аутологичной и аллогенной трансплантации гемопоэтических стволовых клеток (ауто/алло-ТГСК) у пациентов с гемобластомами по данным гематологического отделения ГБУЗ ордена «Знак почета» Иркутская областная клиническая больница (ГБУЗ ИОКБ).

Введение: в настоящее время выполнение ТГСК является одним из основных этапов лечения у пациентов с различными гемобластомами, что позволяет изменить исход заболевания, увеличить общую выживаемость (ОВ) и безрецидивную выживаемость (БРВ).

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ данных пациентов с диагнозом ММ, которым одним из этапов лечения выполнялась ауто-ТГСК. В период 2006-2021 гг. было выполнено 93 ауто-ТГСК: 75 на базе гематологического отделения ГБУЗ ИОКБ, 18-на базе других клиник. Мужчины-40 (43%), женщины –53 (57%). Медиана возраста составила 55,5 лет (36-73). Также проведен ретроспективный анализ данных пациентов с диагнозом ОЛ, которым одним из этапов лечения выполнялась алло-ТГСК. В регистре представлено 30 пациентов, которым в период 2013-2021 гг. была проведена аллоТГСК: 4 -на базе гематологического отделения ГБУЗ ИОКБ, 26 - на базе других трансплантационных центров. Мужчины – 17 (57%), женщины – 13 (43%). Медиана возраста составляет 36,8 лет (18-68).

Результаты и обсуждения: У пациентов с ММ после проведения индукционной терапии перед аутоТГСК был достигнут ответ в 82%: полная ремиссия (ПР) – 23 (25%), очень хорошая частичная ремиссия (ОХЧР) – 17

(19%), частичная ремиссия (ЧР) – 35 (39%); нет ответа у 1 (1%) и стабилизация – 15 (16%). После проведения ауто-ТГСК ответ был достигнут в 94%: ПР – 35 (45%), ОХЧР – 20 (25%), ЧР -19 (24%); прогрессия – 2 (2,5%), стабилизация – 1 (1%), летальный исход – 2 (2,5%). В оценке отдаленных результатов аутоТГСК при ММ проводится анализ данных 83 пациентов. Для достоверной оценки результатов эффективности из исследования исключено 10 пациентов - пациенты, которые у гематолога не наблюдались. В зависимости от продолжительности ответа после ауто-ТГСК пациенты распределились следующим образом: <1 года – 8 человек (10%), 1-3 года – 35 человек (42%), 3-5 лет 20 человек (24%) и 5 и более лет – 18 человек (22%); у 2-х пациентов (2%) летальный исход. У 59% сохраняется ответ: ПР – 34 (41%), ОХЧР – 12 (14%), ЧР – 4 (5%); прогрессия -25 (30%), летальный исход – 8 (10%). Ответ на терапию в зависимости от времени, прошедшему с момента ауто-ТГСК: через 1 год после ауто-ТГСК: ПР - 35, ОХЧР - 8, ЧР – 4, стабилизация - 3, прогрессия – 10 (из них 2 с летальным исходом); через 3 года после ауто-ТГСК: ПР - 15, ОХЧР - 1, прогрессия – 14; через 5 и более лет после ауто-ТГСК: ПР- 2, прогрессия – 9 (из них 2 летальных исхода). ОВ у пациентов с ММ составляет – 41,4 мес, БРВ – 31,9 мес. Для оценки эффективности проведения алло-ТГСК у пациентов с ОЛ 5 пациентов были исключены, т.к. после проведения ТГСК не наблюдались у гематолога в Иркутске. Перед проведением алло-ТГСК у 28 пациентов сохранялась ремиссия заболевания, у 2 – рецидив. После проведения трансплантации у 19 (76%) пациентов достигнута ремиссия, прогрессия у 3 (12%), летальный исход у 3 (12%). По времени, прошедшему с момента алло-ТГСК: <1 года – 4 (16%), 1-3 года – 10 человек (40%), 3-5 лет 3 человека (12%) и 5 и более лет – 2 человека (8%); 6 пациентов (24%) летальный исход (в течение 1-го года после алло-ТГСК от осложнений при трансплантации или на фоне прогрессии). У 16 пациентов (64%) сохраняется ремиссия основного заболевания (<1 года - 3, 1-3 года - 8, 3-5 лет - 4,> 5 лет – 1), у 9 (36%) – летальный исход: 8 человек на фоне прогрессии основного

заболевания (у 7 после трансплантации прошло менее 1 года, у 1 – 2 года), 1 человек на фоне новой коронавирусной инфекции в период ремиссии. ОВ составляет 43,3 мес, БРВ – 27,6 мес.

Заключение: Таким образом, анализируя данные пациентов с ММ и ОЛ, которым была проведена ТГСК на базе ГБУЗ ИОКБ, можно сделать вывод, что полученные данные по ОВ и БРВ не сопоставимы с данными крупнейших трансплантационных центров России, что связано с небольшим количеством выполненных трансплантаций и коротким периодом наблюдения за пациентами после проведения ТГСК.

ВЫБОР ВАРИАНТА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИСТИННЫХ АНЕВРИЗМ СЕЛЕЗНОЧНОЙ АРТЕРИИ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

Алиева Ф.Ф.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России,

ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина (Боткинская больница), Москва

Актуальность. Истинная аневризма селезеночной артерии является одной из самых распространенных среди аневризм сосудов паренхиматозных органов. Из-за редкости данной патологии, в литературе до настоящего момента отсутствует консенсус относительно показаний хирургического лечения, что и послужило поводом для проведения данного исследования.

Материалы и методы. В хирургической клинике Боткинской больницы за пятилетний период (с 2017 по 2021 гг.) по поводу истинных аневризм селезеночной артерии было пролечено 27 пациентов: 25 (92,6%) из них были женщины, в возрасте от 35 до 60 лет ($30 \pm 4,3$ года) и двое (7,4%) мужчин, 49 и 54 лет. У всех пациентов истинная аневризма СА была выявлена случайно при проведении ультразвукового исследования брюшной полости

либо нативной компьютерной томографии органов грудной клетки. Больные в исследовании были разделены на две группы: ретроспективную составили больные, которым выполнена лапароскопическая спленэктомия с удалением аневризмы СА выполнена в 4 случаях (14,8%) либо эндоваскулярное вмешательство (у пяти (18,5%) больных). Проспективная группа была представлена пациентами, которым было выполнено лапароскопическое клипирование участка селезеночной артерии и ее ветвей с аневризмой (18 (66,7%) случаях). В работе оценены непосредственные (длительность послеоперационного койко-дня, количество и тяжесть осложнений по классификации Clavien-Dindo и ISGPS 2016) и отдаленные результаты хирургических вмешательств (рецидив/реканализация аневризмы).

Результаты и обсуждение. При сравнении непосредственных результатов хирургического лечения, лапароскопическое клипирование ветвей аневризмы селезеночной артерии сопровождалось меньшим количеством общих и специфических послеоперационных осложнений. В то время как при лапароскопической спленэктомии специфические осложнения наблюдались у двух больных (BL по классификации ISGPS 2016), а при эндоваскулярном вмешательстве был зафиксирован один случай острого панкреатита легкой степени тяжести. При анализе отдаленных результатов в подгруппе пациентов после эндоваскулярного вмешательства был зафиксирован случай частичной реканализации аневризмы. При оценке показаний к выбору варианта перекрытия кровотока по аневризме СА нами были выявлены следующие закономерности: у 7 (26%) пациентов аневризма располагалась в проксимальных отделах, в 9 (33,3%)- в средней трети, в 11 (40,7%)- в дистальных отделах. При этом, если в ретроспективной группе выбор варианта устранения кровотока по СА определялся именно расположением аневризмы, то в проспективной группе таких закономерностей выявлено не было.

Заключение. Персонализированное хирургическое лечение аневризм

селезеночной артерии требует дифференцированного подхода, который основывается не только на топографо-анатомической оценке расположения аневризмы относительно артериального сосуда, но и на возможности применения всех современных интервенционных и видеоэндоскопических технологий.

ПРОБЛЕМЫ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ВРАЧЕЙ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПО ПРОБЛЕМЕ КОМОРБИДНОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ И ГОЛОВНОЙ БОЛИ НАПРЯЖЕНИЯ

Алябьева П.В., Петрова М.М., Шнайдер Н.А.

ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России,
Красноярск;

ФГБУ НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург

Актуальность: Врачи и ученые обеспокоены высокой частотой взаимоотношающихся коморбидных состояний в терапии и неврологии (синдромов перекреста или взаимного отягощения), которые в последние годы обозначают как фенотипы. К одному из наиболее распространенных фенотипов, с которым сталкиваются врачи первичного звена здравоохранения в реальной клинической практике, является фенотип "артериальная гипертония и головная боль напряжения" (АГ + ГБН). Однако, в образовательные стандарты непрерывного медицинского образования терапевтов и врачей общей практики не входит раздел первичных головных болей.

Цель исследования: анализ уровня знаний о проблеме ГБН и фенотипе "АГ+ГБН" у практикующих врачей первичного звена здравоохранения и определение существующих проблем последипломного образования.

Материалы и методы: настоящее исследование одобрено ЛЭК КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого и проведено на кафедре поликлинической терапии и семейной медицины с курсом последипломного образования в рамках договора о научном сотрудничестве между ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России (Красноярск) и НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева (Санкт-Петербург) в период с декабря 2021 г. по февраль 2022 г. Для реализации цели исследования была разработана авторская анкета. Опрос был распространен через сеть интернет, с использованием платформы Google. Участие в исследовании обезличенным. Участники не получали вознаграждения. Проведение исследования поддержано внутривузовским грантом для молодых ученых ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России.

Результаты: в исследовании приняли участие врачи общей практики, терапевты, кардиологи, неврологи различных регионов России (Красноярск и Красноярский край, Москва и Московская область, Санкт-Петербург и Ленинградская область, Якутск и Республика Саха (Якутия), Томск и Томская область, Новосибирск и Новосибирская область, Кемерово и Кемеровская область). Всего в исследовании приняло участие 64 врача, из них 58% - терапевтического профиля, 42% - неврологического профиля. Проведенный анализ анкет показал, что более 70% врачей терапевтического профиля и более 25% врачей неврологического профиля имеют системные проблемы знаний и умений (личный опыт) по диагностике, диспансерному наблюдению, оценке модифицируемых и немодифицируемых факторов риска развития как ГБН, так и фенотипа "АГ + ГБН". Кроме того, врачи терапевтического профиля недостаточно ориентируются в критериях Международной классификации головных болей III пересмотра (2018 г.) и современных подходах к медикаментозной и немедикаментозной терапии, а также профилактики, ГБН и фенотипа "АГ +ГБН" среди обслуживаемого населения. Также выявлены проблемы в совместном назначении лекарственных средств для лечения ГБН

у пациентов с АГ.

Выводы: исследование продемонстрировало существующие системные ошибки у врачей первичного звена здравоохранения по ведению пациентов с ГБН и фенотипом "АГ + ГБН". На основании анализа мнения участников исследования сформулированы пути решения проблемы последипломного образования врачей терапевтического профиля в области этой коморбидной патологии (синдрома взаимного отягощения).

ОЦЕНКА ДОСТУПНОСТИ ПЛАТНОЙ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Андреева К.Д., Кузнецова М.А.

ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, Санкт-Петербург

Актуальность исследования: по данным ВОЗ во всем мире около 2,2 млрд человек страдают нарушением ближнего и дальнего зрения. Заболеваемость болезнями глаза и его придаточного аппарата в России в 2020 году составила 23,9 на 1000 населения. По данным Росгосстата впервые выявленные болезни глаза и его придаточного аппарата составляют более 3% от впервые выявленных заболеваний основного класса. В процессе исследования мы выяснили, что в Ставропольском крае нехватка офтальмологов в бесплатных медицинских учреждениях, поэтому важно оценить степень доступности платной офтальмологической помощи. В 2020 году в Ставропольском крае обеспеченность врачами офтальмологами составила 0,66 на 10 000 населения.

Цель исследования: оценить доступность оказан офтальмологической помощи пациентам частной клиники.

Материалы и методы: разработаны анкеты для оценки доступности офтальмологической помощи. Анкета содержит паспортную часть (пол, место

проживания, социальный статус) и содержательную часть (вопросы для оценки доступности оказания офтальмологической помощи). Опрос проведен среди пациентов федеральной сети офтальмологических клиник, оказывающих платные медицинские услуги. Всего проанализировано 70 анкет. Формирование базы данных и обработка результатов производилась с помощью Microsoft Excel.

Результаты: Средний возраст пациентов 46 лет. Из всех пациентов 70% составляют женщины. Среди респондентов 21% государственных служащих, 20% служащих негосударственных учреждений, 16% неработающие, 7% работающие пенсионеры, 26% неработающие пенсионеры, 10% учащиеся. Из всех пациентов впервые обратились в клинику 54,3%. Наиболее частой причиной обращения в клинику является снижение зрения (82,9%). Для большинства респондентов стоимость услуг платной клиники была приемлемой (68,6%) несмотря на то, что в 73% случаев стоимость услуг превышала величину прожиточного минимума в регионе. Положительным моментом 95,7% респондентов отмечали транспортную доступность клиники, включая временные затраты на дорогу.

Выводы: проведенное исследование показало высокую оценку транспортной и стоимостной доступности платных офтальмологических услуг.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНГИБИТОРА ЯНУС-КИНАЗ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИНФЕКЦИОННОЙ АЛЛЕРГИИ У БОЛЬНЫХ ДЕРМАТОМИКОЗАМИ

Артамонова К.В., Гладько О.В., Волчек И.А., Теряев А.С., Скворцов С.В.

ГБОУ ВПО Медицинский институт непрерывного образования, Москва,

ФГБУ ГВКГ им. Н.Н. Бурденко МО РФ, Москва,

ООО Научно-исследовательский центр иммунологии и аллергологии, Москва

Цель исследования: определение эффективности ингибиторов янус-киназ природного происхождения.

Материалы и методы. В исследовании использовали крем на основе экстракта Стоножки малой (*Centipeda minima*), который содержит Бревилилин А. Кроме того, у пациентов проводили изучение активности янус-киназы 1 с помощью наборов CloneCloud (США-Китай) и концентрацию фактора некроза опухолей альфа ($\text{TNF}\alpha$), гранулоцитарно-макрофагального колониестимулирующего фактора (GM-CSF), интерферона альфа ($\text{IFN}\alpha$), интерлейкина 2 (IL-2), интерлейкина 4 (IL-4) и интерлейкина 6 (IL-6). Анализ проведен методом цитометрических бус Bio-Plex Pro™ Human Cytokine Grp I Panel 8-plex (Bio-RAD) по протоколу производителя.

Результаты. Установлено, что использование экстракта *Centipeda minima* приводило к значительному снижению активности янус-киназы 1 (на 32,4%), и уровня цитокинов более, чем на 39-443%, что коррелировало с выраженным клиническим эффектом, проявляющемся в ингибции воспалительного процесса и исчезновении зуда.

Выводы или заключение. Таким образом, использование ингибиторов янус-киназ природного происхождения, а также чистых соединений, полученных на этой основе, в частности, Бревилилина А, является весьма перспективным в дерматологической практике.

РОЛЬ ВНУТРИПРОСВЕТНОЙ ЭНДОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЖИДКОСТНЫХ СКОПЛЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

Аскеров А.Ч.

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

Цель исследования: улучшить результаты лечения пациентов с ОП путем дифференцированного подхода использования транслюминального дренирования (ТЛД).

Материалы и методы. В исследование были включены пациенты, соответствующие следующим критериям: ОП по клинико-лабораторным данным; наличие ЖС, прилежащего к стенке желудка/двенадцатиперстной кишки; выполнение эндоскопической ультрасонографии (ЭУС); выполнение ТЛД.

Критериями исключения явились: хронический панкреатит; псевдокиста ПЖ. Для определения типа ЖС использовалась Атлантская классификация ОП (2012). В исследуемую группу вошли 63 пациента, которым было выполнено ТЛД ЖС. Всем пациентам выполняли трансабдоминальное УЗИ, при наличии ЖС для уточнения его характеристик выполняли КТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, а также ЭУС панкреатобилиарной зоны. ЭУС использовалась как метод окончательной диагностики, позволяющий определить локализацию, размеры ЖС, его форму и контуры, оценить характер содержимого, наличие или отсутствие капсулы и связи с протокой системой ПЖ, возможность внутрипросветного дренирования под ЭУС-контролем.

Показаниями к ТЛД являлись: расстояние между стенкой полого органа и ЖС не более 1 см, отсутствие на траектории пункции крупных сосудов (более 3 мм) и размеры образования более 5 см. При выявлении гомогенной гипо- и анэхогенной полости с четкими ровными контурами и аспирации серозной или серозно-геморрагической жидкости выполняли

установку пластикового стента с закругленными концами («doublepigtail»).

Показанием к установке полностью покрытого саморасширяющегося стента являлось выявление неомогенного анэхогенного ЖС с гиперэхогенными включениями (секвестры) и мутным гнойным содержимым.

Пациентам с некротическими формами после дренирования гнойной полости, в ее просвет под рентгенологическим контролем устанавливали цистоназальный дренаж диаметром 7Fr для санаций полости 0,05% водным раствором хлоргексидина в первые двое суток. Эндоскопическая секвестрэктомия выполнялась каждые 24-48 часов в зависимости от данных инструментальных и лабораторных методов исследования, а также клинической картины интоксикации.

Стент удаляли через 6 (при инкапсулированных перипанкреатических ЖС ПЖ) или 1 месяц (при других типах ЖС) после выписки больного из стационара.

Результаты. Эндоскопическое ТЛД было выполнено 63 больным. Из них ЖС, соответствующие интерстициальному отечному панкреатиту, были выявлены у 39 (62%) пациентов, которым было выполнено ТЛД с установкой пластикового стента с закругленными концами. 24 (38%) пациентам с некротическими формами ЖС выполнена установка полностью покрытого саморасширяющегося стента. Связь с протоковой системой ПЖ была выявлена у 5 (7,9%) больных. Им было выполнено панкреатикодуоденальное стентирование. Программные секвестрэктомии были выполнены 22 пациентам с некротическими формами ЖС. У 2 пациентов санации гнойной полости не проводились по причине летального исхода. Дополнительное чрескожное дренирование потребовалось 11 (45,8%) из 24 пациентов. Осложненный послеоперационный период отмечался в 4 (6,3%) наблюдениях и проявился кровотечением из зоны панкреатогенной деструкции. В 2 (3,1%) случаях это потребовало выполнения ангиографии и эндоваскулярной эмболизации а. gastroduodenalis, в 1 (1,6%) случае выполнили

эндоскопический гемостаз с помощью заполнения полости 4 мл гемостатического раствора «Гемоблок». Сочетание обоих методов применено у 1 (1,6%) пациента. Данных, свидетельствующих о рецидиве кровотечения у этих больных не отмечено. Летальный исход наступил у 4 пациентов (6,3%). У 3 (4,7%) пациентов причиной смерти явилась полиорганная недостаточность, у 1 (1,6%) - тяжелая внутрибольничная пневмония, развившаяся на 32-е сутки после дренирования.

Выводы.

1. ЭУС является не только важнейшим методом диагностики ЖС при ОП, но и позволяет определить дальнейшую тактику при их внутрипросветном дренировании.

2. Эндоскопическое внутрипросветное дренирование жидкостных зон в 45,8% случаев является окончательным миниинвазивным методом хирургического лечения крупноочагового панкреонекроза.

– Б –

ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ НА ЧАСТОТУ РАЗВИТИЯ КОМОРБИДНЫХ ИНФЕКЦИЙ У БОЛЬНЫХ СПОНДИЛОАРТРИТАМИ

Баранова М.М., Муравьева Н.В., Белов Б.С., Коротаева Т.В.

ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой, Москва

Введение. Данные о частоте и структуре коморбидных инфекций (КИ) при спондилоартритах (СПА) немногочисленны и противоречивы. Влияние проводимой терапии на частоту развития КИ изучено недостаточно.

Цель исследования. Оценить влияние терапии на частоту развития КИ у больных СПА.

Материалы и методы. Больные были разделены на 3 группы. 1 группу

составили пациенты, получавшие только нестероидные противовоспалительные препараты-НПВП (n=101), 2 - больные, получавшие базисные противовоспалительных препараты-БПВП (n=108), 3 – пациенты, получавшие БПВП и генно-инженерные биологические препараты-ГИБП (n=90). Большинство больных в 1 (n=64) и 3 (n=54) группах были мужчины, во 2 - женщины (n=55). Возраст пациентов в 1 группе составил 39.1 ± 12.0 лет, во 2 – 41.0 ± 12.1 лет, в 3 - $36,9 \pm 11.0$ лет. Анкилозирующий спондилит диагностирован у 71 пациента 1 группы, у 59 - 2 и у 58 - 3. Псориатический артрит диагностирован у 18, 38 и 30 больных, соответственно, недифференцированный СПА - у 12, 10 и 1, соответственно, во 2 и 3 группе были по одному пациенту со СПА, ассоциированным с воспалительным заболеванием кишечника. Продолжительность заболевания была наибольшей в группе пациентов, получающих ГИБП (12.9 ± 8.3 лет), в 1 и во 2 группах она составила 10.6 ± 9 и 9.9 ± 9.8 лет, соответственно. Глюкокортикоиды получали 50 больных 2 группы (продолжительность приема 27.4 ± 65.8 мес.) и 45 пациентов 3 группы (длительность приема 33.3 ± 49.8 мес). Метотрексат во 2 группе получали 90 больных, в 3–71, продолжительность приема составила 25.8 ± 41.5 мес. и 38.1 ± 48.9 мес., соответственно. Сульфасалазин во 2 группе получали 70 пациентов, в 3–57, длительность приема составила 24.2 ± 45.3 мес. и 23.8 ± 31.8 мес., соответственно. Лефлуномид во 2 группе получали 14 больных, в 3–13, продолжительность приема составила 18.1 ± 50.2 мес. и 22.0 ± 27.8 мес., соответственно. 76 пациентов получали ингибиторы ФНО- α , длительность приема составила 30.2 ± 31.2 мес., 23 - ингибиторы ИЛ-17, продолжительность приема 12.3 ± 10.7 мес., 4 - ингибиторы ИЛ12/23, длительность приема 12.7 ± 8.6 мес. Больные были опрошены врачом-исследователем с заполнением унифицированной анкеты, дополнительную информацию получали из медицинской документации.

Результаты. Лидирующее место в структуре КИ во всех трех группах занимали инфекции дыхательных путей и ЛОР-органов. При этом количество

больных, сообщивших о развитии острого назофарингита/гриппа, во всех трех группах было одинаковым: по 81% в 1 и 3 группах, 83% - во 2; количество пациентов, сообщивших о развитии других инфекций данной локализации (тонзиллиты, синуситы, отиты, пневмонии, острый бронхит) было наибольшим в группе пациентов, получающих ГИБП: 38.9%, 17.8%, 14.5%, 16.7% и 23.3%, соответственно. На втором месте по частоте были герпес-вирусные инфекции, которые преобладали среди больных 2 группы (52.8%). Третье место в 1 и 3 группах занимали микозы (22.8% и 26.7%, соответственно), во 2 группе – инфекции мочевыводящих путей (23.1%). Менее 20% пациентов в каждой из групп сообщили о развитии КИ других локализаций: глаз, половых органов, кишечника. У 6 больных был диагностирован туберкулез. Единичными случаями были представлены гепатиты В и С, инфекции костей и нервной системы, корь и краснуха (во взрослом возрасте), ВИЧ-инфекция. COVID-19 перенесли 20 человек в 1 группе, 24 - во 2, 15 - в 3.

Выводы. Лидирующее место в структуре КИ у больных СпА, получающих различную ан-тиревматическую терапию, занимают инфекции дыхательных путей и ЛОР-органов. Отмечена тенденция к увеличению количества пациентов с КИ определенных локализаций на фоне терапии БПВП и БПВП в сочетании с ГИБП. Необходимы дальнейшие исследования на больших выборках больных.

ИЗМЕНЕНИЕ ЭТИОЛОГИИ ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ: МИФ ИЛИ РЕАЛЬНОСТЬ

Барсегян В.А., Незовибатько Я.И.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва

Введение: Проблема вирусных инфекций (ВПЧ высокого онкогенного

риска, герпетической инфекции) в генезе воспалительных заболеваний органов малого таза в настоящее время представляется очень актуальной. Это связано как с активным применением антимикробных препаратов, в том числе и для лечения пациентов с COVID-19, так и со снижением иммунного статуса организма на фоне хронических вирусных инфекций.

Материалы и методы: проведено обследование и лечение 244 больных в возрасте от 18 до 75 лет, страдающих нарушением мочеиспускания и/или болями над лоном, получавших неоднократные курсы антимикробных препаратов без эффекта. Алгоритм обследования указанных пациенток включал (кроме обязательных исследований - общего анализа и посева мочи) осмотр на гинекологическом кресле с определением пробы О'Donnell, соскоб из уретры методом ПЦР на наличие вирусов в период обострения, ИФА с определением иммуноглобулинов М, G к ВПГ 1-ого и 2-ого типов, ЦМВ и ВЭБ, посев отделяемого из влагалища на флору и чувствительность к антибиотикам с обязательным определением количества лактобацилл, выполнение цистоскопии.

Результаты. Из 244 пациентов с нарушением мочеиспускания, хроническая латентная герпесвирусная инфекция выявлена у 94 больных (38,5%). Обострения герпеса 1 и /или 2 типов возникали от 2 до 4 раз в год, чаще отмечалось атипичное течение герпесвирусной инфекции, сопровождавшееся симптомами стойкого уретрита и геморрагического цистита. В 52 (48,8%) случаях посев мочи был стерилен, имела место микрогематурия, в ряде случаев наряду с лейкоцитурией. Наличие генитального герпеса имело место лишь у 10,7% женщин. Сочетанная герпесвирусная инфекция в виде микст-инфекции ВПГ 1 и 2 типов и ЦМВ имела место у 63 (59,2%) больных, в остальных случаях дополнительно выявлен ВЭБ. Нарушение биоценоза влагалища со снижением количества лактобацилл имело место у 188 (77,05%) больных. У больных с наличием герпес-вирусных инфекций нарушение биоценоза являлось вторым фактором,

усугубляющих состояние этой категории больных. Применение антимикробных препаратов приводило к увеличению роста условно-патогенной флоры, снижению количества лактобактерий, вторичной иммуносупрессии на фоне герпетической инфекции, что являлось причиной неэффективности проводимой терапии.

Заключение. Меняется этиология инфекций мочевых путей и симптомы стойкой дизурии могут быть обусловлены вирусными инфекциями (ВПЧ высокого онкогенного риска, ВПГ 1-го и 2-го типов, ЦМВ, ВЭБ). Необходимо проводить тщательное обследование на выявление вирусной составляющей как этиологического фактора развития нарушений мочеиспускания. Применение противовирусной терапии оказывает стойкий клинический эффект, значительно улучшает качество жизни пациенток.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ РАНИХ ПОЧЕЧНЫХ МАРКЕРОВ НА РИСК РАЗВИТИЯ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ НЕКЛАПАННОЙ ЭТИОЛОГИИ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

Батюкина С.В., Кочетков А.И.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва

Введение: Одной из самых важных проблем остается риск развития кровотечений и его прогнозирование у пациентов с ФП на фоне приема антикоагулянтов. Так же нам известно, что частота кровотечений зависит от стадии ХБП она возрастает с увеличением стадии ХБП. На сегодняшний день обнаружены новые ранние маркеры повреждения почечных клубочков (нефрин) и канальцевого аппарата почек (липокалин, ассоциированный с желатиназой нейтрофилов (neutrophil gelatinase-associated lipocalin, NGAL), молекула первого типа почечного повреждения (kidney injury molecule-1, KIM-1). Однако значимость этих маркеров как факторов риска развития

кровотечений при сочетании ФП и ХБП неизвестна.

Цель: Оценить влияние маркеров почечного повреждения и уровня альбуминурии на появление геморрагических осложнений при приеме аписабана у пациентов с ФП и ХБП 3 и 4 стадий.

Задачи: 1) Исследовать уровень маркеров подоцитарного повреждения (микроальбуминурия, нефрин) и маркеров тубулоинтерстициального повреждения почечной ткани (NGAL, KIM 1, уровень альбуминурии) у пациентов с ФП и ХБП 3 и 4 стадий. 2) Ретроспективная оценка кровотечений (за весь период приема аписабана, но не более 12 месяцев) у пациентов с ФП и ХБП 3 и 4 стадий.

Материалы и методы: Нами были обследовано 83 пациента страдающих ФП в сочетании с ХБП и проходивших стационарное лечение в терапевтическом отделении многопрофильного стационара. Пациенты были поделены на 3 группы. В первую группу включены пациенты, имеющие ФП и ХБП 3А (37 пациентов из них женщин -24, мужчин - 13), во вторую – пациенты с ФП и ХБП 3Б стадии (46 пациентов из них женщин -20, мужчин - 7) в третью группу включены пациенты, имеющие ФП и ХБП 4. Средний возраст в первой группе составлял 82 [74,5;87,5] во второй 84 [75;92] в третьей 86 [82;92]. У данных пациентов проводилась оценка геморрагических осложнений (за весь период приема аписабана, но не более 12 месяцев), определены специфические лабораторные биомаркеры повреждения почечной ткани в моче и уровень альбуминурии.

Результаты: При исследовании кровотечений в анамнезе (в том числе носовые кровотечения, синяки, кровотечения из полости рта) статистической значимости выявить не удалось. В группе с ХБП С3А обнаружено 19 пациентов (51,3%), имеющих в анамнезе кровотечения, в группе с ХБП С3Б – 16 пациентов (59,2%), в группе с ХБП С4- 6 пациентов (31,6%). Уровень нефрина (Human Nephryn ELISA Kit, нг/мл) в среднем составил: в группе с ХБП С3А-1,23 [1,075;1,545], с С3Б - 1,19 [0,74;1,38], с ХБП С4 - 1,13[0,58;2,03].

Уровень NGAL (NGAL Human Lipocalin-2/NGAL ELISA, нг/мл) в среднем составил: в группе с ХБП С3А-3,19 [0,3;9,55], с С3Б - 0,3 [0,3;7,87], с ХБП С4 - 3,81[0,3;10,06]. Уровень KIM 1 (Human Urinary TIM-1/KIM-1, нг/мл) в среднем составил: в группе с ХБП С3А-0,39 [0,215;0,605], с С3Б - 0,31 [0,08;0,64], с ХБП С4 - 0,43[0,23;1,03]. При сравнении в группах ранних почечных маркеров статистической значимости выявить не удалось. Уровень микроальбуминурии (в среднем у пациента) в группе с ХБП С3А составил 9,028 [4,28;44,068], в группе с ХБП С3Б 19,51 [6,57;60,966], а в группе с ХБП С4 37,62 [13,91;76,77]. При данном сравнении обнаружено что группа ХБП С4 имеет более высокий уровень микроальбуминурии ($p=0,023$). Также статистическая значимость обнаружена при сравнении общего количества пациентов с микроальбуминурией ($> 30,000$ мкг/мг) у пациентов с ХБП С3А и ХБП С4 (7 (18,92%) и 11(57,9%) пациентов соответственно, $p=0,003$.) В группе с ХБП С3Б было обнаружено 11 пациентов (40,7%) с микроальбуминурией ($> 30,000$ мкг/мг) и при сравнении с другими группами различий не обнаружено.

Выводы: по мере прогрессирования ХБП у пациентов с ФП, получающих аписабан, наблюдается увеличение выраженности микроальбуминурии (маркер поражения клубочка), а также тенденция к увеличению уровня экскреции с мочой маркеров канальцевого повреждения нефрона, что свидетельствуют о комплексном поражении почек у данной категории пациентов. Необходимо продолжение исследования данной проблемы с точки зрения взаимосвязи подобного повреждения почек с риском развития кровотечений.

**ОЦЕНКА ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ С ПОМОЩЬЮ КРИТЕРИЕВ
STOPP/START У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕ 65 ЛЕТ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ
ПРЕДСЕРДИЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК
В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ
МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА**

Батюкина С.В., Кочетков А.И.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва

Введение: В настоящее время растет число нежелательных реакций (НР) у пациентов пожилого и старческого возраста из-за наличия множества хронических заболеваний и, как следствия, большого количества одновременно назначенных лекарственных средств (ЛС). На сегодняшний день проблема НР у пожилых людей для общественного здравоохранения является ключевой, что диктует необходимость применения специальных критериев для предотвращения или уменьшения числа НР. Одними из таких инструментов для людей старше 65 лет являются критерии STOPP/START.

Цель: Целью исследования является оценка назначенных ЛС у пациентов старше 65 лет с фибрилляцией предсердий (ФП) и хронической болезнью почек (ХБП) 3 и 4 стадий на соответствие критериям STOPP/START.

Задачи: 1) Проанализировать ЛС в листах назначений пациентов старше 65 лет с ФП и ХБП на предмет соответствия критериям STOPP/START. 2) Описать и ранжировать по частоте структуру выявленных назначений, соответствующих критериям STOPP/START, в зависимости от стадии ХБП.

Материалы и методы: Нами был произведен анализ лекарственных назначений с помощью STOPP/START критериев у 180 пациентов в возрасте 65 лет и старше с ФП и ХБП, проходивших стационарное лечение в терапевтическом отделении многопрофильного стационара г. Москвы. Пациенты были разделены на 2 группы. В 1 группу включены пациенты, имеющие ФП и ХБП 3А (n=98, из них женщин - 80, мужчин - 18; средний возраст - 88 [82;90] лет), во 2 группу – пациенты с ФП и ХБП 3Б и 4 стадии (82

пациентов из них женщин -70, мужчин - 12; средний возраст - 88 [85;91] лет).

Результаты: Из STOPP критериев чаще всего выявлялись: назначение ЛС с антихолинергической активностью при хроническом запоре (54% и 44% в группах 1 и 2, соответственно); STOPP-критерий «ЛС с антихолинергической активностью при хронической глаукоме» (9,3% и 14,6% в группах 1 и 2, соответственно); STOPP-критерий «Ацетилсалициловая кислота у пациентов с язвенной болезнью в анамнезе, кроме случаев совместного назначения с блокатором H₂-гистаминовых рецепторов или ингибитором протонной помпы (риск кровотечения)» (3,1% и 13,3% в группах 1 и 2, соответственно); назначение препаратов сульфонилмочевины длительного действия (глибенкламид, хлорпропамид, глимепирид) при сахарном диабете 2 типа, (9,3% и 1,3% в группах 1 и 2, соответственно). Статистические различия между 1 и 2 группам обнаружены в частоте выявления двух STOPP-критериев: «ЛС с антихолинергической активностью при хроническом простатите» (0 в 1 группе и 5,3% во 2 группе, $p=0,041$) и «Ацетилсалициловая кислота у пациентов с язвенной болезнью в анамнезе, кроме случаев совместного назначения с блокатором H₂-гистаминовых рецепторов или ингибитором протонной помпы (риск кровотечения)» (3,1% и 13,3% в группах 1 и 2, соответственно, $p=0,016$). Из START критериев наиболее часто определялись: отсутствие назначений сатинов пациентам, имеющим в анамнезе коронарные, церебральные или периферические сосудистые заболевания (в 36,6% и 32% в группах 1 и 2, соответственно); отсутствие назначения антикоагулянтов при ФП (16,5% и 13,7% в группах 1 и 2, соответственно). отсутствие назначения клопидогреля при наличие в анамнезе инсульта и/или атеросклероза периферических артерий (12,9% и 9,5% в группах 1 и 2, соответственно); отсутствие назначения β -адреноблокаторов при стабильной стенокардии (9,6% и 8,7% в группах 1 и 2, соответственно); отсутствие назначений препаратов, предотвращающих резорбцию костной ткани у пациентов с остеопорозом и переломами из-за

хрупкости костей в анамнезе (6,4% и 4,6% в группах 1 и 2, соответственно), и практически столько же пациентов (6,4% и 5% в 1 и 2 группах, соответственно) не получали кальций и витамин D при наличии данной патологии. Статистически значимые различия между группами отмечены для единственного критерия «Витамин D у пожилых пациентов (выходящих из дома) с остеопенией или падениями в анамнезе» (3,6% и 7% в группах 1 и 2, соответственно, $p=0,047$).

Выводы: Пациентам с ФП и ХБП в возрасте 65 лет и старше часто не назначались потенциально рекомендуемые препараты, необходимые для улучшения прогноза и снижения риска осложнений, с другой стороны, имело место назначение потенциально не рекомендованных препаратов, что может значительно снижать продолжительность и качество жизни пациентов старших возрастных групп.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19) У ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ

Болгова А.И., Лесина О.Н., Зыкова О.А.

ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Пенза;
ГБУЗ Пензенский областной клинический центр специализированных видов
медицинской помощи, Пенза

Коронавирусная инфекция (COVID-19) связана с тяжелым течением заболевания у 23% и летальностью, достигающей 6%. Усугубляется прогноз и течение COVID-19 наличием сопутствующей патологии, поэтому важно определить факторы риска развития тяжелого течения заболевания и смерти от COVID-19, которые позволили бы клиницистам выбирать правильные стратегии обследования и терапии.

Цель исследования: выявить зависимость между особенностями течения коронавирусной инфекции и видом коморбидной патологии.

Материалы и методы исследования. Был проведен ретроспективный и проспективный анализ 76 историй болезни пациентов с COVID-19, находившихся на стационарном лечении в ГБУЗ «ПОКЦ СВМП», Пенза.

Результаты и обсуждения. Все пациенты были разделены на 4 группы в зависимости от сопутствующих заболеваний: 1 группа (13 человек) - с бронхолегочной патологией, 2 группа (24) – с сахарным диабетом (СД), 3 группа (15) – с онкологическими заболеваниями, 4 группа (24) – с ишемической болезнью сердца (ИБС).

Средний возраст пациентов в 1 группе $69,9 \pm 7,9$ лет, во 2-й - $67 \pm 7,6$ лет, в 3-й – $70,6 \pm 6,2$ лет, в 4-й – $60,8 \pm 6,7$ лет. Распределение по полу в 1 (женщины 53,8%, мужчины - 46,1%) и 4 (женщины -45,8%, мужчины - 54,1%) группах было равномерным. Во 2 группе преобладали женщины - 83,3%, в 3-й - мужчины - 73,3%.

Пациенты 1, 2 и 3 групп чаще имели тяжелую степень тяжести - 53,8%, 45,8%, 53,3% соответственно, а в 4 группе преобладали пациенты со средней степенью тяжести –50%, с тяжелой только 29,1%. Кашель присутствовал у 92,3% в 1 группе, у 75% - во 2-й, у 73,3% - в 3-й и у 62,5% больных в 4 группе. Затрудненное дыхание отмечали при поступлении у 53,8% больных 1 группы, у 50% - 2-й, у 60% - 3-й, у 25% - 4-й группы.

При поступлении в стационар фебрильная лихорадка отмечена у 97%. Вирусная пневмония диагностирована у 96%. В 1 группе КТ1-2 имели 69,2% пациентов, КТ3 выявлено у 15,3%, КТ4 – у 7,6%. Во 2 группе КТ1-2 имели 45,8%, КТ3 - 29,2%, КТ4 -16,6% больных. В 3-й группе КТ1-2 имели 46,7% пациентов, КТ3 – 26,6%, КТ4 также 26,6%. В 4 группе КТ1-2 имели 79,2%, КТ3 - 8,3%, КТ4 - 8,3%.

В 1 группе с дыхательной недостаточностью (ДН) 1 и 2 степени было по 30,7% пациентов. Во 2 группе ДН1 диагностирована у 33,3%, ДН2 – у

16,6%, ДНЗ – у 12,5% больных. В 3 группе с ДН0 - 26,6%, с ДН1 и ДН2 по 33,3%, с ДНЗ – 6,6% пациентов. В 4 группе преобладали больные без ДН – 70,8%.

Лейкопения отмечена у 30,7% в 1 группе, у 25% во 2-й, у 13,3% - в 3-й, у 16,6% - в 4 группе. Лейкоцитоз выявлен у 69,2% пациентов 1 группы, у 33,3% - во 2-й, у 53,3% - в 3-й, у 54,1% больных в 4 группе.

Тромбоцитоз установлен у 46,1% в 1 группе и у 20% - в 3-й. Тромбоцитопения чаще встречалась во 2 группе у 45,8%, в 3-й - у 33,3%, в 4-й - у 25% больных. СОЭ была повышена у 88,1% пациентов.

Повышение С-реактивного белка (СРБ) отмечено у 100% пациентов. Среднее значение СРБ в 1 группе $90,8 \pm 69,9$ мг/л, во 2-й - $65,2 \pm 51,06$ мг/л, в 3-й - $82,2 \pm 64,06$ мг/л, в 4-й – $49,9 \pm 46,15$ мг/л. Лактатдегидрогеназа повышена у 53,8% в 1 группе, у 41,6% во 2-й, у 100% пациентов в 3-й, у 29,1% - в 4 группе. Ферритин повышен в 1 группе у 76,9%, во 2-й - у 28,1%, в 3-й - у 60%, в 4-й - у 33,3%. Выписаны с выздоровлением или улучшением - 77,6%, летальные исходы отмечались у 23% - в 1 группе, у 33,3% - во 2-й, у 6,6% - в 3-й и у 12,5% – в 4 группе.

Выводы:

1. Среди пациентов с коморбидными состояниями поражение легких КТЗ-4 чаще встречалось у больных с СД (45,8%) и онкопатологией (53,2%), что сопровождалось развитием ДН 2-3 степени у 29,2% и 39,8% соответственно;

2. Воспалительные изменения (по данным СРБ и ферритина в крови), повышение ЛДГ, тромбоцитоз, чаще встречались у пациентов с бронхолегочными и онкологическими заболеваниями, тромбоцитопения преобладала у больных с СД;

3. Несмотря на тяжелое и продолжительное течение заболевания у онкологических больных, летальность в этой группе не превышала 6,6%. 4. Наибольшее число неблагоприятных исходов выявлено в группе больных с СД

(33,3%) и бронхолегочными заболеваниями (23,3%), что определяет необходимость тщательного мониторинга и опережающего назначения патогенетической терапии у этой категории пациентов.

ПРИМЕНЕНИЕ МНОГОФУНКЦИОНАЛЬНОГО МОБИЛЬНОГО ПРИЛОЖЕНИЯ TINNITUS В ДИАГНОСТИКЕ ШУМА В УШАХ

Бондарчук Ю.М.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно,
Республика Беларусь

Цель работы. Представить и изучить применение разработанного нами многофункционального программного обеспечения Tinnitus в практической деятельности врачей-оториноларингологов, врачей-сурдологов с целью диагностики субъективного шума в ушах у пациентов.

Материалы и методы. На кафедре оториноларингологии и глазных болезней учреждения образования «Гродненский государственный медицинский университет» совместно с программистами учреждения образования «Гродненский государственный университет имени Янки Купалы» в рамках заключенного договора о сотрудничестве было разработано многофункциональное мобильное приложение Tinnitus, направленное на диагностику и лечение шума в ушах. После стандартного дообследования, необходимых консультаций других специалистов, которые применяются на амбулаторном и (или) стационарном этапе, далее применяем наше программное обеспечение Tinnitus, которое представлено следующими этапами диагностики: 1) шкала субъективной оценки тяжести шума в ушах с применением электронной анкеты THI (Tinnitus Handicap Inventory) с нашей адаптированной русской версией, состоящей из 25 вопросов с выдачей результатов; 2) оценка уровня шума в ушах с применением психоакустической

шумометрии. Все результаты прохождения тестирования сохраняются на смартфоне и могут быть высланы по электронной почте в формате таблицы Excel. Статистическая обработка результатов выполнена с использованием программного обеспечения STATISTICA for Windows, версия 10,0 (StatSoft, Inc.), достоверность показателей и различий рассматриваемых выборок производилась при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты. Нами было обследовано 146 пациентов в УЗ «Гродненская университетская клиника» с диагнозом: H93.1 Шум в ушах (субъективный) и различными степенями снижения слуха (от нормы до тяжелой), с различной сопутствующей патологией в возрастной категории от 18 до 79 лет. Пациенты распределились следующим образом: 76 женщин – 52,1%, 70 мужчин – 47,9% страдающих шумом в ушах. В начале нашего исследования все пациенты по анкете THI набрали 18 баллов и выше. Результаты распределились следующим образом: от 18 до 36 – легкое отклонение (класс 2) – 54 (37,0%) пациента, от 38 до 56 – умеренное отклонение (класс 3) – 38 (26,0%) пациентов, от 58 до 76 – тяжелое отклонение (класс 4) – 12 (8,2%) пациентов, от 78 до 100 – критическое отклонение (класс 5) – 42 (28,8%) пациента.

Выводы. Применение многофункционального мобильного приложения Tinnitus для диагностики шума в ушах показало свою эффективность в практической деятельности врачей-оториноларингологов, врачей-сурдологов. Данным мобильным приложением с целью диагностики тиннитуса смогут воспользоваться как медицинские работники любых специальностей, так и самостоятельно пациенты, страдающие субъективным шумом в ушах. Данный метод позволит повысить выявляемость пациентов с шумом в ушах на ранних этапах и своевременно, опираясь на полученные данные подобрать индивидуальное лечение с применением программного обеспечения Tinnitus.

**ПАТОГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЛИЗИСТОЙ
ОБОЛОЧКИ ПОДВЗДОШНОЙ И ТОЛСТОЙ КИШОК ПРИ
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КИШЕЧНИКА:
ПРОМЕЖУТОЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ**

Борисенко М.Б., Галбацов Д.Ф., Кабоев Ф.Т., Деев Р.В.

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

Актуальность. Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК): болезнь Крона (БК) и язвенный колит (ЯК) занимают одно из основных мест в структуре заболеваний желудочно-кишечного тракта. Для ВЗК характерны тяжелое течение, высокий риск осложнений и значимая летальность.

Частота развития варьирует от 8-14 случаев до 120-200 случаев на 100 000 пациентов при ЯК, от 8-14 случаев на 100 000 до 120-200 на 100 000 пациентов при БК. Распространённость и особенности течения ВЗК обуславливают необходимость разработки критериев их морфологической дифференциальной диагностики.

Цель. Выполнить морфометрический анализ биоптатов слизистой оболочки подвздошного отдела тонкой кишки и различных отделов толстой кишки при ВЗК и без воспалительной патологии, определить сравнительную патоморфологическую характеристику полученных данных.

Материалы и методы. Материалом для исследования послужили: научная медицинская литература, материалы щипковой мультифокальной биопсии слизистой оболочки кишечника (n=210) от 30 пациентов, изготовленные и окрашенные гематоксилином и эозином патогистологические препараты.

Материал разделен следующим образом: группа НЯК (n=10), группа БК (n=10), группа без воспалительной патологии (n=10) по 7 микропрепаратов в каждом. Разработана схема оценки морфометрических изменений:

состояния цитоархитектоники крипт (деформация крипт, количество бокаловидных клеток); воспалительные изменения стромы кишечника (количество инфильтрированных лимфоцитов, плазмоцитов, нейтрофилов с подсчётом плотности инфильтрата).

Полученные результаты. Деформация крипт при ЯК: сигмовидная и прямая кишка – в 80% случаев (n=8); слепая, восходящая ободочная, поперечная ободочная кишка – в 70% случаев (n=7); нисходящая ободочная кишка – в 60% случаев (n=6); подвздошная кишка – деформация крипт отсутствует. Деформация крипт при БК: слепая кишка – в 40% случаев (n=4); восходящая ободочная, нисходящая ободочная, прямая кишка – в 20% случаев (n=2); поперечная ободочная, сигмовидная кишка – в 10% случаев (n=1); подвздошная кишка – деформация крипт отсутствует.

Установлено среднее количество бокаловидных клеток в биоптатах: подвздошной кишки при НЯК $22,7 \pm 3,9$, при БК $22,8 \pm 8,4$, без воспалительной патологии $17,6 \pm 2,2$; слепой кишки при НЯК $23,9 \pm 3,6$, при БК $25,4 \pm 2,9$, без воспалительной патологии $22,3 \pm 5,7$; восходящей ободочной кишки при НЯК $27,7 \pm 5,2$, при БК $21,2 \pm 4,0$, без воспалительной патологии $22,2 \pm 4,9$; поперечной ободочной кишки при НЯК $27,0 \pm 6,0$, при БК $23,6 \pm 5,5$, без воспалительной патологии $26,9 \pm 5,8$; нисходящей ободочной кишки при НЯК $25,7 \pm 5,2$, при БК $26,1 \pm 4,5$, без воспалительной патологии $26,0 \pm 1,3$; сигмовидной кишки при НЯК $25,1 \pm 5,8$, при БК $28,1 \pm 3,0$, без воспалительной патологии $27,6 \pm 3,9$; прямой кишки при НЯК $24,4 \pm 8,5$, при БК $29,5 \pm 3,4$, без воспалительной патологии $24,5 \pm 6,5$.

Среднее количество лимфоцитов в строме кишки в расчете на 100 и более клеток в биоптатах всех отделов: при НЯК $55,6 \pm 18,0$; при БК $52,6 \pm 20,0$; без воспалительной патологии $61,5 \pm 12,0$. Среднее количество плазмоцитов в строме кишки в расчете на 100 и более клеток в биоптатах всех отделов: при НЯК $5,4 \pm 3,3$; при БК $3,6 \pm 3,6$; без воспалительной патологии $2,6 \pm 2,0$.

Значительная инфильтрация при НЯК выявлена в биоптатах

нисходящей ободочной ($7,9 \pm 12,9$) и сигмовидной ($8,2 \pm 5,7$) кишки; при БК в биоптатах нисходящей ободочной ($6,8 \pm 11,9$) кишки. Среднее количество нейтрофилов в строме кишки в расчете на 100 клеток в биоптатах всех отделов: при НЯК $0,6 \pm 0,6$; при БК $0,3 \pm 0,3$; без воспалительной патологии $0,4 \pm 0,5$.

Плотность инфильтрата, которая включает в себя подсчет количества лимфоцитов, плазмоцитов и нейтрофилов в строме кишки, в расчете на 100 и более клеток, в биоптатах всех отделов составляет: при НЯК $84,4 \pm 29,7$; при БК $67,1 \pm 16,1$; без воспалительной патологии $41,9 \pm 29,2$.

Выводы. Деформация крипт наиболее часто встречается при НЯК, затрагивая различные отделы слизистой оболочки кишечника, но преимущественно локализуется в сигмовидной кишке. Анализ статистически значимой вероятности (p-value): отсутствие достоверных различий в количестве бокаловидных клеток при ЯК и без воспалительной патологии ($p=0,33$), при БК и без воспалительной патологии ($p=0,09$); наличие значимых различий в количестве бокаловидных клеток при ЯК и БК ($p=0,03$).

Доказано увеличение количества плазмоцитов в биоптатах слизистой оболочки подвздошной и толстой кишок с ВЗК, преимущественно в группе НЯК.

Доказан двукратный прирост плотности инфильтрата при НЯК, и полуторакратный при БК, в сравнении с группой без воспалительной патологии.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛОЗАРТАНА; ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОДХОД

Боярко А.В., Темирбулатов И.И., Сеницина И.И., Сычев Д.А.

ООО «Клиника ЛМС», Москва,

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва

Актуальность. Вариабельность ответной реакции лозартана обусловлена генетическим полиморфизмом CYP2C9, а носительство полиморфных аллелей CYP2C9*2 (rs1799853) и CYP2C9*3 (rs1057910), можно рассматривать как предиктор низкой эффективности лозартана. Изучение клинической значимости фармакогенетического тестирования по CYP2C9 для прогнозирования фармакологического ответа, может послужить основой для разработки алгоритмов персонализации фармакотерапии артериальной гипертензии (АГ).

Цель исследования. Оценить возможность прогнозирования антигипертензивного эффекта лозартана у больных АГ I-II ст. с помощью фармакогенетического тестирования по CYP2C9.

Материалы и методы. В исследование был включен 81 пациент - 46 (56,8%) мужчин и 35 (43,2%) женщин с АГ I-II ст., в возрасте от 24 до 74 лет, средний возраст составил $48,83 \pm 11,76$ года. АГ I ст. была диагностирована у 13 (16%) больных, и АГ II ст. соответственно у 68 (84%). Длительность основного заболевания составила $6,64 \pm 4,25$ года. На первом этапе проводилось суточное мониторирование артериального давления (СМАД) и определение однонуклеотидных генетических полиморфизмов CYP2C9*2 (C430T, rs1799853), CYP2C9*3 (A1075C, rs1057910) методом аллель-специфической гибридизации в формате ПЦР в реальном времени (PCR-RT).

Распределение генотипов CYP2C9 среди пациентов (n=81), было следующим: 1-ая группа - пациенты с «диким» типом CYP2C9*1/*1 -n=55 (67,9%) и 2-ая группа - гомо- и гетерозиготные носители аллельных вариантов CYP2C9*2 (rs1799853) и CYP2C9*3 (rs1057910), n=26 (32,1%), генотипы:

CYP2C9*1/*2 - n=13 (16%), CYP2C9*1/*3-n=9 (11,1%), CYP2C9*2/*2 - n=2 (2,5%) и CYP2C9*2/*3 - n=2 (2,5%).

Назначалась терапия лозартаном, при необходимости проводилась коррекция дозы. Далее проводилось определение метаболической активности изофермента цитохрома P450 CYP2C9, на основе лозартанового теста - по отношению концентрации метаболита лозартана E-3174 к концентрации лозартана в моче, методом высокоэффективной жидкостной хроматографии с тандемной масс-спектрометрии (ВЭЖХ-МС) На втором этапе – через 12 недель терапии, оценивался антигипертензивный эффект лозартана методом СМАД, а также сравнивалась средняя доза лозартана до и после лечения, между пациентами с различными генотипами CYP2C9.

Результаты. Достижение целевых значений артериального давления (АД) у носителей полиморфных аллелей CYP2C9*2 (rs1799853) и CYP2C9*3 (rs1057910) составило n=6 (13,3%) vs n=39 (86,7%) у пациентов с «диким» типом CYP2C9*1/*1; ОШ=8,13 (95% ДИ от 2.75 до 23.98; p<0,001). По данным СМАД, среднее систолическое и диастолическое АД значимо не отличалось в начале исследования.

Через 12 недель терапии лозартаном среднее систолическое и диастолическое АД было достоверно выше у носителей полиморфных аллелей 129 (125;132) vs 123 (120;126) мм.рт.ст. (p=0,001) и 81 (75;83) vs 75 (72;78) мм.рт.ст. (p=0,001) соответственно.

При сравнении средней дозы лозартана выявлено, что носительство полиморфных аллелей CYP2C9*2 (rs1799853) и CYP2C9*3 (rs1057910) («медленные» аллели), ассоциировано с увеличением шанса на повышение дозы лозартана в 7, 00 раз; ОШ = 7, 00 (95% ДИ, от 2,225 до 22,018; p=0,001), в отличии от лиц с генотипом CYP2C9*1/*1.

Выводы. Носительство полиморфных аллелей CYP2C9*2 (rs1799853) и CYP2C9*3 (rs1057910), ассоциировано с низким антигипертензивным эффектом лозартана у больных АГ I-II ст., что подтверждается

сравнительными результатами СМАД (значения максимального и среднего систолического и диастолического АД).

Фармакогенетическое тестирование по CYP2C9 позволяет прогнозировать достижение целевых значений АД при приеме лозартана, с чувствительностью – 56% и специфичностью – 87%; прогностическая ценность положительного результата составила – 77%, а отрицательного результата – 71%.

ВЛИЯНИЕ СОЧЕТАННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ И СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ МАГНИТНО- РЕЗОНАНСНОЙ ХОЛАНГИОПАНКРЕАТОГРАФИИ И ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ УЛЬТРАСОНОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ МИКРОХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

Бурдюков М.С., Амиров М.З., Коржева И.Ю.

ГБУЗ ГKB им. С.П. Боткина (Боткинская больница), Москва

ФГБОУ ДПО РМАНПО, г. Москва, Москва

Актуальность: Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) встречается с частотой до 15%, холедохолитиаз выявляется с частотой до 20%. Несмотря на существующие современные методы диагностики холедохолитиаза, сохраняется проблема выявления мелких конкрементов. Сложность диагностики мелких конкрементов приводит к тому, что многие пациенты могут иметь конкременты во внепеченочных желчных протоках, которые не выявлены после проведения трансабдоминального ультразвукового исследования, особенно при отсутствии патологических изменений в биохимическом анализе крови. Данной категории пациентов рекомендуется начинать обследование с неинвазивных методов обследования (магнитно-резонансная холангиопанкреатография (МРХПГ)). В зависимости от результатов неинвазивных исследований, определяются показания к инвазивным исследованиям (эндоскопическая ультрасонография (ЭУС)). МРХПГ имеет высокую чувствительность в диагностике холедохолитиаза. Различные зарубежные мета-анализы сообщают об общей чувствительности 93-95% и специфичности 99%. До сих пор существуют разногласия относительно оптимального метода визуализации при предоперационной оценке пациентов с конкрементом желчного протока, но МРХПГ имеет преимущества, которые включают отсутствие инвазивности, ионизирующего излучения и / или наличия контрастных сред в желчных и панкреатических протоках. Кроме того, важными приоритетами МРХПГ можно считать

возможность ее выполнения без анестезии и выявление значимых внебилиарных заболеваний протоков. ЭУС при подозрении на раннюю форму ЖКБ в последнее время стала рутинно использоваться в клинической практике, что позволило выявлять конкременты диаметром 3 мм и менее, а также одномоментно последовательно выполнять ретроградное транспапиллярное вмешательство с удалением конкрементов. Все вышеперечисленное позволяет сэкономить время на обследование и пребывание пациента в стационаре. По данным различных авторов ЭУС обладает чувствительностью 95–97% и специфичностью 100%.

Цель: улучшение результатов диагностики микрохоледохолитиаза.

Материал и методы: были проанализированы результаты диагностики в ГКБ им. С.П. Боткина пациентов с микрохоледохолитиазом. За период с 2020г по 2022г с жалобами на боли в правом подреберье и тошноту обратилось 87 пациентов в возрасте от 29 до 82 лет: мужчин – 35 (42,68%); женщин – 52 (63,42%). Всем пациентам проводилось исследование общего анализа крови, биохимического анализа крови, трансабдоминальное УЗИ, МРХПГ и ЭУС.

Результаты: При исследовании общего анализа крови значимой патологии не выявлено. По данным биохимического анализа цифры общего билирубина варьировались от 15 до 71 мкмоль/л, за счёт прямого билирубина, АЛТ от 312 до 585 Ед/л; АСТ от 234 до 449 Ед/л; щелочная фосфатаза в среднем значении составляла 450. По результатам трансабдоминального УЗИ у всех пациентов выявлены конкременты в желчном пузыре, и им был выставлен диагноз желчнокаменная болезнь. При этом значимых изменений со стороны внепеченочных желчных протоков нет. По результатам МРХПГ у 58 (66,67%) больных конкрементов выявлено не было. У 29 (33,33%) пациентов обнаружены дефекты наполнения диаметром 3-4 мм в дистальной части холедоха при дилатации самого холедоха до 10 мм. При эндоскопической ультрасонографии микрохоледохолитиаз обнаружен у 41 (47,13%) из 87 пациентов. При этом, в результате выполненной ЭУС были

выявлены причины микрохоледохолитиаза: у 8 (9,2%) пациентов был выявлен неотяжнённый (до 5мм) папиллостеноз, у 2 (2,3%) пациентов при исследовании обнаружено интрапапиллярное новообразование большого дуоденального соска. У 46 (52,87%) больных по результатам ЭУС патологии выявлено не было. Всем пациентам с подтвержденными конкрементами по результатам обследования было выполнено ретроградное транспапиллярное вмешательство с папиллосфактеротомией и экстракцией конкрементов. Летальных исходов не было.

Заключение: Из представленных данных можно сделать вывод: МРХПГ и ЭУС являются высокоинформативными методами исследования пациентов с микрохоледохолитиазом. ЭУС играет ключевую роль в диагностике конкрементов диаметром менее 4 мм в просвете внепеченочных желчных протоков, что позволяет провести своевременную диагностику и определить оптимальный объем лечебного вмешательства.

– В –

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ СОХРАНЕНИЯ ФЕРТИЛЬНОСТИ У ЖЕНЩИН С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Варданян В.А.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва

Актуальность. Поиск методов сохранения фертильности (СФ) обусловлен растущим числом онкологических заболеваний (ОЗ) среди женщин репродуктивного возраста. У пациенток с длительной ремиссией ОЗ возникает потребность деторождения, однако не всегда она может быть реализована ввиду выраженной гонадотоксичности химио- и лучевой терапии,

а также после проведения радикального хирургического лечения по поводу злокачественных новообразований (ЗНО) репродуктивных органов.

В настоящее время разработаны и используются различные методики сохранения репродуктивного материала, которые могут быть предложены женщинам, желающим сохранить фертильность перед началом лечения ОЗ. Каждый из этих методов имеет определенные показания, эффективность и ограничения.

Цель работы. Изучить возможности методов сохранения фертильности у онкологических больных.

Материалы и методы: Проведен анализ литературных источников: ESHRE Guideline Female Fertility Preservation, данные зарубежных и отечественных статей в PubMed.

Методы СФ: криоконсервация ооцитов и/или эмбрионов, криоконсервация овариальной ткани и реимплантация, *in vitro* дозревание ооцитов (IVM), полученных из ткани яичника.

Результаты и обсуждение. Основным клиническим методом сохранения репродуктивного материала является криоконсервация ооцитов и/или эмбрионов. По данным литературных источников для обеспечения реальной возможности отсроченного деторождения необходимо криоконсервировать не менее 6-8 зрелых ооцитов или 2-3 эмбрионов хорошего качества в возрасте до 35 лет.

Разработаны протоколы, позволяющие безопасно и эффективно проводить стимуляцию яичников у больных с раком I стадии любой локализации, кроме рака яичников. Особенностью этих протоколов является возможность старта гормональной стимуляции в любой день менструального цикла (Random-start протоколы), продолжительность стимуляции не более 14-16 дней, модификации, позволяющие снизить уровень половых стероидов в процессе стимуляции, а также включение ингибиторов антиэстрогенов у пациенток с люминальным типом рака молочной железы. У пациенток с

онкологическими заболеваниями при противопоказаниях к гормональной стимуляции для СФ предложена криоконсервация ткани яичника.

Этот метод является единственным разрешенным для сохранения овариального резерва у девочек в предпубертатном периоде. Однако данная методика пока остается экспериментальной и используется ограниченно. При проведении реимплантации возможна контаминация гамет пациентки атипическими клетками. Именно поэтому криоконсервация ткани яичника не должна применяться в случаях, когда имеется высокий риск метастазирования ЗНО в яичник. Также одним из ограничений метода является возраст пациентки до 35 лет, двойное оперативное вмешательство (получение и реимплантация овариальной ткани) и невозможность предсказать индивидуальную длительность функционирования аутотрансплантата.

Альтернативным методом является IVM (*in vitro maturation*) – получение незрелых фолликулов из ткани яичника и их дозревание *in vitro*. IVM позволяет избежать переноса атипических клеток, который возможен при аутотрансплантации криоконсервированной овариальной ткани. Метод IVM может быть предложен пациенткам с раком яичников, рецидивирующими пограничными опухолями яичников. Важным способом защиты яичников от гонадотоксичного действия химиотерапии также остается применение аналогов гонадотропин-рилинг-гормона (аГнРГ)

Заключение. Согласно международным рекомендациям основным клиническим методом СФ является криоконсервация ооцитов и/или эмбрионов после контролируемой овариальной стимуляции в режиме Random-start протокола перед началом лечения ОЗ.

При противопоказаниях к стимуляции яичников, альтернативными методами СФ являются криоконсервация ткани яичника, IVM, а также применение аГнРГ. Всем молодым женщинам с ОЗ рекомендована консультация репродуктолога для выбора тактики, направленной на сохранение репродуктивной функции.

ЛЕЧЕБНАЯ УЧЕБА В ПРОЛОГАЦИИ ВРАЧЕБНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ

Воробьева А.В., Якушин М.А., Васильева Т.П.

ФГБНУ Национальный НИИ общественного здоровья

им. Н.А. Семашко, Москва

Актуальность: В исследовании отражены результаты обследования врачей различных возрастных групп на предмет определения уровня и динамики профессиональных компетенций. Дано обоснование необходимости поиска эффективных решений поддержки профессиональной грамотности врачей старших возрастных групп. Предложены организационные решения данной проблемы.

Цель: определить влияние возрастного фактора на уровень профессиональных врачебных компетенций

Методы исследования: опрошены 218 врачей Москвы и Московской области. анонимный очный анкетированный опрос, в том числе, анкетные данные (возраст, пол), блок профессиональных данных (специальность, категория, стаж, врачебная нагрузка), учебный блок (ординатура, аспирантура, профессиональная переподготовка, повышение квалификации, тематическое усовершенствование, дополнительное медицинское образование), информационное обеспечение (используемые источники медицинской информации), блок оценки профессиональных компетенций, блок оценки когнитивных функций.

Результаты: Дана оценка профессиональных навыков врача молодого и среднего возраста в сравнении с коллегами позднего трудоспособного и пенсионного возраста. Выявлена тенденция к снижению уровня профессиональных компетенций и результативности назначаемого лечения относительно возрастного фактора. Выявлена тенденция увеличения доли когнитивных расстройств у врачей относительно возрастного фактора. Предложены методы, повышающие профессиональный потенциал врачей старшего трудоспособного возраста.

Помимо утвержденного Приказом 124н перечня обследования врачам Целевой группы целесообразно осуществлять периодический мониторинг когнитивных функций. В качестве тестового метода наиболее подходит шкала MMSE (краткая шкала оценки психического статуса) и (или) монреальская шкала оценки когнитивных функций. При мотивированном отказе от обследования высших корковых функций можно предложить врачу самодиагностику с помощью опросника самооценки памяти McNair и Kahn.

В настоящее время активно изучаются различные компоненты вопроса «активного долголетия». Однако применительно к медицинским работникам большинство его проблем не изучены систематическим образом, практически отсутствуют обоснованные профилактические мероприятия, равно как и мероприятия по нормализации когнитивных функций. Конечно, наряду с улучшением социально-экономического положения медицинских работников необходимо улучшить и их медицинское обеспечение в целях профилактики состояний, которые могут повлиять напрямую на качество оказываемой медицинской помощи населению. Разработка проблемы активного долголетия медицинских работников старшего трудоспособного возраста поможет сформулировать комплекс мер по продлению эффективного профессионального долголетия медицинских работников старшего трудоспособного возраста и сохранит их трудовой потенциал.

Заключение. Исходя из полученных данных в ходе исследования предлагается комплекс мер - оригинальные технологии здоровьесбережения и повышения квалификации: трансформация методического обеспечения врачебной деятельности на основе внедрения экспертных систем, снижение когнитивной нагрузки на врачей пенсионного и предпенсионного возраста путем монопрофильной переквалификации, тотальная постановка врачей с выявленными хроническими заболеваниями, начиная с 50 лет, на диспансерный учет. В качестве альтернативы рутинным формам обучения рассматривается технология «лечебной учебы», основанной на параллельном

прохождении курсантами ежегодного диспансерного обследования и лечебно-реабилитационного курса в соответствии с персональным профилем morbidity в условиях многопрофильного стационара – регионального гериатрического центра. В обязательный комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий должен входить когнитивный тренинг и стабилизация системной гемодинамики.

– Г –

ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ НЕВРОТИЧЕСКИХ ЧЕРТ ЛИЧНОСТИ

Гасиев З.С., Качмазова А.О.

ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России,

Республика Северная Осетия-Алания, г. Владикавказ

Введение: Последние десятилетия события в нашей стране привели к глобальным переменам. Постепенно изменяются главные цели в жизни, ценностные ориентиры, отношение к различным профессиям. Морально-психологическое состояние современного общества, нереализованные потребности и социальные ожидания, приводят к возникновению деструктивного мышления, раздражительности, психической усталости. Понижение уровня жизни и прочие социальные явления повышают невротизацию личности, влияющую на самочувствие, работоспособность, профессиональное здоровье и качество работы. Постоянное напряжение негативно отражается не только на состоянии нервной системы, но и организма в целом. Люди некоторых профессий контактируют со стрессовыми факторами практически постоянно. Именно к этой группе относятся медицинские работники и учителя. Профессия педагога требует от личности

постоянных резервов самообладания и саморегуляции.

Цель: Определение личностного адаптивного потенциала, нервно-психической устойчивости и других показателей, характеризующих невротизацию среди исследуемых групп.

Задачи: 1. Теоретический обзор литературы; 2. Проведение эмпирического исследования с помощью методики МЛО-АМ; 3. Выявление различий в уровнях стрессоустойчивости и адаптивности между исследуемыми экспериментальными группами; 4. Анализ и обобщение полученных результатов с помощью непараметрического U-критерия Манна-Уитни.

Материалы и методы: Исследование проводилось с декабря по февраль 2021–2022 года на базах: - ГБУЗ «РКБ» МЗ РСО-Алания :70 медицинских работников от 25–50 лет. - ФГБОУ ВО СОГМА:70 -35 студентов 1 курса и 35 студентов 4 курса педиатрического факультета от 18 до 25 лет. - МБОУ СОШ № 34 имени Г. И. Хетагурова п. Заводской: 70 учителей от 27 до 57 лет.

Для исследования использовалась методика Многоуровневого Личностного Опросника «Адаптивность» (МЛО-АМ) А. Г. Маклакова и С.В. Чермянина. Обработка осуществлялась с помощью непараметрического U-критерия Манна-Уитни.

Полученные результаты: Исследуемые группы для сравнения нами были объединены: медицинские работники с преподавателями (группа №1) и студенты - (группа №2). По методике МЛО-АМ мы характеризовали результаты в зависимости от набранного числа стенов (от 0 до 10): Нервно-психическая устойчивость, коммуникативные особенности, моральная нормативность, личностный адаптивный потенциал.

Полученные результаты по каждой шкале у респондентов 1 группы свидетельствуют о низком уровне невротизации и высоком уровне стрессоустойчивости. Уровень моральной нормативности у обеих групп

выше, чем по остальным шкалам. Несмотря на низкий уровень адаптации, правильные моральные ориентиры студентов-медиков не изменяются.

Мы провели сравнительный анализ представленных выборок, используя непараметрический U-критерий Манна-Уитни. Этот метод показал, что различия данных выборок не являются статистически значимыми.

Выводы: самый низкий уровень невротизации выявлен у преподавателей, а самый высокий у студентов медиков обеих курсов. Формирование способностей конструктивно меняться в напряженных условиях, высокая адаптивность, общительность и мобильность, могут привести к повышению стрессоустойчивости. Данная информация может быть использована для ранней диагностики, профилактики, а также успешного преодоления, психологических расстройств.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ МЕЖКУЛЬТУРНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ СОВРЕМЕННОЙ МОЛОДЕЖИ

Гасиев З.С., Качмазова А.О.

ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России,

Республика Северная Осетия-Алания, г. Владикавказ

Введение: Развитие Российской Федерации как многонационального, демократического, государства, обеспечение ее безопасности и территориальной целостности возможны только в условиях сохранения межнационального мира и согласия.

Одной из многонациональных на Кавказе является Республика Северная Осетия –Алания, имеющая богатый опыт различных форм взаимоотношений, на территории, которой сосредоточено множество этнокультурных объединений, образовавшихся в результате миграционных

процессов последних десятилетий. Вспыхнувшие во многих регионах межнациональные конфликты стали инициировать обострение национальных чувств, приводящих к возникновению и развитию этноцентрических тенденций в сознании и поведении подрастающего поколения.

Цель: изучение социально–психологических факторов, определяющих стратегии толерантного поведения в межэтническом взаимодействии.

Задачи: 1. Теоретический обзор литературы; 2. Диагностика толерантных установок на примере студентов СОГМА; 3. Изучение социальной дистанции и степени психологической близости; 4. Анализ и обобщение полученных результатов с помощью вычисления средних статистических величин и критерия ранговой корреляции Стюдента.

Материалы и методы. Эмпирическое исследование проводилось на базе ФГБОУ ВО СОГМА. В нем принимали участие 100 студентов 1 курса педиатрического и 100 студентов 4 курса лечебного факультета ФГБОУ ВО СОГМА от 17 до 24 лет. Для исследования использовались методики: I. Общая коммуникативная толерантность, предложенная В.В.Бойко, позволяющая диагностировать толерантные и интолерантные установки личности; II. Шкала социальной дистанции Э.Богардуса, показывающая степень психологической близости людей, легкости их взаимодействия.

Полученные результаты: I Общая коммуникативная толерантность В.В. Бойко. Межгрупповой сравнительный анализ выраженности показателей в исследуемых выборках выявил существенные различия относительно некоторых показателей: 1. Использование себя в качестве эталона при оценках других. 1 курс – 41%, 4 курс 23%. 2. Стремление подогнать других участников коммуникации под себя. 1 курс -48%, 4 курс 32%. 3. Неумение прощать другому ошибки. 1 курс – 50%, 4 курс 42%. II. Шкала социальной дистанции Э.Богардуса, включает следующие шкалы: Шкала социальная приемлемость отражает стремление к взаимодействию и ассимиляции с другим этносом, результаты: 1 курс – 47%, 4 курс 28%. Шкала социальная экспансивность -

определяет выраженность и направленность социальных чувств. Чем сильнее позитивные чувства людей друг к другу, тем меньше между ними социальная дистанция, тем плотнее их взаимодействие. 1 курс -42%, 4 курс – 38%. Межгрупповой сравнительный анализ выраженности показателей в исследуемых выборках выявил существенные различия на достоверно значимом уровне (для уровня значимости 0,05) относительно некоторых показателей: принятие как личных друзей и принятие как коллег по работе, имеющих ту же профессию.

При помощи таблицы критических значений критерий Стюдента сравнивались эмпирические значения с критическими.

Выводы: Толерантность является важной составляющей эффективного межэтнического взаимодействия, и необходимой основой существования этнического разнообразия.

Северо–Осетинская государственная медицинская академия – это современная многоуровневая система непрерывной подготовки специалистов высшего медицинского и фармацевтического образования, принадлежащих к разным национальным конфессиям. Актуальное направление воспитательной работы вуза подразумевает предупреждение и разрешение возникающих межэтнических противоречий через готовность к диалогу, компромиссу, равноправию. Только такой подход является основным в урегулировании возникающих социальных и межэтнических конфликтов для достижения взаимоуважения интересов всех этносов.

Результаты данного исследования являются важным диагностическим инструментарием, который можно использовать при разработке программ тренингов, направленных на повышение межкультурного взаимодействия, компетентности, и снижения напряженности в студенческой среде.

ОЦЕНКА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СТИРАЕМОСТЬЮ ЗУБОВ НА ФОНЕ ПАТОЛОГИИ ПРИКУСА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Глазкова А.В.

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России
(Сеченовский Университет), институт стоматологии им. Е.В. Боровского,
Москва

Введение. В последние годы наблюдается увеличение распространенности патологической стираемости зубов среди молодых людей до 30 лет, очевидно это связано с изменением жизни человека и его окружающей среды. Повышенная стираемость твердых тканей зубов занимает одно из первых мест по распространенности среди стоматологических заболеваний. Повышенная стираемость зубов характеризуется прогрессирующей убылью их твердых тканей, сопровождающейся целым комплексом морфологических, эстетических и функциональных нарушений. Уровень серотонина в плазме крови может предоставить достоверную информацию относительно наличия воздействия хронического стресса на организм. Рассматривается оценка психоэмоционального статуса пациентов с патологической стираемостью зубов на фоне патологии прикуса за счет определения уровня серотонина в сыворотке крови и медико-социального анкетирования.

Цель исследования: Проведение анализа уровней различной тревожности, выявление депрессивных состояний у пациентов с повышенной генерализованной стираемостью зубов на фоне патологии прикуса.

Материалы и методы. В основную группу исследования вошли 25 из 67 пациентов, с жалобами на повышенный гипертонус жевательных мышц, усталость в области жевательных мышц и эстетическая неудовлетворенность прикусом. По классификации М.Г. Бушана (1978) глубина поражений твердых тканей зуба соответствовала 1–2 степени. Возраст пациентов варьировался от

14–29 лет. Уровень серотонина в сыворотке крови оценивали методом высокоэффективной жидкостной хроматографии (HPLC) на этапе диагностики перед началом ортодонтического лечения. Так же пациенты проходили медико-социальное анкетирование, которое состояло из нескольких тестирований: шкала тревоги Спилберга, шкала депрессии Бека, торонтская шкала алекситимии.

Результаты. Результаты медико-социального анкетирования по шкале депрессии Бека - 27,0(15,0;29,0), тест реактивной и личностной тревожности (И.Д. Спилберг-Ханиной) - 37,0(29,0;45,0), торонтская шкала алекситимии - 66,0(60,0;75,0). Анализ содержания уровня серотонина пациентов показал, что концентрация была достоверно сниженной относительно референсных значений - 40,0(38,0;60,0) нг/мл. Следует отметить, что анализ показателей уровня серотонина в сыворотке крови у пациентов с генерализованной формой повышенной стираемости твердых тканей зубов второй степени на фоне гипертонуса жевательных мышц продемонстрировал возможность прогностической интерпретации лабораторного биомаркера. Уровень серотонина в сыворотке крови может выступать в качестве маркера наличия патологической стираемости зубов на фоне гипертонуса жевательных мышц и выраженности депрессивных признаков даже на начальных стадиях ее развития, когда клинических проявлений со стороны органов полости рта на диагностическом этапе обследования еще нет. Данный факт способен иметь немалое практическое значение для ранней профилактики повышенной стираемости твердых тканей зубов.

Заключение. Пациенты повышенной генерализованной стираемостью зубов имеют высокий уровень психоэмоционального напряжения и дефицит серотонина в сыворотке крови, что свидетельствует о хроническом стрессе и нервном напряжении.

Выводы: Повышенная генерализованная стираемость зубов характерна для лиц, испытывающих частое нервное перенапряжение и с

наличием тревожных расстройств, которые подтверждены на нейробиологическом уровне. Следовательно, участие смежных специалистов в лечении пациентов с патологической стираемостью зубов является неотъемлемой частью.

РОЛЬ ДООПЕРАЦИОННОЙ ДИАГНОСТИКИ В ЛЕЧЕНИИ ИНФИЛЬТРАТИВНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА

Горожанина А.А.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва

ГБУЗ ГKB им. С.П. Боткина (Боткинская больница), Москва

Введение и актуальность: сегодня инфильтративный эндометриоз (ИЭ) остается весьма актуальной проблемой в гинекологии. Традиционно значимость и информативность диагностики наружного генитального эндометриоза (НГЭ) определялась инвазивными диагностическими методами и морфологией. В настоящее время прослеживается тенденция к увеличению внимания исследователей значимости оценки клинических проявлений заболевания и определения качества жизни пациентки.

Операции по поводу ИЭ являются технически сложными задачами и обычно выполняются из малоинвазивного хирургического доступа, а «золотым стандартом» считается лапароскопическое удаление патологических очагов.

Дооперационная диагностика и показания к хирургическому лечению должны определяться комплексной оценкой с учетом МРТ органов малого таза и данным скринингового УЗИ.

Цель работы: уточнить клиническое значение неинвазивной диагностики ИЭ в комплексной оценке состояния больных, их лечения и наблюдения.

Материалы и методы: за период с 2016 по 2021 год в гинекологической клинике ГКБ им. Боткина про- и ретроспективно были проанализированы результаты дооперационного обследования и хирургического лечения 667 пациенток с НГЭ в возрасте от 22 до 49 лет (31,4). При этом жалобы на тазовые боли отмечены в 529 наблюдений (79,5%), дисменореею 489 (73,2%), диспареунию 580 (87,4%), бесплодие у 215 (32,1%), у 11 (1,6%) имели место дизурические расстройства и\или эпизоды гематурии, а 78 (11,7%) пациентов ранее оперированы в различных объемах по поводу НГЭ. Эхографию органов малого таза выполняли всем пациенткам на аппарате Voluson E8 expert. МРТ выполняли на магнитно-резонансных томографах Ingenia 1,5T и Signa EXITE HD 1,5 T. с получением T1, T2 взвешенных изображений, PDFS, диффузионно-взвешенных изображений, и T1ВИ с болюсным внутривенным контрастным усилением.

Результаты: эндометриоидные кисты яичников выявлены в 564 (84,5%) наблюдениях. «Малые формы» эндометриоза – у 44 (6,5%). ИЭ диагностирован в 59 наблюдениях (8,84%). Эндометриоидный инфильтрат чаще всего встречался в возрасте до 35 лет - 48 (82,3%), у всех пациенток с ИЭ имела место болевая симптоматика - 50 (86%). Среди пациенток с инфильтративными формами преобладали с ретроцервикальным эндометриозом – 29 (49%) и эндометриозом крестцово-маточных связок 18 (30%).

УЗИ позволило обнаружить инфильтрат и описать его топографию у 49 пациенток (83,05%), специфичность метода составила 80,5%, чувствительность – 83,2%; МРТ – в 56 наблюдениях (94,81%) специфичность – 95,1% и чувствительность – 94,6%; сочетанное применение УЗИ, МРТ, колоноскопии, а также цистоскопии при наличии дизурических явлений – в 100%. У 39 пациенток (66,1%) одновременно были выявлены эндометриоидные кисты одного или двух яичников.

Результаты неинвазивной диагностики нашли полное

морфологическое подтверждение при выполненных пациенткам эндоскопических операциях.

Выводы: Полученные данные диагностической значимости и специфичности инфильтративного эндометриоза при УЗИ органов малого таза и МРТ демонстрируют высокую корреляцию. Их комплексная оценка позволяет планировать лечение пациентов с ИЭ в рамках персонифицированного подхода.

ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА ТРОМБОЗОВ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ SARS-COV-2 СРЕДИ ЖЕНЩИН МОСКВЫ И МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ, ПРИНИМАЮЩИХ ГОРМОНАЛЬНЫЕ ОРАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ

Гуняков С.О., Строк А.Б.

ФГАОУ ВО Российский университет дружбы народов, Москва

Использование комбинированных оральных контрацептивов (КОК) является отдельным самостоятельным фактором риска развития тромбозов. В период пандемии коронавирусной инфекции дополнительные факторы риска возникновения тромбозов, такие как возраст, ожирение, употребление табака, тромбоз глубоких вен или тромбофлебит поверхностных вен в анамнезе, беременность, послеродовой период, иммобилизация, недавние операции и травмы, онкологические заболевания могут иметь решающее значение в прогрессировании заболевания и его исходе.

Цель работы: изучение дополнительных факторов риска тромбозов на фоне применения комбинированных оральных контрацептивов в условиях пандемии коронавирусной инфекции у женщин старше 18 лет, проживающих в Москве и Московской области. Задачей исследования было оценить наличие некоторых факторов риска тромбозов, таких как курение и ожирение, у

женщин старше 18 лет на фоне использования препаратов из группы КОК в 2020-2021годах; провести ретроспективный анализ информации о случаях коронавирусной инфекцией у женщин, принимающих КОК и не использующих КОК.

Материалы и методы. Для решения поставленных задач было проведено онлайн анкетирование 392 женщин в возрасте 18 лет и старше жительниц Москвы и Московской области. Для этого была создана форма анкеты-опросника в Google Forms. Исследование было проведено осенью 2021 года. Участие в анкетировании было анонимным и добровольным.

Результаты. При анализе полученных данных пероральные контрацептивы на момент проведения анкетирования принимали 56 (14,3%) женщин, 336 (85,7%) женщин не принимали КОК. Средний возраст женщин, получающих КОК составил 21 ± 2 год. Несмотря на некоторое ограничение в осуществлении амбулаторной помощи населению в период пандемии коронавирусной инфекции, 100% женщин отметили, что КОК были назначены врачом, то есть принятие решения о приеме препарата в каждом случае имело врачебную поддержку.

Более детально были изучены вопросы табакокурения и наличия нарушений обменных процессов среди женщин, которые пользовались гормональной контрацепцией.

В группе женщин, принимающих КОК было 37,5% курящих женщин (из них 4% при анкетировании сообщили о том, что неоднократно пытались бросить курить). Более года не курили 7,1% женщин. Бросили курить за последние полгода до проведения анкетирования - 21,4%. 34% женщин, принимающих КОК, сообщили, что не курят и никогда не курили.

Такие факторы риска тромбозов, как ожирение, присутствовали у 12,5% женщин среди принимающих КОК. Повышенную массу тела имели 26,8% женщин.

В группе женщин, принимающих КОК, было несколько меньше

случаев перенесенной коронавирусной инфекции в процентном соотношении за 2020-2021гг - 55% (31 из 56 женщин, принимающих КОК) против 65% (220 из 336 женщин, не принимающих КОК).

Выводы: такие факторы риска тромбозов и тромбоземболий, как курение и ожирение являются ограничивающими для использования КОК, однако, в 2020-2021гг. в период пандемии коронавирусной инфекции в реальных условиях женщины Москвы и Московской использовали КОК и при наличии перечисленных факторов риска.

Более половины опрошенных женщин к осени 2021 года перенесли коронавирусную инфекцию. При этом соотношение случаев с перенесенной коронавирусной инфекцией среди женщин на фоне применения КОК к случаям, когда женщина не болела коронавирусной инфекцией, было несколько ниже, чем без применения КОК.

– Д –

РЕКТОВАГИНАЛЬНЫЕ СВИЩИ: ВАРИАНТЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ

Дадашев И.И., Мудров А.А.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва;

ФГБУ НМИЦ колопроктологии им. А.Н. Рыжих Минздрава России, Москва

Введение: за последние 100 лет для ликвидации ректовагинальных свищей (РВС) различной этиологии предложено более 40 способов хирургических операций и их модификаций. Однако, результаты лечения этой болезни остаются неудовлетворительными - рецидив болезни отмечается у 20–70% оперированных.

Материалы и методы: с 2012 г. на кафедре колопроктологии

РМАНПО и в НМИЦ Колопроктологии им. А.Н. Рыжих разработаны и внедрены два новых способа хирургического лечения ректовагинальных свищей: 1. Ликвидация ректовагинального свища расщепленным влагалищно-прямокишечным лоскутом. С августа 2012 по сентябрь 2020 гг. предложенным методом оперирована 61 пациентка. Возраст больных колебался от 20 до 72 лет (Me=35 лет (31; 48)). Период наблюдения составил от 2 до 96 месяцев (M=42.5). Оперативное лечение РВС расщепленным влагалищно-прямокишечным лоскутом на фоне отключения пассажа кишечного содержимого по толстой кишке произведено у 24 пациенток. 2. Ликвидация ректовагинального свища инвагинационным методом. С мая 2015 по декабрь 2019 г. предложенным методом оперировано 57 пациенток. Возраст больных колебался от 20 до 73 лет (M=37.5). Период наблюдения составил от 5 до 56 месяца (M=23.2 мес.). Превентивная колостома имела у 11 пациенток.

Результаты: 1. Применение расщепленного влагалищно-прямокишечного лоскута позволило добиться ликвидации РВС у 42 (68,9%) пациенток. Статистический анализ позволил выявить два фактора риска развития рецидива заболевания после применения расщепленного влагалищно-прямокишечного лоскута – диаметр свищевого отверстия более 0,5 см и локализация свищевого отверстия в прямой кишке не выше 7мм относительно зубчатой линии. 2. Рецидив болезни отмечен у 21 (36.8%) пациентки, оперированных инвагинационным методом. Факторов, влияющих на результаты применения метода, не выявлено.

Заключение: Несмотря на общепризнанные сложности хирургической коррекции ректовагинальных свищей, верно подобранная тактика лечения, включающая предоперационную подготовку, выбор наиболее адекватного в каждом конкретном случае метода хирургического лечения, индивидуальный подход к колостомии позволяет добиться излечения у большинства пациенток.

ВЛИЯНИЕ СИНДРОМА ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА НА АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ, ЛИПИДОГРАММУ И СТРУКТУРУ КОМОРБИДНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ

Дамбаева Б.Б.

ИГМАПО – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Иркутск

Цель. Изучить влияние синдрома обструктивного апноэ сна (СОАС) на антропометрические данные, липидограмму и структуру коморбидности у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП).

Материалы и методы: проведено обследование последовательных стационарных больных, прошедших кардио-респираторный скрининг (КРС) в ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина» г. Иркутск».

В исследование включили 77 пациентов в возрасте от 27 до 65 лет с верифицированными диагнозами НАЖБП (n=34) и сочетанием НАЖБП+СОАС (n=43). Группы были сопоставимы по возрасту, полу. НАЖБП верифицировали в соответствии с клиническими рекомендациями РОПИП и РГА (2016). СОАС диагностировали на основании индекса апноэ/гипопноэ (ИАГ): для легкой степени – 5, но менее 15 в час, средней степени – 15 и более, но менее 30 в час, тяжелой – от 30 и более в час (РОС, 2018). Расчет статистически значимых различий средних в 2 группах произвели по критерию Манна-Уитни. Пороговый уровень значимости приняли равным $p \leq 0,05$.

Результаты. При анализе антропометрических данных индекс массы тела был статистически значимо выше в группе сочетания НАЖБП и СОАС, чем монопатологии ($p=0,000001$). В группе НАЖБП+СОАС в структуре коморбидности чаще выявляли артериальную гипертензию (АГ) ($p=0,000001$), нарушение толерантности к углеводам (НТУ) ($p=0,000086$) и гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь (0,012), чем в группе НАЖБП.

При сравнении показателей АД среди пациентов обеих групп,

страдающих АГ, статистически значимых различий не выявлено. При сравнении липидограммы в подгруппах со стеатозом (НАЖБП стеатоз +СОАС) и стеатогепатитом (НАЖБП стеатогепатит + СОАС) статистически значимых различий не выявлено.

Выводы. Сочетание НАЖБП и СОАС ассоциировано с более выраженными проявлениями абдоминального ожирения и высокой встречаемостью АГ, НТУ, ГЭРБ, чем НАЖБП.

ЛИХОРАДКА В РОДАХ, АССОЦИИРОВАННАЯ С ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИЕЙ

Денисова Ю.В.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва

Эпидуральная анестезия (ЭА) является наиболее распространенным из нейроаксиальных методов анальгезии родов, признанных наиболее эффективными в современном акушерстве (WHO, 2020). В последних клинических рекомендациях Федерации анестезиологов и реаниматологов и Ассоциации акушерских анестезиологов и реаниматологов подчеркивается, что ЭА может быть выполнена без учета степени раскрытия шейки матки ввиду отсутствия повышения частоты кесарева сечения и перинатальных осложнений.

Действительно, отсутствие влияния ЭА на частоту оперативного родоразрешения подтверждено в ходе ряда исследований (Clark V и соавт., 2016). Однако, тенденция к более раннему обезболиванию родов (при раскрытии маточного зева менее 3–4 см) привела к повышению частоты такого неблагоприятного осложнения, как гипертермия в родах (Zhao B и соавт., 2021).

Впервые связь повышения температуры тела матери с проведением ЭА

была отмечена более 20 лет назад, когда Fusi L в результате проспективного исследования отметил, что температура тела матери спустя 6 часов после введения анестетика возрастает на 1°C и затем повышается на 1°C каждые 7 ч (Fusi L и соавт., 1989).

Согласно новейшим данным, 383 минуты ($\approx 6,4$ ч) от постановки ЭА являются точкой отсчета начала лихорадки при данном виде обезболивания родов с чувствительностью и специфичностью 78,6% и 57,3% соответственно (Zhao B и соавт., 2021). Chai J и соавт. в ходе крупного ретроспективного исследования подтвердили, что ЭА служит независимым фактором риска лихорадки в родах (Chai J и соавт., 2020).

В связи с участвовавшими случаями развития данного осложнения на фоне ЭА в отсутствие других возможных этиологических причин в иностранной литературе был внедрен самостоятельный термин «epidural-related maternal fever», что при дословном переводе означает «лихорадка, ассоциированная с ЭА».

Существует несколько патофизиологических теорий последней, однако все большую популярность обретает теория иммуномодуляции, согласно которой в основе гипертермии лежит развитие неинфекционного воспалительного процесса, вызываемого воздействием эндогенных провоспалительных пирогенных цитокинов (IL-6, IL-8, IL- 1β и ФНО), инициируемого или потенцируемого проведением ЭА (Wohlrab P и соавт., 2020), при этом наибольшее внимание уделяется молекулярным эффектам применяемых анестетиков.

Доказано, что при ЭА уровень IL-6 возрастает не только в крови матери, но и в крови плода, при этом на фоне его повышенного уровня в головном мозге плода происходят специфические патологические изменения (Malaeb S и соавт., 2009), что делает проблему своевременного проведения ЭА наиболее актуальной.

Для подтверждения влияния ЭА на риск развития гипертермии в родах

начат ретроспективный анализ данных историй родов за период с 1 января по 31 декабря 2021 года, произошедших в родильном доме №20, филиале ГKB имени Д.Д. Плетнева (бывш. №57). В ходе исследования будут изучены 3642 истории вагинальных и оперативных (в экстренном порядке на фоне ЭА) родов.

Целью анализа является сравнительная оценка частоты повышения температуры матери в родах с/без ЭА и связь развития лихорадки с характеристиками шейки матки и степенью ее раскрытия на момент проведения анальгезии. На втором этапе на базе данного роддома будет проведено проспективное когортное исследование, которое включит 120 беременных, 60 из которых составят основную группу (роженицы, которым проводилась ЭА), в которой будут выделены подгруппа А (n = 30, проведение ЭА на канале и при раскрытии маточного зева ≤ 3 см) и подгруппа Б (n = 30, проведение ЭА при раскрытии маточного зева > 3 см), другие 60 – группу сравнения (ЭА в родах не проводилась). В обеих группах будут исследованы температура матери и сывороточный уровень IL-6 при поступлении в роддом, температура матери при начале родовой деятельности, уровень IL-6 в крови новорожденного, дополнительно в основной группе: оценка температуры тела и сывороточного уровня IL-6 матери при постановке ЭА, каждые последующие 6 ч, а также в родах. В обеих группах плаценты будут отправлены на гистологическое исследование, при выявлении признаков хориоамнионита с целью подтверждения его инфекционной природы дополнительно будут проведены микробиологическое исследование и специфические ПЦР-тесты. По данным многих авторов лихорадка на фоне ЭА развивается в среднем в 20–30% случаев (Zhao В и соавт., 2021).

Подтверждение описанной причинно-следственной связи позволит разработать эффективные меры профилактики ЭА-ассоциированной лихорадки в родах.

ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ ПРИ СОПУТСТВУЮЩИХ ПАТОЛОГИЯХ

Добрякова М.М., Милешина Н.А.

ФГБУ Российский научно-клинический центр аудиологии и
слухопротезирования ФМБА России, Москва

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва

Кохлеарная имплантация – многоэтапный метод реабилитации глухих, включающий в себя поднадкостничную установку приемника-стимулятора (ПС) в заушной области, введение электродной решетки в улитку, тестирование, настройка реверсивного процессора и занятия с сурдопедагогом. Хирургический этап кохлеарной имплантации, в большинстве случаев, пациенты переносят в детском возрасте. Дальнейшее пользование кохлеарным имплантом может осложняться различными состояниями: отказом работы импланта, гематомой, серомой над ПС с последующим абсцедированием, смещением и экструзией импланта, острым гнойным средним отитом на имплантированном ухе. Данные состояния не являются прямыми осложнениями операции кохлеарной имплантации, а рассматриваются нами как состояния, связанные с эксплуатацией устройства, требуют своевременного обращения за медицинской помощью и ведения этих больных, направленного на сохранение функции импланта. По данным литературы дальнейшее ревизионное хирургическое вмешательство на протяжении жизни требуется детям в 5,0–12,5% случаях, взрослым – 1,3–6,9%.

Цель настоящего исследования был анализ случаев обращения пациентов с кохлеарными имплантами за медицинской помощью по поводу ситуаций либо в области имплантации, либо связанной с работой импланта.

Материалы и методы. Результаты. В период 2016-2021гг. мы наблюдали 32 случая отказа импланта (всем была проведена повторная

кохлеарная имплантация); 7 случаев смещения приемника стимулятора (потребовалось ревизионное вмешательство для изменения положения приемника-стимулятора), 10 пациентов с гематомой, серомой или раной теменно-височной области в результате травмы головы (проведена ревизия раны), а 4 - с абсцессом в области приемника стимулятора (санация гнойного очага), 4 детей были с острым гнойным средним отитом, мастоидитом на стороне имплантации (проведена тимпаностомия и антибактериальная системная терапия) и 6 - с экструзией магнита ПС. В большинстве случаев приобретенного заболевания своевременное обращение и предложенная тактика ведения глухих больных с кохлеарными имплантами позволили избежать реимплантации. На протяжении жизни ребенок может иметь и другую соматическую патологию, требующую дополнительных методов исследования, например, МРТ. Несмотря на то, что современные импланты позволяют проводить МРТ диагностику на мощности 1,5 тесла, визуальный артефакт от магнита импланта значительно снижает информативность проведенного исследования. В случаях, когда для диагностики необходима большая мощность исследования, оно становится недоступным для пациента.

Выводы: рекомендуем при наличии показаний временно удалить магнит ПС под местной анестезией у детей старше 12 лет (или наркозом у больных младше 12 лет), наложить стерильную повязку на рану, провести МРТ, установить новый магнит в ПС, ушить рану, провести тестирование работы импланта. Такая последовательность исследования позволила у 1 пациента диагностировать рассеянный склероз и срочно начать лечение в неврологическом отделении, а у второго пациента обнаружить дистрофию слухового нерва на стороне имплантации и провести реимплантацию на другое ухо. В обоих случаях интраоперационное тестирование продемонстрировало прекрасные результаты.

Таким образом, частота ревизионных вмешательств после кохлеарной имплантации достаточно высока и может быть связана как с причинами,

непосредственно связанными с работой кохлеарного импланта, так и с сопутствующими приобретенными патологическими состояниями или необходимостью проведения дополнительных методов диагностики.

АКТУАЛЬНОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОСТРЫМИ КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ

Доева А.Р., Бураев А.Б., Сидакова Д.Э.

ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России,

Республика Северная Осетия-Алания, г. Владикавказ

Введение. Кишечные инфекции представляют собой обширную полиэтиологическую группу заболеваний, которые характеризуются интоксикацией, нарушением моторики желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), диспепсическим синдромом и часто лихорадкой. На сегодняшний день актуальность проблемы борьбы с кишечными инфекциями связана с их высоким распространением и уровнем заболеваемости. По данным ВОЗ ежедневно в мире регистрируется около 160 млн диарейных заболеваний у детей. Как правило, возбудителями являются бактерии, вирусы и грибковые агенты.

Цель исследования. Изучение частоты и течения кишечных инфекционных заболеваний в зависимости от возбудителя. Профилактика заболеваний.

Материалы и методы. Был проведён анализ в отделении ДРКБ г.Владикавказ Республики Северная Осетия – Алания, в результате чего выявлено что за 2021г. было госпитализировано 2260 пациентов, где им поставили предварительный диагноз острой кишечной инфекции не уточнённой этиологии. Результаты исследования. При диагностике было выявлено, что гастроэнтеритами и энтероколитами средней степени тяжести

страдали - 46%. Гастроэнтеритами и энтероколитами с проявлениями токсикоза с эксикозом 1 степени - 36%. С бактериальной кишечной инфекцией, вызванной иерсиниозом выявлено – 2,5%, сальмонеллёзом - 1,5%. А с кишечной инфекцией вирусной этиологии, в частности ротавирусом - 7,4%, норовирусом - 4,6%. Среди госпитализированных больных с острой кишечной инфекцией, чаще всего встречались дети в возрастной категории от 0 до 2 лет-40% ; от 2 до 6 лет - 50% (возможно связано с посещением дошкольных и школьных учреждений); старше 7 лет - 10%.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о преобладании острых кишечных болезней вирусной этиологии, в частности ротавирусной инфекции. Для предупреждения заболеваний необходимо соблюдать правила личной гигиены, употреблять исключительно, те пищевые продукты, которые подверглись тщательной термической обработке.

КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ РИНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

Драчева Н.А., Мазанкова Л.Н.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва

Цель исследования: выявить варианты клинического течения риновирусной инфекции у детей разного возраста на современном этапе.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 50 детей с диагнозом «Риновирусная инфекция», госпитализированных в ГБУЗ Инфекционная клиническая больница №1 ДЗМ г. Москвы. Обнаружение РНК риновируса проводилось методом полимеразной цепной реакции назофарингеального мазка с использованием тест-системы «Ампли-Сенс-ОРВИ-FL». Всем детям назначалось исследование клинического анализа крови (ОАК) и мочи, по показаниям – биохимического анализа крови с

определением острофазных маркеров воспаления (С-реактивный белок), рентгенография органов грудной клетки. Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием t-критерия Стьюдента и непараметрического критерия Манна-Уитни.

Результаты. Среди пациентов с риновирусной инфекцией преобладали дети раннего возраста (1-3 года) - 34(68%) ребенка, до 1 года - 12(24%) человек, 3-7 лет - 4(8%) ребенка. Все дети были госпитализированы в среднем на 3-и сутки [1;10] заболевания. Полученные результаты указывают на различные клинические варианты течения риновирусной инфекции в исследуемой когорте. У 13(26%) детей зарегистрировано поражение верхних дыхательных путей (ВДП), у 14(28%) больных - развитие острого стенозирующего ларинготрахеита (ОСЛТ), у 23(46%) детей - бронхолегочные изменения (бронхит у 12(24%), пневмония у 11(22%) детей).

46,2% детей с ВДП были в возрасте до 1 года и 53,8% детей - от 1 года до 3-х лет. У всех больных отмечалось острое начало заболевания, повышение температуры от субфебрильных цифр у большинства детей, до гипертермии в единичных случаях. У большинства (62%) детей отмечен интоксикационный синдром (вялость, снижение аппетита) ($p < 0,05$). Преобладали катаральные проявления в виде ринофарингита и тонзиллофарингита. ОСЛТ чаще диагностирован у пациентов в возрасте от 1 до 3 лет. У большинства детей с неосложненным течением инфекции отмечалась фебрильная лихорадка (43,0%), у всех детей - гиперемия зева, грубый сухой кашель, осиплость голоса. 80% больных переносили ОСЛТ 1 степени. У 83% с явлениями бронхита отмечены обструктивный синдром (БОС) и дыхательная недостаточность 1-2 степени (ДН), среди которых преобладали дети от 1 до 3 лет (84%) ($p < 0,001$). У всех детей отмечался кашель различного характера. В ОАК наблюдался преимущественно лимфоцитарный лейкоцитоз. У 22% больных наблюдалось развитие пневмонии в ранние сроки заболевания, среди которых 82% детей - от 1 года до 3-х лет. У 63,6% детей течение пневмонии

сочеталось с БОС. У всех детей этой группы заболевание протекало на фоне повышения температуры тела, с выраженными катаральными проявлениями в виде тонзиллофарингита, частым влажным кашлем. Аускультативная картина определялась характером, локализацией воспалительного процесса в лёгких. Преобладали односторонние сегментарные и долевые пневмонии. В ОАК у 45,5% больных отмечался нейтрофильный лейкоцитоз, повышение СРБ, что указывает на присоединение бактериальной инфекции.

Длительность стационарного лечения зависела от варианта течения риновирусной инфекции, составляя в среднем 9,5 койко-дней у детей с вирусной пневмонией, 4,2 – у детей с бронхолегочными изменениями и 1,7 – у больных с поражением ВДП. Лечение пациентов проводилось в соответствии с актуальными в исследуемый период клиническими рекомендациями с применением противовирусной, антибактериальной и посиндромной терапии.

Выводы. Риновирусная инфекция у детей протекает в различных клинических вариантах. Лишь у 26% детей выявлены только катаральные проявления ВДП. Наиболее часто отмечены бронхолегочные поражения, пневмонии и бронхиты с БОС в ранние сроки заболевания.

**СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ОБ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИХ
ПРОЯВЛЕНИЯХ ХРОНИЧЕСКИХ МИЕЛОПРОЛИФЕРАТИВНЫХ
НОВООБРАЗОВАНИЙ**

Егорян Л.Б., Мошетьова Л.К., Виноградова О.Ю.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва

ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина (Боткинская больница), Москва

Хронические миелопролиферативные новообразования (ХМПН) - большая гетерогенная группа опухолевых заболеваний кроветворной ткани, характеризующаяся злокачественной трансформацией и клональными пролиферациями стволовых клеток костного мозга вследствие специфической цитогенетической и молекулярно-генетической аномалии (Филадельфийской (Ph) хромосомы, гена BCR-ABL, мутаций JAK2V617F, CALR, MPL и др.).

В соответствии с классификацией Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в группу ХМПН включены семь нозологий. Наиболее часто встречающиеся из них эссенциальная тромбоцитемия (ЭТ), первичный миелофиброз (ПМФ), истинная полицитемия (ИП) и хронический миелоидный лейкоз (ХМЛ).

В последние годы, благодаря изучению патогенеза на молекулярном уровне при указанных формах ХМПН, совершенствованию методов диагностики и появлению целого ряда таргетных препаратов, произошли значительные изменения относительно прогноза заболевания у данной группы пациентов, а именно наблюдалось увеличение общей выживаемости и качества жизни.

Однако современные лекарственные препараты, благодаря мультикиназной активности, обладают целым рядом токсических проявлений, в том числе развитием ишемических и геморрагических осложнений, что активно изучается в настоящее время.

Глаз – это единственный орган, где можно непосредственно исследовать и наблюдать поражение нервных волокон и кровеносных сосудов, а глазные симптомы могут быть первоначальными, манифестными проявлениями системной патологии, токсического действия современной таргетной терапии или первым проявлением рецидива заболевания после лечения. Характер офтальмологических проявлений хронических миелопролиферативных новообразований разнообразен.

Сравнительно редко наблюдается поражение глаза за счёт прямого поражения органа зрения, придаточного аппарата глаза и орбиты путём инфильтрации неопластическими клетками. Но более часто описываются вторичные изменения, связанные с гематологическими аномалиями, в виде нарушения микрососудистого кровообращения - типичных или атипичных транзиторных ишемических атак (ТИА), мигреноподобных ишемических атак (МИА), микроаневризм сосудов сетчатки, ишемических ватообразных очагов, преретинальных, интратретинальных, субретинальных кровоизлияний, кровоизлияний в стекловидное тело, расширения, извитости вен сетчатки, окклюзии вен, артерий сетчатки и зрительного нерва, отека диска зрительного нерва, неоваскуляризации.

Офтальмологические проявления встречаются при любом из хронических миелопролиферативных новообразований и могут предшествовать более серьезным и потенциально опасным для жизни экстраокулярным осложнениям. Однако вопрос изменения органа зрения при различных формах ХМПН на данный момент остаётся недостаточно освещённым. Тем не менее в настоящее время кровоснабжение в сосудах сетчатки, диска зрительного нерва, хориоидеи, различные тонкости патологических процессов в периваскулярных пространствах возможно изучить с помощью неинвазивных инновационных методов диагностики, таких как оптическая когерентная томография (ОКТ), ОКТ-ангиография, микропериметрия.

Подобное исследование проводится на базах кафедры офтальмологии ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России и ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина в Московском городском офтальмологическом центре (МГОЦ) совместно с Московским городским гематологическим центром (МГГЦ). Офтальмологическое обследование может способствовать ранней диагностике данных заболеваний, осуществлению мониторинга на фоне проводимой общей терапии и профилактике осложнений, в том числе со стороны органа зрения.

МЕЛАНОЦИТОМА ХОРИОИДЕИ: ДИАГНОСТИКА, ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ

Ежова О.А.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва

Введение. Меланоцитома диска зрительного нерва - редкий глубоко пигментированный тип доброкачественного новообразования, которое возникает частично или полностью на диске зрительного нерва. Есть сведения, что меланоцитома имеет гендерную особенность: чаще возникает у женщин. Клинически и гистологически ее путали со злокачественной меланомой, но Zimmerman L.E. в 1962 г. была показана ее доброкачественная природа и был предложен термин меланоцитома. Позднее Cogan D.M. предложил название магноцеллюлярный невус зрительного нерва. A.J. Shields и др. использовали термин гиперпигментированный магноцеллюлярный невус диска зрительного нерва. И, тем не менее, в последние десятилетия чаще пользуются термином меланоцитома.

В настоящее время, как правило, диагностика меланоцитомы основывается на данных клинической картины и не инвазивных методов исследования, что позволяет избежать необоснованных радикальных методов

лечения данного заболевания в виде энуклеации.

Клинический случай. Представлены 2 клинических случая меланоцитомы хориоидеи. Диагноз базировался на особенностях клинической картины, результатах инструментальных методов исследования (ультразвуковом исследовании (УЗИ), флюоресцентной ангиографии (ФАГ) и оптической когерентной томографии (ОКТ)) и длительности наблюдения наших пациентов.

Пациентка, 55 лет, обратилась с жалобами на снижение остроты зрения в левом глазу в 2014 году. При офтальмоскопии выявлен гемофтальм, назначена рассасывающая терапия. После рассасывания гемофтальма визуализировано густопигментированное новообразование в зоне диска зрительного нерва. В поле зрения выявлено расширенное слепое пятно. По данным ультразвукового исследования имеется новообразование проминенцией 4,02 мм. На флуоресцентных ангиограммах в зоне ДЗН, больше с носовой стороны - округлое гипофлуоресцентное образование с неровными границами, экранирующее диска зрительного нерва (ДЗН) и перипапиллярную зону в носовом секторе. В декабре 2015 г. на основании клинической картины при отсутствии динамики проминенции опухоли, данных ФАГ выставлен диагноз: меланоцитома ДЗН. При наблюдении пациентки на протяжении 8 лет были рецидивы гемофтальма (2014, 2017, 2018, 2021 гг.), рассасывающиеся на фоне рассасывающей терапии. На 24.06.2021 г. проминенция опухоли составляет 4,35 мм, функции глаза не страдают, увеличение слепого пятна в прежних размерах. Диагноз: меланоцитома ДЗН. Наблюдение за пациенткой продолжается.

Вторая пациентка, 54 лет, на плановом приеме у офтальмолога в 2012 году случайно выявлено пигментированное образование в зоне диска зрительного нерва. При подробном осмотре глазного дна, данных УЗИ (проминенция опухоли 2,92 мм), наличие расширения зоны слепого пятна по данным периметрии, а также наличие гипофлуоресцентного образования по

данным ФАГ диагностирована меланоцитома диска зрительного нерва. Пациентка наблюдается у офтальмоонколога на протяжении 9 лет, проминенция опухоли на 25.03.2021 составляет 3,31 мм, увеличение слепого пятна в прежних размерах.

Выводы: Представленные наблюдения подтверждают доброкачественность течения меланоцитомы в плане витального прогноза, но в некоторых случаях могут влиять на зрительные функции рецидивирующими гемофтальмами.

ОДНОМОМЕНТНОЕ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЕ УДАЛЕНИЕ ТРЕХ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ МЕТАСТАЗОВ ИЗ ГОЛОВНОГО МОЗГА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Елиферов Д.Д., Бекашев А.Х., Прозоренко Е.В., Севян Н.В., Белов Д.М.

ФГБОУ ДПО РМАНПО, Москва

ФГБУ НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина Минздрава России, Москва

Введение. Метастазы солидных злокачественных опухолей в головной мозг встречаются в 10–15% случаев среди всех онкологических больных. Наиболее часто церебральные метастазы возникают при раке легкого, меланоме, раке почки, раке молочной железы, колоректальном раке, однако могут встречаться при злокачественных опухолях различной локализации. При этом больные с олигометастатическим поражением головного мозга (2–4 метастаза) встречаются примерно в 30% случаев.

Данная группа пациентов редко рассматривается в качестве кандидатов для хирургического лечения. Нами представлено клиническое наблюдение одномоментного удаления 3 метастатических очагов из головного мозга.

Клиническое наблюдение. Пациентка Т., 49 лет, отмечала жалобы на выраженную головную боль, головокружение, тошноту, рвоту, шаткость. При

МРТ головного мозга с контрастным усилением от октября 2021 г. четыре метастаза в головной мозг – два в области мозжечка размерами до 2,5 см в диаметре каждый, в левой лобной доле до 4,2 см, в правой теменной доле до 2 см. Отмечаются признаки окклюзионной гидроцефалии. Состояние средней тяжести, индекс Карновского: 50%. Неврологический статус: на момент осмотра на фоне 16 мг/сутки дексаметазона мозжечковая атаксия, гипертензионно-гидроцефальный синдром.

Выполнено микрохирургическое удаление трёх метастазов из головного мозга: метастаза из левой лобной доли и двух метастазов из правой гемисферы мозжечка (метастаз в правой теменной доле решено подвергнуть стереотаксической лучевой терапии в послеоперационном периоде). На контрольной КТ в послеоперационных полостях отсутствовали признаки кровоизлияния, смещения срединных структур, прослеживалось частичное уменьшение боковых желудочков.

Раны зажили первичным натяжением, швы сняты на 8 сутки. Пациентка выписана на 16-е сутки со значительным регрессом гипертензионно-гидроцефального синдрома и мозжечковых нарушений.

На контрольной МРТ через 2 месяца после операции диагностирован лептоменингеальный карциноматоз и два новых метастаза – в затылочных долях.

С января 2022 г. проведено 3 курса химиотерапии по схеме: Паклитаксел + Карбоплатин АUC=2. На фоне проводимой химиотерапии отмечены изменения в виде частичного регресса лептоменингеального карциноматоза, уменьшения в размерах очагов в затылочных долях, стабилизации метастаза в правой теменной доле, отсутствие рецидива в послеоперационных полостях на контрольной МРТ через 4 месяца после операции.

В данный момент пациентка продолжает противоопухолевую терапию. Общее состояние: удовлетворительное. Индекс Карновского: 80%.

Выводы. Решение об удалении нескольких метастазов из головного мозга должно быть принято с учётом множества факторов, важными из которых являются: морфологическая форма опухоли, количество и размеры метастазов, тяжесть общего состояния, степень неврологического дефицита, функциональная дозволенность оперативного вмешательства, стабилизация экстракраниальных проявлений заболевания, эффективность гормональной терапии, наличие резервов лучевой терапии и лекарственного противоопухолевого лечения.

Наш опыт хирургического лечения данной категории пациентов доказывает возможность безопасного одномоментного микрохирургического удаления нескольких церебральных метастазов с использованием нескольких доступов с послеоперационным улучшением неврологического статуса.

Полученные данные требуют накопления и рассмотрения вопроса о включении в современные протоколы ведения пациентов с множественным/олигометастатическим поражением головного мозга.

– Ж –

ПРИМЕНЕНИЕ ЦИФРОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ЗУБОЧЕЛЮСТНЫМИ АНОМАЛИЯМИ

Житяева С.В., Подоплелов Д.С., Рафаэлова Д.Б.
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва

Цель работы: по данным литературы изучить и проанализировать возможности использования цифровых технологий при лечении пациентов с зубочелюстными аномалиями.

Актуальность. В современной медицине, в частности стоматологии, развитие медицинской техники и аппаратуры направлено на повышение

точности диагностических мероприятий, оптимизацию процесса лечения и создания условий для стабильности полученных результатов.

Комплексная диагностика зубочелюстных аномалий и качество планирования ортодонтического лечения играют важную роль в достижении оптимального и стабильного результата лечения. Планирование ортодонтического лечения заключается в определении его цели, используемого метода и технологий, выбора конструкции ортодонтического аппарата.

Методы исследования: библиографический, в том числе интернет-ресурсы.

Результаты: при обследовании пациентов с зубочелюстными аномалиями обязательно проводится изучение диагностических моделей челюстей и анализ рентгенограмм (ОПТГ (ортопантомография) челюстей, ТРГ (телерентгенография) головы в прямой и боковой проекции).

Цифровые технологии дают возможность заменить снятие слепков с помощью слепочных ложек и оттисковой массой проведением сканирования полости рта интраоральным 3D-сканером, на получающихся виртуальных моделях можно провести все необходимые измерения, а при необходимости их распечатать на 3D-принтере. Использование этой технологии снижает степень дискомфорта для пациента в процессе диагностики. Использование конусно-лучевой компьютерной томографии (КЛКТ) и проведение 3D-цефалометрии позволяет уменьшить количество рентгенологических исследований и снизить лучевую нагрузку. Совмещение данных КЛКТ и виртуальных моделей помогают визуализировать клинико-морфологические особенности патологии у пациента и моделировать план лечения-3D-стап, который позволяет наглядно продемонстрировать врачу и пациенту все этапы перемещения зубов.

Для лечения зубочелюстных аномалий применяют индивидуальные изготовленные съемные аппараты и несъемные, состоящие из отдельных

элементов промышленного изготовления. Цифровые технологии предоставляют возможность изготавливать индивидуализированные съемные и элементы несъемных ортодонтических аппаратов.

Элайнеры – это механически действующий, одночелюстной реципрокный, внутриротовой, назубной фиксации съёмный, капповый ортодонтический аппарат. Каппы изготавливаются из медицинского полимера индивидуально для каждого пациента. Элайнеры представляют собой прозрачные назубные накладки (каппы) из гипоаллергенного биополимера, что и является их главным плюсом - незаметность в полости рта. Толщина каппы составляет 0,7 мм, в местах крепления на зубах аттачменов (фиксаторов из композитного материала) - 0,5 мм для облегчения снятия. Мы изучили системы элайнеров следующих фирм: Eurokappa, OrthoSnap, ClearCorrect, Invisalign, VSD, StarSmile, 3D Smile, Flexiligner. Лечение элайнерами осуществляется серией капп - в среднем 10–25 единиц на верхнюю/нижнюю челюсть в зависимости от сложности клинического случая, смена капп происходит раз две недели. Существенных различий между разными системами элайнеров не выявлено.

На основании виртуальных моделей, полученных путём 3D-сканирования, могут быть изготовлены брекететы, основание которых точно соответствует контуру поверхности зуба. Например, INSIGNIA (Ormco), они представлены для двух типов самолигирующихся брекетов.

Индивидуальный дизайн каждого брекета и дуги повышает эффективность лечения и уменьшает его длительность. Плотное прилегание основания брекета к поверхности зуба снижает риск неправильной локации брекета при фиксации и возникновения кариеса в процессе ортодонтического лечения.

Выводы: Использование цифровых технологий при диагностике зубочелюстных аномалий, таких как 3D-сканирование, создание виртуальных моделей челюстей, 3D-цефалометрия, позволяет совместить результаты

различных исследований, визуализировать и моделировать план лечения.

Использование элайнеров, изготовленных на основе 3D технологий повышают уровень комфорта для пациента в процессе лечения и сокращают длительность лечения.

Использование цифровых технологий для индивидуализации брекетов снижает риск развития осложнений и уменьшает сроки лечения.

– 3 –

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПРОСТЫХ СВИЩЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА

Захаров М.А., Аносов И.С.

ФГБУ НМИЦ колопроктологии им. А.Н. Рыжих Минздрава России, Москва

Введение: свищ прямой кишки – патологический канал, соединяющий между собой эпителизованную поверхность анального канала и (обычно) участок перианальной кожи. Свищи прямой кишки при болезни Крона отличаются от типичных свищей у людей без воспалительных заболеваний кишечника. Они чаще ветвятся, образуют расширения с гноем (гнойные затёки) и открываются на коже вокруг ануса одним или несколькими отверстиями.

По рекомендациям ЕССО классификация свищей при БК отличается от общепринятой классификации прямокишечных свищей.

Таким образом перианальные проявления БК целесообразно подразделять на простые и сложные свищи.

К простым свищам относят: интрасфинктерные или трансфинктерные (подкожная порция). У данных свищей одно наружное свищевое отверстие и отсутствуют гнойные полости и затеки.

К сложным свищам относят: трансфинктерные свищи (поверхностная и глубокая порция), экстрасфинктерные свищи, ректовагинальные свищи. У данных свищей несколько наружных свищевых отверстий с наличием гнойных полостей и затеков.

В мировой практике нет четких рекомендаций, обуславливающих необходимость хирургического лечения простых свищей. Такие свищи на фоне эффективной терапии не имеют клинических проявлений. С другой стороны, при обострении БК, на фоне неадекватной терапии простые свищи могут осложниться и трансформироваться в сложные, которые являются показанием к хирургическому лечению и могут привести к развитию осложнений, наиболее распространённым из которых является недостаточность анального сфинктера различной степени с частотой 20–67%.

Таким образом, вопрос о необходимости хирургического лечения простых свищей при болезни Крона требует тщательного изучения.

Цель: улучшение результатов лечения простых свищей при болезни Крона.

Материалы и методы: Наиболее простым и распространённым методом является фистулотомия – операция и включает в себя иссечение свища на всем протяжении и обработка стенок свищевого хода в пределах здоровых тканей.

В настоящее время под наблюдением 34 пациента с болезнью Крона, у которых был диагностирован простой свищ прямой кишки. Эти пациенты рандомизированы на 2 группы: в основную группу включены пациенты, которым выполнено хирургическое лечение в сочетании с консервативной терапией, в контрольную группу - исключительно пациенты с терапевтическим лечением.

Период наблюдения составил от 1 до 6 месяцев, возраст пациентов - от 18 до 64 лет. Из них прооперировано 26 пациентов, у 10 (38%) пациентов заживление ран диагностировано в период от 1 до 5 месяцев. У 2 (8%)

пациентов на 6 месяц наблюдения – п/о раны не зажили, по УЗ-исследованию данных за рецидив свища не выявлено. Остальные 14 (54%) человек прооперированы не более месяца назад и остаются под наблюдением.

Следует отметить, что не у одного пациента не зарегистрировано явлений НАС. В контрольной группе 8 человек, за которыми происходит динамическое наблюдение.

Контрольный осмотр и обследование будет проводиться каждые 3 месяца.

Результаты: на 6-й месяц наблюдений - заживление послеоперационных ран у 10 (38%) пациентов наступило в период от 1 до 5 месяцев, у 2 (8%) пациентов спустя 6 месяцев раны не зажили.

Заключение: проблема хирургического лечения пациентов с простыми свищами при БК является актуальной.

Предварительный анализ показывает эффективность хирургического лечения, отсутствие явлений анального недержания. Однако, значительное число пациентов отмечает длительное заживление ран, несмотря на проводимую терапию.

Для получения статистически значимых результатов необходимо проведение дальнейшего исследования.

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ТОЛОСА-ХАНТА
У ПАЦИЕНТА С ГИПЕРТРОФИЧЕСКИМ БАЗАЛЬНЫМ
ПАХИМЕНИНГИТОМ**

Иванов В.В., Горожанин А.В., Шестаков А.А.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва

ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина (Боткинская больница), Москва

Синдром Толоса—Ханта (superior orbital fissure syndrome от англ.) представляет собой редкую болезненную офтальмоплегию, впервые описанную испанским неврологом E. Tolosa в 1954 г. и английским врачом W. Hunt в 1961 г. Частота встречаемости составляет 1—2 случая на 1 млн населения.

Причина возникновения синдрома по настоящее время остается неясной, существует множество этиологических факторов развития, таких как вирусная, бактериальная или грибковая инфекция, аутоиммунное идиопатическое воспаление мозговых оболочек, лимфома, аневризмы и др.

В крайне редких случаях синдром Толоса-Ханта может становиться проявлением распространенной стадии гипертрофического базального пахименингита.

Клинически синдром Толоса-Ханта проявляется симптомами повреждения анатомических структур, проходящих через верхнюю глазничную щель (1-я ветвь тройничного нерва, глазодвигательный, отводящий и блоковый ЧМН — III, IV, VI, глазная артерия и верхняя глазничная вена).

Симптомокомплекс включает в себя офтальмоплегию (обездвиженность глазного яблока - отсутствие движения одного глазного яблока во все стороны за счет поражения глазодвигательных нервов), нейропатическую боль (жгучие боли в области орбиты, лба или виска (за счет

поражения V1 тройничного нерва)), экзофтальм на стороне поражения, птоз, мидриаз (расширение зрачка), а также одностороннюю дисфункцию зрительного нерва в частных случаях (выраженное снижение зрения на стороне поражения при компрессии структур, проходящих через канал зрительного нерва).

Цель работы: Анализ тактики хирургического лечения синдрома Толоса-Ханта при гипертрофическом базальном пахименингите по данным литературы и клинического случая.

Материалы и методы: Литературный поиск был осуществлен с 2000 по 2022гг. с помощью доступных баз данных медицинской литературы: PubMed, Cyberleninka, Elibrary.

Результаты: Учитывая редкость заболевания, описано всего несколько случаев нейрохирургического диагностического лечения в литературных базах данных. Так Sumida et al. проводили нейрохирургическую биопсию с последующей гормональной терапией при помощи переднего височного доступа у 48-летней женщины. Mandrioli et al. представили случай возникновения синдрома Толоса-Ханта у пациента с актиномикозом кавернозного синуса, которому в последствии была выполнена трансфеноидальная эндоскопическая биопсия с последующей гистологической верификацией. Bosch et al. описали 2 случая синдрома Толоса-Ханта у пациентов 53 и 62 лет с гипертрофическим базальным пахименингитом. Одному пациенту была выполнена биопсия с последующим консервативным лечением, второму пациенту биопсия не проводилась в связи с неоперабельностью образования и тяжелым соматическим статусом. Woonyawiroj et al. проводили церебральную биопсию у 72-летней женщины с прогрессирующей головной болью, двусторонней потерей зрения и преходящим эпизодом спутанности сознания.

Выводы: Сочетание синдрома Толоса-Ханта у пациентов с гипертрофическим базальным пахименингитом описано в отечественной и

зарубежной литературе всего в нескольких случаях. Ряд авторов придерживаются консервативной терапии у пациентов с небольшими объемами поражения, в случае объемного поражения различных структур авторы применяют церебральную биопсию для гистологической верификации диагноза. Случаев нейрохирургического лечения, направленного на декомпрессию невральных структур орбиты при утолщении мозговых оболочек в результате воспалительных процессов в литературе не описано. Описанный нами клинический случай показывает возможность одномоментного освобождения невральных структур орбиты от патологических тканей и их забора для определения морфологического диагноза с последующим проведением консервативного лечения.

ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ У НЕДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Ижогина С.Д.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Цель: продемонстрировать случай развития в неонатальном периоде острого аппендицита на фоне некротизирующего энтероколита (НЭК) у недоношенного ребенка, рассмотреть клинико-anamnestические, лабораторные и инструментальные данные, позволившие верифицировать диагноз.

Материалы и методы. Проведен анализ истории болезни недоношенного ребенка, находившегося на лечении в Перинатальном центре ГБУЗ ГКБ им. С.С. Юдина ДЗМ, у которого в неонатальном периоде на фоне НЭК развился острый аппендицит.

Результаты: Анализ клинико-anamnestических данных позволил установить, что ребенок от 3-й беременности, 2-х преждевременных

оперативных родов в поперечном положении плода на 36 неделе. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Состояние при рождении – тяжелое, с первых часов жизни в отделении реанимации проводилась респираторная поддержка методом СРАР, антибактериальная терапия, частичное парентеральное питание. Увеличение объема энтерального питания не сопровождалось патологическими проявлениями. В возрасте 4 суток жизни ребенок переведен в отделение патологии новорожденных и недоношенных детей. На 5 сутки жизни отмечался однократный темно-зеленый стул с примесью свежей крови. По результатам лабораторного обследования признаков геморрагической болезни новорожденного, ДВС-синдрома, коагулопатий и тромбоцитопении отмечено не было. Несмотря на отсутствие лабораторных, ультразвуковых (УЗИ) и рентгенологических признаков, был заподозрен начальный период НЭК. Ребенок был переведен на полное парентеральное питание, усилена антибактериальная терапия. В возрасте 6 суток жизни отмечалось нарастание дыхательной недостаточности, появление признаков инфекционного токсикоза, отмечалась тенденция к брадикардии, вздутие живота, ослабление перистальтики. При лабораторном обследовании - лейкоцитоз, выраженный нейтрофилез со сдвигом влево, значительное (в 12 раз) повышение уровня СРБ. Проведена смена антибактериальной терапии. На 7 сутки жизни при осмотре живота появился пальпируемый участок кишечника в виде тяжа в правой подвздошной области, который при УЗИ описан как фрагмент гипостатичной кишки протяженностью 1,7 см с утолщением стенки до 1,8–2 мм без перистальтики с сохранением кровотока. На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости – повышение пневматоза кишечника с отеком стенок, свободный газ не определялся. При повторном УЗИ нельзя было исключить формирование инфильтрата в правой подвздошной области. Ребенок был переведен в хирургический стационар, где была продолжена консервативная терапия в течение 5 дней. На 14 сутки жизни проведена диагностическая лапароскопия, выявившая в правой подвздошной области

плотный инфильтрат, состоящий из дистального отдела подвздошной кишки, купола слепой кишки, подпаянных к передней брюшной стенке. Инфильтрат разделен лапароскопически, выполнена аппендэктомия, санация брюшной полости. Послеоперационный период протекал без осложнений, ребенок в удовлетворительном состоянии был переведен на последующий этап выхаживания.

Выводы. Вероятность развития острого аппендицита в неонатальный период, несмотря на редкую встречаемость (40 на 100 000 живорожденных), определяет необходимость сохранять повышенную настороженность, особенно в тех случаях, когда у новорожденного ребенка имеет место НЭК.

ПРИМЕНЕНИЕ ГИСТЕРОРЕЗЕКТОСКОПИИ У ЖЕНЩИН С БЕПЛОДИЕМ В ПОДГОТОВКЕ ПО ПРОГРАММЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ

Ипуева А.М., Джамалдаева А.И.

ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России,

Республика Северная Осетия-Алания, г. Владикавказ

Введение. Бесплодие - актуальная проблема современного общества. В России частота бесплодия составляет 17,2–24%. В связи с этим проблема диагностики и лечения бесплодия в настоящее время имеет не только медицинское, но и социально-демографическое значение. Нарушение репродуктивной функции женщин является следствием множества причин, где маточный фактор составляет 24–62%. Внутриматочная патология является единственной причиной бесплодия у 10–15% женщин, а в сочетании с другими факторами ее частота увеличивается до 50%.

Цель исследования. Оценить лечебно-диагностические возможности гистерорезектоскопии у женщин с бесплодием в подготовке по программе

ЭКО (экстракорпоральное оплодотворение).

Материалы и методы. В период с сентября 2021 г. по апрель 2022 г. были обследованы 27 женщин с первичным и вторичным бесплодием в анамнезе, готовящихся по программе ЭКО, госпитализированных на гистерорезектоскопию в гинекологическое отделение КБ СОГМА.

Результаты исследования. Средний возраст пациенток составил 35–42 года. Причем на группу 27–35 лет приходилось 25,9% больных, а на группу 36–42 года – 74,1%. Было выявлено, что в 40% случаев у женщин с бесплодием обнаруживалась гиперплазия эндометрия, среди которых чаще встречались простая железистая и полипозная формы. При сопоставлении патологии эндометрия у пациенток с первичным и вторичным бесплодием установлено: доля гиперплазии эндометрия при первичном бесплодии – 75%, а при вторичном бесплодии – 25%. Второй по частоте выявляемости причиной бесплодия стал аденомиоз (37%), который в большинстве случаев сочетался с такими патологиями, как гиперплазия эндометрия (66%) и полипы эндометрия (44%). Среди обследованных были также выявлены полипы эндометрия – 33,3%, при первичном бесплодии в 33% случаев, при вторичном бесплодии в 77%.

Выводы. При исследовании, проведенном с целью оценки лечебно-диагностических возможностей гистерорезектоскопии у женщин с бесплодием в подготовке по программе ЭКО выявлено, что изучение состояния эндометрия с помощью данного метода помогает обнаружить патологию, приведшую к бесплодию. Наиболее распространенной причиной бесплодия является гиперплазия эндометрия. Далее по частоте выявлены аденомиоз и полипы эндометрия.

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГИПОГОНАДОТРОПНОГО
ГИПОГОНАДИЗМА И КОНСТИТУЦИОНАЛЬНОЙ ЗАДЕРЖКИ
ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ У ДЕВОЧЕК**

Каболова К.Л., Ромайкина Д.С., Самсонова Л.Н.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва

ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва

Цель исследования: сравнить клинико-лабораторные и генитометрические показатели у девочек с гипогонадотропным гипогонадизмом (ГГ) и конституциональной задержкой полового созревания (КЗПС).

Материалы и методы: в исследование включены 23 пациентки с задержкой полового созревания. Критерии включения: отсутствие вторичных половых признаков в возрасте ≥ 13 лет или отсутствие менархе в возрасте ≥ 15 лет, или отсутствие менархе в течение 3 лет и более от начала появления эстрогензависимых признаков полового созревания. Критерии невключения: возраст ≥ 18 лет, неправильное строение наружных половых органов, гипергонадотропный гипогонадизм. Всем пациенткам оценивали стадию полового созревания по шкале Таннер, антропометрические показатели, костный возраст по методу Грейлиха – Пайля (за исключением пациенток с задержкой полового созревания на фоне гипопитуитаризма), генитометрические показатели, содержание лютеинизирующего гормона (ЛГ; 1,9-14,2 мМЕ/мл), фолликулостимулирующего гормона (ФСГ; 2,5-11,2 мМЕ/мл), эстрадиола (Э2; 30-393 пмоль/л), ингибина В (20-177 пг/мл), антимюллерова гормона (АМГ; $< 8,9$ нг/мл), пролактина (70-600 мМЕ/л), тестостерона (0,29-1,67 нмоль/л), инсулиноподобного фактора роста (ИФР-1; 188,4-509,9 нг/мл) в сыворотке крови, результаты теста с аналогом ГнРГ (трипторелин 0,1 мг).

Результаты: в зависимости от установленного диагноза все пациентки были разделены на 2 группы: девочки с ГГ (группа I) и девочки с КЗПС (группа II). ГГ выявлен у 39,2% (9/23) девочек, представлен в 77,8% (7/9) случаев изолированной формой, в 22,2% (2/9) – в составе гипопитуитаризма (в одном наблюдении после удаления краниофарингиомы, во втором-вследствие дефекта гена PROP1). КЗПС выявлена у 60,8% (14/23): отсутствие вторичных половых признаков в декретированные сроки имели 28,5% (4/14), первичную аменорею–71,5% (10/14) девочек.

Причины обращения в двух группах не различались: вторичные половые признаки отсутствовали у 66,6% (6/9) пациенток I группы и 28,6% (4/14, $p=0,102$) II группы.

Первичную аменорею имели 33,4% (3/9) и 71,4% (10/14, $p=0,102$) пациенток, соответственно. Девочки обеих групп имели одинаковые показатели роста (Me SDS -0,09 vs -1,79, $p=0,123$), индекса массы тела (Me SDS 0,14 vs -1,01, $p=0,123$) и костного возраста (Me SDS -3,6 vs -1,6, $p=0,63$).

Патологическая задержка роста встречалась в обеих группах с одинаковой частотой (0% vs 14,2%, $p=0,501$). Патологическая задержка костного возраста в I группе встречалась значительно чаще (100% (7/7) vs 35,7% (5/14) $p=0,039$).

По результатам гормонального обследования девочки с ГГ имели значимо более низкое содержание в сыворотке крови Э2 (Me 33пмоль/л [21,46; 43,3], vs 100 пмоль/л [21,02; 252], $p=0,01$), ИФР-1 (Me 102нг/мл [99,4; 421,9], vs 362нг/мл [188,2; 432], $p=0,0026$), ингибина В (Me 15,5 пг/мл [10; 24], vs 72,16 пг/мл [32,8; 103,8], $p=0,002$), пролактина (Me 162 мМЕ/л [78; 337,1], vs 344,5 мМЕ/л [152; 505], $p=0,0021$), базальных уровней гонадотропных гормонов (Me ЛГ 0,27мМЕ/мл [0,1; 0,55], vs 4,35мМЕ/мл [0,48; 8,4], $p=0,001$; Me ФСГ 0,73 мМЕ/мл [0,1; 2,48], vs 5,02мМЕ/мл [3,31; 8,81], $p=0,003$). По уровню АМГ в сыворотке крови группы не отличались (Me 3,85 нг/мл [1,22; 8,8], vs 5,03 пг/мл [3,16; 7,78], $p=0,24$).

По результатам пробы с аналогом ГнРГ максимальный уровень ЛГ через 1 час встречался значимо чаще в I группе (37,5% vs 0%, $p=0,036$), через 4 часа с одинаковой частотой в обеих группах (62,5% vs 21,4%, $p=1,0$), через 24 часа - значимо чаще во II группе (0% vs 78,5%, $p=0,0052$).

В группе с ГГ медиана минимального ответа ЛГ составила 1,09 мМЕ/мл [0,3;6,03], ФСГ 4,42 мМЕ/мл [0,14; 9,07], $p=0,24$). В группе с КЗПС медиана минимального ответа ЛГ составила 51,585 мМЕ/мл, [3,39; 100], ФСГ – 25,11 мМЕ/мл, [13,16;40,5], что значимо выше в сравнении с I группой ($p=0,003$).

По данным генитометрических показателей девочки с ГГ имели значимо меньший объем матки (Me 2 мл [0,45; 4,9] vs 10,65 мл [1,05; 19,25], $p=0,0034$), яичников (Me 2,45 мл [0,41; 3,7] vs 5 мл [1,97; 17,57], $p=0,0023$), значение линейного размера М-ЭХО (Me 1 мм [0; 5] vs 1 мм [1; 11], $p = 0,003$).

Выводы: ГГ у девочек характеризуется низким содержанием гонадотропных гормонов, Э2, ингибина В, ИФР-1, пролактина в сыворотке крови, менее выраженным ответом ЛГ и ФСГ на стимуляцию аналогом ГнРГ, меньшим объемом матки, яичников, размером линейного М-ЭХО, задержкой костного созревания по сравнению с конституциональной задержкой полового развития. Ни у одной пациентки с КЗПС стимулированный уровень ЛГ на пробе с аналогом ГнРГ не был менее 3,39 мМЕ/мл.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ СО СРЕДИННЫМИ ГРЫЖАМИ ЖИВОТА

Казакова В.В., Благовестнов Д.А., Ярцев П.А., Кирсанов И.И.

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

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва

Актуальность. В настоящее время в лечении пациентов с грыжами живота не существует единого мнения в выборе наиболее эффективного доступа и способа пластики передней брюшной стенки. «Золотым стандартом» в герниопластике является использование сетчатых эндопротезов, что позволяет снизить частоту рецидивов до 15%. В 45–60% случаев среди пациентов со срединными грыжами живота выявляют диастаз прямых мышц, требующий хирургической коррекции. В лечении пациентов с данной патологией эффективно лишь одномоментное оперативное лечение, изолированная герниопластика приводит к рецидиву в более, чем 30% случаев

Цель. Оценка эффективности хирургических доступов и способов пластики в лечении пациентов со срединными грыжами живота, в том числе в сочетании с диастазом прямых мышц.

Материалы и методы. Выполнен анализ результатов лечения 104 пациентов со срединными грыжами живота с размером грыжевых ворот до 10 см, первичными или послеоперационными с малым количеством рецидивов (до 2), оперированных на базе НИИ СП имени Н.В. Склифосовского в период с 2016 по 2022 год. Средний возраст больных составил $50,4 \pm 14,6$ лет (22–79 лет), мужчин было 48 (46,2%), женщин – 56 (53,8%). Все пациенты были оперированы в плановом порядке и разделены на 4 группы. В 1-ую группу вошли 24 пациента, оперированных лапароскопическим доступом с интраабдоминальным размещением сетчатого эндопротеза (ПРОМ), во 2-ую группу - 9 больных, оперированных методом эндоскопической тотально-экстраперитонеальной пластики (e-TEP), в 3-ей группе 25 пациентам была выполнена гибридная герниопластика, в 4-ой – 46 пациентам «открытым»

доступом. По локализации и размерам грыжевого дефекта, возрастному составу, индексу массы тела группы пациентов статистически существенно не отличались. У 37 пациентов (36%) имелось сочетание вентральной грыжи с диастазом прямых мышц (у 7 пациентов из 1-ой группы, у 9 – из 2-ой, а 15 – из 3-ей и у 6 пациентов из 4-ой группы).

Результаты. При оценке продолжительности наркотической анальгезии в послеоперационном периоде: ее более длительное применение наблюдали в группе пациентов, оперированных «открытым» доступом с ретромускулярным размещением сетчатого эндопротеза ($1,83 \pm 0,93$ сутки), меньшее количество – в группе пациентов, оперированных лапаро- и эндоскопическим доступом ($1,05 \pm 0,47$ дней/ $0,55 \pm 0,17$ дней). При оценке сроков активизации больных более ранняя активизация характерна для пациентов, оперированных лапаро- и эндоскопическим доступом ($1,1 \pm 0,48$ сутки/ $0,56 \pm 0,28$ сутки), более продолжительная — во IV группе ($3 \pm 1,46$ сутки). Средняя продолжительность стационарного лечения в I группе составила $4,22 \pm 1,88$ койко-дней, во II группе — $3,02 \pm 1,04$ койко-дней, в III группе — $6,36 \pm 2,12$ койко-дней, в IV группе — $8,36 \pm 3,21$ койко-дней. Оценка осложнений проводилась согласно наиболее актуальной и востребованной в настоящее время классификации Clavien-Dindo 2004г. Интраоперационных осложнений не было ни в одной группе пациентов. При оценке ближайшего послеоперационного периода во IV группе в были отмечены 6 наблюдений местных раневых осложнений (образование сером, нагноение послеоперационной раны), не потребовавших дополнительных инвазивных вмешательств, что соответствует I классу согласно классификации Clavien–Dindo, по 1 наблюдению послеоперационного пареза кишечника, аллергического дерматита, неокклюзионного тромбоза вен нижних конечностей, двусторонней пневмонии соответствующих II классу осложнений, что дополнительно потребовало проведения антибактериальной, инфузионной, спазмолитической, десенсибилизирующей, антикоагулянтной

симптоматической терапии. Срок наблюдения за пациентами составил до 5 лет. Рецидив (0,01%) имел место у пациента, оперированного «открытым» доступом с ретромышкулярным размещением сетчатого эндопротеза, с развившимся в послеоперационном периоде нагноением лапаротомной раны.

Вывод. Более эффективными методами герниололастики при лечении пациентов с грыжами живота M2-3 W1-2, как правило первичными или послеоперационными R1-2, является лапароэндоскопический доступ с интраабдоминальным размещением сетчатого эндопротеза. При сочетании данных грыж с диастазом прямых мышц живота — использование эндоскопических технологий или гибридной герниопластики, более целесообразно, так как позволяет уменьшить продолжительность оперативного вмешательства, наркотической анальгезии, риск ранних послеоперационных осложнений, ускорить реабилитацию пациентов, тем самым сокращая сроки стационарного лечения.

АКТУАЛЬНОСТЬ РАЗРАБОТКИ И ИСПОЛЬЗОВАНИЯ 3D РОГОВИЦЫ В ОФТАЛЬМОТРАНСПЛАНТОЛОГИИ

Калугин В.В., Закирова И.И.

ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России, Оренбург

Цель исследования. Выяснить насколько безопасно и эффективно можно использовать 3D роговицу, как трансплантат, в глазной хирургии.

Материал и методы исследования. Основными методами для исследования являлись – сбор данных, анализ данных, индукция, обобщение. В качестве материала использовались официальные заключения учёных Мэрилендского университета США по изготовлению 3D роговицы.

Результаты исследования. Как было выяснено для создания

«топлива» принтера или изначального материала были использованы: коллагеновое вещество, которое добывали из стромы (основного слоя) роговицы человека и стволовые клетки, которые должны были являться движущей силой, то есть обеспечить биосовместимость 3D модели с естественным глазом. Технология 3D печати позволяет изготовить роговицу, с учётом особенностей каждого человека, предварительно выполняются высококачественный снимок глаза. В качестве источника для создания таких трансплантатов является биопринтер, который направлен на изготовление подобных структур, с использованием естественных человеческих компонентов в качестве «ингредиентов».

Выводы. Использовать данную методику в глазной трансплантологии можно, потому что за достаточно короткий промежуток времени можно устранить дефицит роговиц, которые нужны для пересадки миллионам людей, кроме того, для изготовления применяются естественные компоненты человеческого глаза, а это обеспечит гипоаллергенность, а также хороший уровень изначальной биосовместимости. Однако, стоит учитывать, что для выполнения данной манипуляции необходимо достаточно дорогое оборудование, а именно качественный медицинский манипулятор для осуществления снимков глаза человека, а также биопринтер, стоимость которого начинается от 1 миллиона рублей. Помимо этого, данный способ будет эффективен только в том случае, когда уровень живых стволовых клеток через 4 недели после изготовления импланта будет не менее 95%. Это время наиболее важно для биосовместимости родных структур глаза и 3D роговицы. Как показало исследование уровень живых стволовых клеток через несколько недель был в районе 85%, что не может гарантировать качественную пересадку на данный момент. Таким образом необходимо изготовить специализированный биопринтер, который будет применяться исключительно для создания 3D роговицы, а также использовать больше стволовых клеток в качестве компонента для её создания.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: РЕДКАЯ ХРОМОСОМНАЯ ПЕРЕСТРОЙКА У ПЛОДА

Капанова М.Т., Потапов А.А.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России,

ООО "Эвоген", Москва

Введение. Трисомия 8 – редкая хромосомная аномалия (ХА), частота встречаемости мозаичного варианта анеуплоидии составляет 1:25000-1:50000 новорожденных. В литературе в основном описаны клинические случаи мозаичной формы, большинство новорожденных имеют тяжелые врожденные пороки развития. Патогномоничный признак – поражение головного мозга, в частности агенезия мозолистого тела и гидроцефалия. Также характерны пороки сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта и черепно-лицевые дисморфии (микрогнатия, деформированные ушные раковины с аномальными мочками, эпикант и т.д.).

Цель работы: описать клинический случай редкой хромосомной перестройки у плода мужского пола.

Задачи: 1. Выполнить неинвазивный пренатальный тест (НИПТ) в рамках приказа Департамента здравоохранения города Москвы (ДЗМ) от 30.11.2021 №1181;

2. В случае выявления высокого риска по результатам НИПТ выполнить инвазивную пренатальную диагностику (ИПД) с помощью цитогенетического анализа и хромосомного микроматричного анализа (ХМА) полученного материала.

Материалы и методы. Согласно приказу Минздрава России от 20.10.2020 №1130н пациентке проведен комбинированный пренатальный скрининг I триместра, включающий определение уровня материнских сывороточных маркеров и проведение ультразвукового исследования (УЗИ) беременных женщин для расчета рисков ХА, задержки роста плода, преждевременных родов и преэклампсии. Далее пациентке был предложен

полногеномный неинвазивный пренатальный тест (НИПТ) – молекулярно-генетический скрининг, основанный на секвенировании внеклеточной фетоплацентарной ДНК плода из крови матери. Согласно приказу №1181 беременной женщине проведена ИПД с исследованием полученного материала методом ХМА. Амниотическая жидкость также была направлена на цитогенетическое исследование.

Описание клинического случая. Пациентка Р. 37 лет, данная беременность третья. Первая беременность в 2010 году протекала благоприятно: роды срочные, здоровая девочка. Вторая беременность завершилась прерыванием на сроке 15 недель по медицинским показаниям в связи с множественными пороками развития плода (ПРП). В 13 недель 1 день настоящей беременности пациентке был проведен комбинированный пренатальный скрининг I триместра: риск трисомии 21 хромосомы составил 1:20, трисомии 18 хромосомы – 1:47, трисомии 13 хромосомы – 1:15. При проведении УЗИ выявлены ПРП: ретрогнатия, латеральная расщелина, гипертелоризм, лучевая косорукость, отклонение электрической оси сердца. Беременная направлена на консультацию к врачу-генетику, где было рекомендовано проведение ИПД, от которой пациентка отказалась. По результатам НИПТ определен высокий риск трисомии 8 хромосомы. На повторном УЗИ выявлено укорочение бедренных костей, увеличение шейной складки, вентрикуломегалия. Пациентка приняла решение выполнить ИПД, проведен амниоцентез. Амниотическая жидкость направлена на цитогенетическое исследование, результат – на коротком плече 21 хромосомы определяется дополнительный материал, кариотип плода 46,XY,der(21)t(?;21). Для уточнения происхождения дополнительного генетического материала и в связи с высоким риском трисомии 8 хромосомы по результатам НИПТ выполнены ХМА амниотической жидкости и цитогенетическое исследование лимфоцитов периферической крови беременной. По данным ХМА обнаружена дупликация длинного плеча (q) 8 хромосомы с позиции 74325115

до позиции 146280020, захватывающая регионы с 8q21.11 по 8q24.3 размером: 71,954,905 пар нуклеотидов. По результатам цитогенетического исследования у беременной обнаружена реципрокная транслокация между хромосомами 1 и 5 и реципрокная транслокация между хромосомами 8 и 21, кариотип 46,XX,t(1;5)(q21;q31),t(8;21)(q13;p13). На основании данных исследований можно сделать вывод, что дополнительный генетический материал на 21 хромосоме плода материнского происхождения и является частью длинного плеча 8 хромосомы. В базах данных обнаруженная делеция определена как патогенная, связанная с задержкой развития и характерным фенотипом (в т.ч. с пороками развития плода).

Заключение. Описанный клинический случай демонстрирует эффективность применения полногеномного НИПТ в качестве скрининга не только частых, но и редких анеуплоидий и микрохромосомных перестроек. Применение НИПТ позволяет пациентам получить объективную информацию о состоянии плода и принять решение о проведении ИПД. Применение ХМА в диагностике ХА плода по сравнению с цитогенетическим исследованием позволяет подтвердить наличие микроструктурной перестройки.

ИНТРАКРАНИАЛЬНЫЕ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19

Карева С.А., Шагинян Г.Г., Шаров А.В., Любимов С.Н., Саршор С.В.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России,

ГБУЗ ГКБ им. Ф.И. Иноземцева ДЗМ, Москва

С момента регистрации первой вспышки новой коронавирусной инфекции непрерывно ведется работа по изучению патогенеза воздействия вируса SARS-CoV-2 на организм человека. Известно, что поражаются все клетки-мишени, имеющие рецепторы АПФ II типа, клеточную ТСП II типа.

Так как их число входят эндотелиальные, гладкомышечные клетки артерий и вен, некоторые иммунокомпетентные клетки, на наш взгляд, COVID-19-ассоциированная эндотелиальная дисфункция - основа полиорганной недостаточности, которая прогрессирует даже в стадии реконвалесценции НКИ, приводя к дебюту или декомпенсации хронических заболеваний. Факт прямого цитотоксического действия доказан: у всех пациентов с COVID-19 в крови циркулирует значительное число эндотелиоцитов, имеющих на мембране многочисленные отверстия, сопоставимые по диаметру с размером суперкапсида вируса SARS-CoV-2. Опосредованное действие проявляется при гиперактивации врожденного и приобретенного иммунитета. Цитокиновый шторм приводит к свободнорадикальному перекисному окислению липопротеидов стенки сосудов по всему организму. Поврежденный эндотелий в свою очередь склонен к стимуляции плазменного и тромбоцитарного пути свертывания крови (не исключена возможность и прямой активации агрегации тромбоцитов вирусом). Несмотря на то, что костная ткань имеет относительно богатую сосудистую сеть, распределение неоднородно и некоторые области остаются более уязвимыми. Уже через 72 часа после достижения ишемического порога вследствие тромбоза, в костной ткани обнаруживается разрежение: некроз гемопоэтических клеток, атрофия остеоцитов, липоциты.

Принимаемые при среднетяжелой и тяжелой формах COVID-19 кортикостероиды также способствуют резорбции костной ткани. Но это не единственная проблема, возникшая при их использовании. В проанализированных нами клинических случаях при посеве содержимого абсцессов лобной, верхнечелюстной пазух на стерильность были выделены возбудители оппортунистических инфекций. Это может свидетельствовать о значительном снижении иммунитета при терапии ГКС, особенно в сочетании с генно-инженерными препаратами.

В ГКБ им. Ф.И. Иноземцева – клинической базе кафедры нейрохирургии ФГБОУ ДПО РМАНПО за 2021 год пролечено 13 пациентов с

остеонекрозом верхней челюсти, скуловой, решетчатой костей. В дальнейшем 2 пациентам потребовалось проведение резекционной трепанации черепа с иссечением некротических участков лобных, теменных и височных костей. Пациенты выписаны из стационара без интракраниальных гнойно-воспалительных осложнений.

Ввиду ретроспективного анализа течения заболевания, ни одному из пациентов не была проведена селективная ангиография, подтверждающая наличие тромбоза сосудов. Однако обращают на себя внимание два симптомокомплекса, неизменно сопровождающие остеонекроз краниофациальной области на фоне постковидных лабораторных изменений крови.

Во-первых, возникновение первичного очага остеонекроза в бассейне верхнечелюстной артерии в среднем через 14 дней от начала COVID-19, отрицательные результаты при первых посевах на микрофлору, отсутствие стоматологических вмешательств в течение предшествующих 6 месяцев.

Во-вторых, появление нестерпимой головной боли, боли в области глазного яблока и лба, отчетливых признаков нарушения венозного оттока, возникновение наружной офтальмоплегии, расстройства чувствительности в зоне надглазничного нерва.

Проанализированные нами клинические случаи подтверждают возможность развития у пациентов в стадии реконвалесценции COVID-19 остеонекроза с последующим заселением некротических тканей возбудителями оппортунистических инфекций на фоне приема ГКС в высоких дозировках. К сожалению, эти пациенты после выписки из стационара столкнулись с изменением конфигурации лица, функциональными нарушениями, проявляющимися изменением зрительной оси, диплопией, снижением полей зрения, нарушением носового дыхания и прикуса.

Современные возможности лучевой диагностики и 3D моделирования, позволяют проводить полноценную как функциональную, так и эстетическую

реабилитацию пациента. Однако пластика дефектов возможна только после абсолютного устранения воспалительных изменений и не ранее чем через год после начала антимикотической терапии. Это ассоциировано с тяжелыми психическими нарушениями и социальной дезадаптацией.

Заключение. Необходим комплексный мультидисциплинарный анализ и создание новых рекомендаций по назначению ангиопротективной, антикоагулянтной, иммуносупрессивной, антибактериальной, антимикотической терапии при инфицировании COVID-19.

КОМОРБИДНОСТЬ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Карпушов С.А., Скрипкина Н.А.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва

ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина (Боткинская больница), Москва

Актуальность. Ишемический инсульт – острая сосудистая катастрофа, которая сопровождается появлением неврологического дефицита и часто приводит к утрате трудоспособности. Особое беспокойство вызывает развитие ишемического инсульта в молодом возрасте. Для уточнения факторов риска, особенностей течения и профилактики инсульта в молодом возрасте необходимо больше данных о коморбидных состояниях у молодых лиц с ишемическим инсультом, которые недостаточно изучены.

Цель. Изучить коморбидность у пациентов с ишемическим инсультом в молодом возрасте и ее влияние на тяжесть инсульта.

Материалы и методы. В исследование включены 48 пациентов от 18 до 42 лет с ишемическим инсультом. Для оценки коморбидности использовался индекс коморбидности Charlson (ИК) и кумулятивный индекс заболеваний (CIRS). Оценка тяжести инсульта осуществлялась по шкале

NIHSS (1 - легкая, 2 - средняя, 3 - тяжелая, 4 - крайне тяжелая). Для проверки статистических гипотез использовался ранговый критерий Краскела—Уоллиса. Степень связи между двумя переменными устанавливалась методом корреляционного анализа Спирмена.

Результаты. Средний возраст пациентов с ишемическим инсультом молодого возраста составил $36,25 \pm 6,1$ лет. Среднее значение NIHSS - $5,3 \pm 6,7$. Инсульт легкой степени по NIHSS выявлен у 75% пациентов, средней степени - у 14,6%, тяжелой степени – у 6,3%, крайне тяжелой степени – у 4,2%. Среднее значение ИК Charlson - $1,9 \pm 1,3$. Среднее значение индекса CIRS - $7,3 \pm 3,2$, медиана - 2,5. В панели ИК Charlson поражение периферических сосудов встречалось у 20,8%, сердечная недостаточность – у 10,4%, язвенная болезнь желудка/двенадцатиперстной кишки – у 10,4%, хронические неспецифические заболевания легких – у 6,3% пациентов. В панели CIRS частота встречаемости заболеваний периферических сосудов составила 70,8%, заболеваний Лор-органов и глаз – 25%, заболеваний сердца - 18,8%, заболеваний почек - 16,7%, заболеваний эндокринной системы и нарушений метаболизма - 16,7%. Статистически значимых различий показателей ИК Charlson и CIRS между группами пациентов с разной степенью тяжести инсульта по NIHSS не было выявлено ($p > 0,05$). Отмечена корреляция между возрастом и ИК Charlson ($p < 0,05$), а также между ИК Charlson и CIRS ($p < 0,01$).

Выводы. Заболевания сердца и периферических сосудов являются наиболее частыми коморбидными состояниями у больных ишемическим инсультом молодого возраста. Коморбидность у пациентов с ишемическим инсультом молодого возраста достоверно не различалась между группами с разной тяжестью инсульта. Вместе с тем, рост частоты коморбидных патологий наблюдается с увеличением возраста пациентов.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ИНВЕРТИРОВАННОЙ ПАПИЛЛОМЫ СИНО-НАЗАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Кашеев В.Н.

ФБУ ЦКБ Гражданской авиации, Москва

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва

Введение: Инвертированная папиллома (ИП) – доброкачественное новообразование слизистой оболочки респираторного тракта, развивающееся из мерцательного эпителия, характеризующееся инвазивным ростом в подлежащую строму и склонное к местнодеструктирующему росту и рецидиву.

Актуальность: Инвертированные папилломы – это редко встречающаяся доброкачественная опухоль. Они составляют, до 0.5% от всех опухолей полости носа. Для инвертированной папилломы характерна высокая склонность к рецидивам (в 3–19% случаев) и озлокачествлению (до 5%). Вопросы диагностики и лечения пациентов с инвертированной папилломой сино-назальной локализации остаются актуальными на сегодняшнее время. Часто встречаются случаи неверной постановки диагноза из-за непроведения полноценной дифференциальной диагностики.

Клинический случай: Пациентка И. 56 лет обратилась с жалобами на стекание слизистого отделяемого по задней стенке глотки, боль в левой половине лица, головные боли. Из анамнеза известно, что, первые симптомы стала отмечать около шести лет назад после перенесенного сильного стресса. На протяжении этих шести лет были выставлены следующие диагнозы: хронический фарингит, острый левосторонний гайморит, вазомоторный ринит, аллергический ринит.

При диагностике ее симптомов неоднократно назначалась обзорная рентгенография околоносовых пазух, на которых односторонний процесс с тотальным затемнением верхнечелюстной пазухи слева ошибочно принимался либо за острый левосторонний гайморит, или за одонтогенный

гайморит. В связи с этим получала многократные курсы системной антибиотикотерапии без положительной динамики. Поэтому было проведено множество пункций левой верхнечелюстной пазухи, без получения какого-либо патологического содержимого. А также перенесла эндодонтическое лечение зубов верхней челюсти слева без показаний.

Летом 2020 г. стала отмечать усиление головных болей, болей в области верхней челюсти, что заставило обратиться к стоматологу. Впервые за шесть лет стоматологом была назначена компьютерная томография околоносовых пазух, на которой обнаружено тотальное затемнение верхнечелюстной пазухи, передних клеток решетчатого лабиринта, лобной пазухи слева; признаки остейта левой верхнечелюстной пазухи; остальные околоносовые пазухи воздушны. После обследования пациентка обратилась за помощью в оториноларингологическое отделение ЦКБ Гражданской авиации.

При эндоскопическом осмотре в левой половине носа было обнаружено мягкотканое новообразование красного цвета, без изъязвлений. Была взята биопсия новообразования, по результатам гистологического исследования был выставлен диагноз: инвертированная папиллома левой верхнечелюстной пазухи.

Пациентке было предложено хирургическое лечение - удаление инвертированной папилломы под эндоскопическим контролем. Доступ к верхнечелюстной пазухе был осуществлен через прелакримальный подход. Место прикрепления опухоли было визуализировано на заднелатеральной стенке пазухи, опухоль удалена из верхнечелюстной пазухи через расширенное процессом естественное соустье. Для предотвращения рецидива было произведена коагуляция в месте прикрепления инвертированной папилломы. Далее опухоль удалена из передних клеток решетчатого лабиринта в пределах здоровой ткани и левой лобной пазухи по методу DRAF III.

Пациентка отметила исчезновение головных болей на следующий день

после операции. Она была выписана из стационара на 5-е сутки. Послеоперационный период протекал без особенностей. Пациентке было рекомендовано ежегодное выполнение компьютерной томографии носа и околоносовых пазух, для контроля рецидива инвертированной папилломы.

Заключение: Причинами односторонних процессов в околоносовых пазухах носа, подтвержденных на компьютерной томографии, могут быть: антрохоанальный полип, мукоцеле, одонтогенный синусит, злокачественные и доброкачественные новообразования, которые необходимо дифференцировать с инвертированной папилломой. В первую очередь необходимо выполнять биопсию с последующим гистологическим исследованием.

Верифицированный диагноз инвертируемой папилломы позволяет обосновать расширенный хирургический доступ для ее удаления. В данном клиническом случае использовался прелакримальный подход к верхнечелюстной пазухе.

Необходимо обращать внимание на то, что односторонние процессы в околоносовых пазухах не всегда бывают воспалительной природы. Поэтому нельзя не рассматривать новообразования околоносовых пазух при диагностике и выборе тактики ведения и лечения, несмотря на то что они встречаются гораздо реже.

ОСОБЕННОСТИ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У НОВОРОЖДЁННЫХ С КРОВОИЗЛИЯНИЯМИ РЕТИНАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Киреева В.А., Присич Н.В., Бржеский В.В.

ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, Санкт-Петербург

Актуальность исследования: Кровоизлияния в сетчатку у новорожденных являются нередкой патологией, встречаясь в диапазоне от

5,5% до 34% случаев [Emerson M.V. et al., 2001; Choi Y.J. et al., 2011], однако их этиопатогенез исследован крайне недостаточно. Особый интерес при этом представляет изучение состояния системного гемостаза, его особенностей у новорождённых детей с кровоизлияниями в сетчатку, которые оказывают различное влияние на развитие зрительных функций.

Цель исследования: выявить особенности системы гемостаза у новорождённых с кровоизлияниями в сетчатку с учетом показателей клинического анализа и коагулограммы пуповинной крови, а также сведений из акушерского анамнеза.

Материалы и методы. На базе Перинатального центра ФГБОУ ВО СПбГПМУ МЗ РФ обследованы десять детей, рожденных через естественные родовые пути, без грубой патологии, выявленной при перинатальном скрининге. В родильном зале Перинатального центра был произведен забор пуповинной крови для исследования показателей клинического анализа и коагулограммы. Оценке подлежали: количество тромбоцитов, активированное парциальное тромбопластиновое время (АПТВ), уровень фибриногена, тромбиновое время (ТВ), протромбиновое время, протромбиновый индекс, международное нормализованное отношение. Офтальмологическое обследование выполняли на 2-3-й день жизни детей с использованием бинокулярной офтальмоскопии и фотофиксации глазного дна на ретинальной педиатрической камере (RetCam3). Кроме того, были анализированы некоторые аспекты акушерского анамнеза: объём кровопотери в родах, продолжительность безводного промежутка, возраст матери, наличие анемии, наличие АВО несовместимости, масса при рождении. Для статистического анализа показателей применена программа «Statistica» с использованием критериев Манна-Уитни и Пирсона.

Результаты: из десяти детей у троих (30%) выявлены кровоизлияния в сетчатку (интра- и преретинальной локализации) различной степени выраженности, не затрагивающие ее макулярную область. Были

сформированы 2 группы пациентов: с ретинальными кровоизлияниями ($n=3$) и без них ($n=7$). В показателях акушерского анамнеза не было выявлено достоверного различия между пациентами обеих групп. Это касалось объёма кровопотери в родах ($p=0,30$), продолжительности безводного промежутка ($p=0,73$), возраста матери ($p=1,00$), наличия анемии ($p=0,88$), наличия АВО несовместимости ($p=0,19$), а также массы при рождении ($p=0,54$). При исследовании показателей системы гемостаза было выявлено достоверно значимое ускорение АПТВ ($p=0,06$) и ТВ ($p=0,02$) в пробах пуповинной крови, в то время как количество тромбоцитов ($p=1,00$), уровень фибриногена ($p=0,64$), протромбиновое время ($p=0,17$), протромбиновый индекс ($p=0,21$) и международное нормализованное отношение ($p=0,25$) не имели достоверного расхождения в обеих выборках. С учетом того, что оба сниженных в группе детей с внутриглазными кровоизлияниями показателя (АПТВ и ТВ) характеризуют плазменное звено гемостаза, их укорочение свидетельствует о сдвиге системы гемостаза в сторону повышения уровня антикоагулянтов в крови относительно прокоагулянтных компонентов [4]. Заключение: у новорождённых детей с кровоизлияниями в сетчатку показатели коагулограммы (АПТВ и ТВ) отличаются от таковой у новорожденных без кровоизлияний, в то время как анамнез течения беременности и родов у них достоверно не различается.

Выводы: Полученные результаты позволяют сделать предварительный вывод о сдвиге системы гемостаза у новорождённых с внутриглазными кровоизлияниями в сторону гиперкоагуляции и повышенного тромботического риска, что требует дополнительного изучения. Следует, однако, при этом учитывать, что «баланс» системы гемостаза у новорожденных отличается от такового у взрослых и характеризуется наличием множества компенсаторных механизмов, которые еще до конца не исследованы.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ФРОНТИТОВ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННЫХ РАДИКАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Кирсанова А.А.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва

Введение: Воспалительные заболевания околоносовых пазух являются одной из самых распространенных патологий в оториноларингологии. Несмотря на значительный успех в лечении и диагностики острых состояний, не редко наблюдается хронизация воспалительного процесса, что может привести к орбитальным и внутричерепным осложнениям. Хронический фронтит развивается в результате анатомических особенностей, при неправильном или несвоевременном лечении. В связи с развитием функциональной эндоскопической хирургии околоносовых пазух, многие операции выполняются эндоназально, так как данный метод имеет множество преимуществ. Однако он ограничен опытом хирурга, технической оснащенностью клиники, сложной анатомией лобно-решетчатой зоны. Поэтому наружные доступы к лобной пазухе не потеряли своей актуальности. К сожалению, не всегда эндоскопический метод позволяет выполнить необходимое хирургическое вмешательство на лобных пазухах в полном объеме, тогда хирург вынужден прибегнуть к комбинированному доступу.

Цель исследования: На примере клинического случая показать тактику хирургического лечения хронического двустороннего фронтита после неоднократно перенесенных радикальных операций, путем эндоскопической двусторонней фронтотомии комбинированным доступом.

Клинический случай: В 2000 году у пациентки А. 64 лет была обнаружена опухоль решетчатого лабиринта, по поводу которой в феврале 2000 года была проведена лучевая терапия.

В связи с неэффективностью лечения в марте 2003 г. выполнена операция: видеоассистированное удаление опухоли решетчатого лабиринта.

При плановом обследовании в 2005 г. взята биопсия полиповидного образования левой половины полости носа: комплексы высокодифференцированной аденокарциномы из слизистых желез.

В январе 2005 г. по поводу онкологического процесса выполнено хирургическое лечение, включающее удаление структур полости носа и медиальных стенок верхнечелюстных пазух, проведение интраоперационного фотодинамическая терапия (ФДТ).

С 2006 года появились боли, ощущение тяжести в области лобных пазух. Неоднократно обращалась к ЛОР-врачу по месту жительства, где проводили трепанопункции лобных пазух.

В 2009 г. в ЛОР-отделении ЦКБ ГА в связи с частыми рецидивами фронтитов под ЭТН была выполнена правосторонняя фронтотомия комбинированным доступом.

Пациентка проходила динамическое наблюдение до февраля 2022 года, жалоб не предъявляла. В марте 2022 года после падения отметила боль и ощущение тяжести в области лба, выбухание в проекции лобных пазух. По КТ ОНП верифицированы тотальное затемнение лобных пазух, костный дефект передних стенок лобных пазух и задней стенки левой лобной пазухи, остеома в проекции лобных карманов. С учетом особенностей клинической картины, результатов КТ и анатомических изменений после предшествующих радикальных операций, предложена и выполнена эндоскопическая двусторонняя фронтотомия комбинированным доступом. Результаты и их обсуждение: По результатам лечения отмечается выраженная положительная динамика. Наблюдается хороший косметический результат и отсутствие жалоб, сформированное соустье лобных пазух обозримо при эндоскопическом исследовании полости носа, состоятельно.

Выводы: Таким образом, эндоскопическая фронтотомия комбинированным доступом является перспективным методом лечения больных с хроническим фронтитом после радикальных операций.

АУТОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ПРАКТИКЕ ПЕДИАТРА НА ПРИМЕРЕ СЕМЕЙНОЙ СРЕДИЗЕМНОМОРСКОЙ ЛИХОРАДКИ: ТРУДНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ

Коба Ю.В.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва

Цель: продемонстрировать случай семейной средиземноморской лихорадки, рассмотреть клинико-anamнестические и лабораторные данные, проанализировать основные этапы дифференциальной диагностики аутовоспалительного заболевания.

Материалы и методы: проведен анализ истории болезни мальчика 5 лет, поступившего в педиатрическое отделение ДГКБ им. З.А. Башляевой с жалобами на повышение температуры до фебрильных цифр, боли в животе.

Результаты: Анализ клинико-anamнестических данных установил, что ребенок с отягощенным алергоanamнезом болен в течение последних двух лет. Несмотря на соблюдение гипоаллергенной диеты, в клинической картине отмечались эпизоды спастических болей в животе в сочетании с его вздутием и подъемом температуры до фебрильных цифр (продолжительность не превышала суток, цикличность имела тенденцию к учащению с 1 раза в месяц до 1 раза в неделю). Ребенок был неоднократно осмотрен педиатром и хирургом, острая хирургическая патология не выявлена, клиническая ситуация рассматривалась как течение инфекции.

В клинической картине на момент поступления обращали на себя внимание дефицит массы тела (SDS ИМТ -1,21 SD), интоксикационный синдром, склонность к запорам. Учитывая клинико-anamнестические данные, дифференциальный диагноз проводился между дебютом ВЗК, гастроинтестинальным проявлением пищевой аллергии, целиакией, течением инфекционного энтероколита, а также с учетом национальных особенностей с дебютом аутовоспалительного заболевания.

Первичное лабораторное обследование выявило присутствие маркеров острого воспалительного процесса (нейтрофильный лейкоцитоз, повышение СРБ до 49 мг/л). По результатам УЗИ брюшной полости наблюдалась картина мезентериальной лимфаденопатии, увеличение поджелудочной железы при нормальном уровне альфа-амилазы мочи (297,5 Ед/л).

На основании результатов серологического исследования исключены перенесенные ребенком бактериальные кишечные инфекции. Выявлены незначительные повышения антител IgG к ЦМВ и Эпштейн-Барр вирусной инфекции, что при нормальном уровне IgM и отрицательных результатах ПЦР констатировали факт перенесенной ассоциированной герпетической инфекции. Результаты аллергологического обследования позволили исключить IgE-опосредованную форму пищевой аллергии. Серологическое исследование, выполненное ребенку с нормальными параметрами гуморального иммунитета, не выявило повышения специфических маркеров системных заболеваний соединительной ткани, воспалительных заболеваний кишечника и целиакии.

По результатам эндоскопического исследования при отсутствии воспалительной патологии верхних отделов ЖКТ выявлена картина очагового колита (признаков ВЗК в исследуемом биоптате не выявлено). Вместе с тем на слизистой поперечно ободочной кишки выявлена живая особь круглого червя. По результатам ирригоскопии наблюдалась картина удлинения сигмовидной ободочной кишки, при отсутствии сужений на уровне толстой кишки.

Итак, клинико-anamnestические данные и результаты проведенного обследования показали наличие у ребенка с отягощенным аллергоанамнезом хронического запора на фоне анатомических особенностей толстой кишки, нематодоза. При этом выявленные изменения не позволили объяснить причины регулярных эпизодов фебрилитета и наличие островоспалительных маркеров, выявленных у ребенка на пике интенсивности абдоминального болевого синдрома.

Особенности клинической картины, результаты лабораторно-инструментальных исследований и национальные особенности определили исключение периодической болезни. Проведено молекулярно-генетическое исследование: в 10 экзоне гена MEFV обнаружена гомозиготная замена одного нуклеотида с.2080A>G, приводящая к замене аминокислоты p.(Met694Val). Мутации в гене MEFV описаны при классической аутосомно-рецессивной форме семейной средиземноморской лихорадки.

Выводы: Данный клинический пример демонстрирует сложность дифференциальной диагностики семейной средиземноморской лихорадки ввиду многообразия клинических проявлений, широкого спектра «заболеваний-масок», скрывающих аутовоспалительную природу заболевания. Характер и форма течения болезни определили необходимость проведения дифференциальной диагностики с дебютом ВЗК, целиакией, гастроинтестинальными проявлениями пищевой аллергии, инфекционным энтероколитом.

Ранняя верификация периодической болезни обеспечивает своевременное назначение патогенетической терапии, предупреждает развитие осложнений, прогнозируя благоприятный исход заболевания.

ПРИМЕНЕНИЕ НИЗКОТЕМПЕРАТУРНОЙ ПЛАЗМЫ В ТЕРАПИИ ЛУЧЕВЫХ РЕАКЦИЙ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Козырева В.О.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва

Введение. Применение воздушно-плазменного потока способствует быстрому купированию проявлений лучевых реакций, оказывая благоприятное влияние на поврежденные ткани, а также укорачивая срок реабилитации тяжелых онкологических пациентов в послеоперационном

периоде на фоне проведения дистанционной лучевой терапии.

Клинический случай. Пациент Н., 64 года, поступил в клинику им. проф. Ю.Н. Касаткина ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России в апреле 2021г. для проведения курса послеоперационной дистанционной лучевой терапии с клиническим диагнозом С03.1. Рак слизистой десны нижней челюсти справа рТ4aN0M0, IVa стадия.

Состояние после операции – селективной шейной лимфодиссекции справа, резекция нижней челюсти, тканей дна полости рта с пластикой дефекта малоберцовым аутотрансплантатом на микрососудистых анастомозах с левой голени от 25.01.2021г.

В процессе лучевой терапии (на область ложа нижней челюсти справа, разовая очаговая доза 2 Гр до суммарной очаговой дозы 60 Гр, и шейные лимфоузлы с двух сторон до суммарной очаговой дозы 50 Гр) у пациента развилось осложнение в виде местной лучевой реакции с образованием свищевого отверстия в области послеоперационного рубца. Лучевое лечение приостановлено, пациент направлен в отделение физиотерапии.

Status localis: при осмотре конфигурация лица изменена за счет отека в правой подчелюстной области и области щеки. Кожные покровы в правой подчелюстной области и области щеки гиперемированы, горячие на ощупь, имеется свищевое отверстие размером 1,5 см, края раны представлены грануляционной тканью, с наложением гнойного отделяемого. Открывание рта – ограничено, болезненное. Проводилась обработка низкотемпературной аргоновой плазмой области свища и подчелюстной области справа. Воздействие плазменным потоком проводилось на расстоянии 2-3 мм от поверхности очага по лабильной методике, скорость обработки 1-2 мм/с, общее время воздействия составило 180 с. Курс лечения состоял из 8 процедур. Первые 5 процедур проводились ежедневно, последующие через день. Также, после 5 процедур плазменного воздействия, в комплекс была включена общая магнитотерапия.

При компьютерной томографии мягких тканей шеи от 10.06.2021: нижняя челюсть справа замещена малоберцовым аутотрансплантатом, фиксированным пластиной на 11 винтах, положение ее типичное, без признаков нестабильности. По краям опилов аутотрансплантата костные разрастания до 3-5мм. Признаков деструкции сохраненных участков нижней челюсти не определяется. Мягкие ткани в области нижней челюсти ассиметричны, жировая клетчатка в правых отделах отечна, тяжиста. За период наблюдения у пациента отмечена положительная динамика в виде прекращения гноетечения, уменьшение гиперемии и отека в области поврежденных ионизирующим излучением тканей, закрытия свищевого дефекта кожи.

Переносимость процедур пациентом была хорошая, без побочных эффектов и нежелательных реакций. На фоне продолжения физиотерапевтического лечения, пациенту продолжена лучевая терапия.

Выводы. В описанном выше клиническом случае назначение низкотемпературной плазмы позволило продолжить дистанционную лучевую терапию в соответствии с первоначальным планом проведения лечения. Обработка области лучевого воздействия дает хорошие результаты, купирует проявления местных лучевых реакций, устраняя и предотвращая развитие бактериальных осложнений.

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА МЕТОДОМ ЛАЗЕРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ

Козырева С.Б., Костарев И.В.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва

ФГБУ НМИЦ колопроктологии им. А.Н. Рыжих Минздрава России, Москва

Актуальность: В лечении хронического воспаления эпителиального

копчикового хода (ЭКХ) применяется ряд хирургических методик, в основе которых лежит иссечение патологического субстрата заболевания с широким вскрытием кожных покровов. В связи с формированием широкого раневого дефекта, который диктует необходимость длительного восстановительного периода, в последнее время набирает популярность использование методов малоинвазивного лечения хронического воспаления ЭКХ, направленных на сохранение целостности мягких тканей и возможности воздействия непосредственно на выстилку свищевого хода. Одним из наиболее перспективных малоинвазивных методов является коагуляция стенок ЭКХ диодным лазером – sinus laser coagulation (SiLaC).

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

Материалы и методы: на базе НМИЦ колопроктологии им. А.Н. Рыжих в настоящее время проводится рандомизированное проспективное одноцентровое исследование, в которое планируется включить 80 пациентов с хроническим воспалением эпителиального копчикового хода. Пациентам планируется выполнение лазерной коагуляции свищевого хода при помощи диодного лазера с радиальным излучением мощностью 12 Вт, длиной волны 1560нм, в непрерывном режиме работы. В группе сравнения будет выполнено иссечение ЭКХ с подшиванием краев раны ко дну. Контроль заживления планируется проводить через 1 и 2 месяца после оперативного вмешательства с помощью клинического осмотра и ультразвукового исследования мягких тканей крестцово-копчиковой области. На сегодняшний день в исследование включено 21 пациент (20 мужчин и 1 женщина). В 12 случаях выполнена ликвидация эпителиального копчикового хода методом лазерной коагуляции, и 9 пациентам выполнен иссечение эпителиального копчикового хода с подшиванием краев раны ко дну.

Результаты: В группе SiLaC средний период наблюдения составил 5 месяцев (0,5–10) и более. В группе иссечения ЭКХ с подшиванием краев раны

ко дну средний период наблюдения составил 3 месяца (0,5–5). Пациенты наблюдаются до заживления ран. Признаков рецидива ЭКХ (по данным УЗИ мягких тканей крестцово-копчиковой на 30-й и 60-й дни) на данный момент исследования в обеих группах не отмечается. При оценке интенсивности болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале в группе SiLaC он составил в среднем $1 \pm 0,5$ (1–3) балл, в то время как после иссечения ЭКХ с подшиванием краев раны ко дну – 6 ± 1 (2–7) балл. Длительность процесса заживления ран в группе SiLaC в среднем составила 33 (30–38) дня у 9 пациентов, у 3 пациентов период наблюдения составил менее 1 месяца. Длительность заживления ран в группе иссечения ЭКХ с подшиванием краев раны ко дну составила 77,5 (70–86) дней. У 4 пациентов рана зажила с формированием рубца, в 5 случаях рана полностью не зажила, пациенты находятся под динамическим наблюдением.

Заключение: по предварительным результатам исследования, с учетом включения 12 пациентов в группу SiLaC и 9 пациентов в группу иссечения ЭКХ с подшиванием краев раны ко дну, методика с применением диодного лазера продемонстрировала хорошие результаты, сопоставимые с методикой иссечения ЭКХ с подшиванием краев раны ко дну. При этом методика SiLaC сопровождается меньшим болевым синдромом, более быстрым заживлением послеоперационных ран, однако для получения более достоверных результатов требуется дальнейший набор пациентов в исследование.

ИННОВАЦИОННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ КУРОРТНОЙ ТЕРАПИИ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ

Коломейцев В.В., Симонова Т.М., Чалая Е.Н.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Пятигорск

Цель исследования: Разработать новую высокоэффективную

технологии санаторно-курортного лечения неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) с комплексным применением природных и преформированных лечебных физических факторов, фито- и пелоидопрепаратов.

Материалы и методы. Наблюдались 40 больных с НАЖБП, получавших комплексную курортную терапию, включающую санаторно-курортный режим, лечебное питание (гипокалорийная диета), лечебную физкультуру, минеральную воду (МВ) «Славяновская» для внутреннего и наружного (ванны) применения по общепринятой методике (внутрь - в дозе 3,5 мл/кг массы тела за 30 минут до еды, в теплом виде, 3 раза в день; ванны - температурой 36-37°C, продолжительностью 15 минут, через день, на курс лечения – 8-10 процедур) и фонофорез смеси масляного раствора Тамбуканской лечебной грязи «Тамбуил» с маслом расторопши. (в соотношении 1:1) на область печени (методика лабильная, режим непрерывный, интенсивность 0,4–0,6 Вт/см², экспозиция 8 минут) ежедневно, 10 процедур на курс.

Результаты. Эффективность применения новой технологии комплексной курортной терапии НАЖБП характеризовалась улучшением клинической симптоматики у 82,5% и функционального состояния печени у 77,5% больных по основным показателям. Спектр положительных эффектов разработанной технологии характеризовался статистически значимым снижением активности ферментов, характеризующих цитолитический и холестатический синдромы: аланинаминотрансферазы с 47,8 (43,5; 49,7) до 33,6 (32,4; 35,7) Ед/л, аспартатаминотрансферазы с 39,7 (36,3; 42,8) до 32,5 (29,8; 35,4) Ед/л, гамма-глутамилтранспептидазы с 56,8 (52,9; 62,5) до 42,4 (36,0; 45,7) Ед/л и щелочной фосфатазы с 148,6 (142,2; 154,7) до 112,8 (108,5; 119,6) Ед/л ($p < 0,001$).

Позитивные сдвиги гемодинамики печени по данным ультразвуковой доплерографии отмечено у 80% больных. Гиполипидемическое действие

комплексной курортной терапии характеризовалось снижением уровней общего холестерина у 75% больных с 6,5 (6,2; 7,0) до 5,4 (4,8; 5,9) ммоль/л и триглицеридов – у 65% с 2,7 (2,2; 3,1) до 2,3 (2,0; 2,7) ммоль/л, а также повышением ХС ЛПВП у 57,5% с 1,31 (0,98; 1,58) до 1,68 (1,45; 1,81) ммоль/л ($p < 0,001$).

Корректирующее влияние на состояние перекисного гомеостаза проявилось снижением уровня малонового диальдегида с 5,87 (5,52; 6,13) до 5,02 (4,68; 5,36) мкмоль/л и повышением активности каталазы с 12,1 (11,5; 12,6) до 16,4 (15,8; 17,4) мКат/л ($p < 0,001$).

Нормализация и улучшение патологических показателей углеводного обмена выявлены у 72,5% и характеризовались снижением уровней гликемии с 5,71 (5,4; 5,88) до 4,68 (4,24; 4,91) ммоль/л, базального инсулина с 21,0 (20,1; 22,5) до 15,7 (13,5; 17,3) мЕд/мл и индекса НОМА с 5,23 (4,82; 5,57) до 3,37 (2,62; 3,79), свидетельствующие об уменьшении инсулинорезистентности (ИР) – основного критерия эффективности терапии метаболических поражений печени.

Таким образом, разработанная технология санаторно-курортного лечения НАЖБП с комплексным применением природных лечебных факторов, фито- и пелоидопрепаратов в виде фонофореза по сравнению с традиционными методиками способствует более выраженной благоприятной динамике клинических симптомов заболевания, функциональных проб печени, коррекции липидного обмена, а также печеночной гемодинамики.

В свою очередь улучшение функционального состояния печени приводит к снижению печеночной ИР – ведущего звена патогенеза НАЖБП. При этом общая эффективность курортной терапии повышается на 12-15%. Столь благоприятное влияние комбинированного применения этих лечебных факторов объясняется их однонаправленным потенцирующим действием на основные звенья патогенеза НАЖБП.

Выводы. Результаты исследования позволяют констатировать, что

включение фито- и пелоидопрепаратов в виде фонофореза в программы санаторно-курортного лечения пациентов с НАЖБП способствует существенному повышению эффективности терапевтических мероприятий.

НОВЫЕ ДЕВАЙСЫ ДЛЯ КОНТРОЛЯ ЛИХОРАДКИ У ДЕТЕЙ С COVID-19 И ДРУГИМИ ОСТРЫМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ

Колушкин Д.С., Пупыкина В.В.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России,

ГБУЗ ДГКБ им. З.А. БАШЛЯЕВОЙ ДЗМ,

ГАУЗ МО Химкинская областная больница, Москва

Введение: Измерение температуры тела сегодня абсолютно рутинная процедура. При проведении термометрии возможно использование самых разных измерительных приборов от контактных индивидуальных, до дистанционных. Сомнения в точности полученных измерений возникают при течении тяжелых инфекций, нарушении общего самочувствия, ощущении жара, головной боли. В связи с пандемией Covid-19 особе внимание уделяется раннему выявлению лихорадки и интерпретации полученных результатов. Дизайн исследования: рандомизированное контролируемое клиническое исследование.

Цель исследования: оценить эффективность суточного мониторинга температуры тела (далее – t тела) у детей с коронавирусной инфекцией COVID-19 (далее – COVID-19) и другими острыми респираторными вирусными инфекциями (далее – ОРИ) с помощью термографа медицинского «ТЕМПИК» (далее – «ТЕМПИК»)

Задачи исследования: 1. Провести сравнительную оценку эффективности суточного мониторинга t тела у детей с COVID-19 и другими

ОРИ с помощью «ТЕМПИК» и с помощью галинстанового термометра. 2. Оценить характер и особенности температурной кривой, формируемой «ТЕМПИК» при COVID-19 и других ОРИ. 3. Оценить влияние применения «ТЕМПИК» на объем жаропонижающей терапии. 4. Оценить безопасность и удобство применения «ТЕМПИК». Материалы и методы. В исследование включены 120 детей в возрасте от 3 месяцев до 3 лет, рандомизированных на 4 группы (гр.): ОРИ (гр. 1 Галинстановый термометр(гал.терм.) (n-30), гр. 2 «ТЕМПИК»+ гал.терм. (n-30)) и COVID-19 (гр. 3 гал.терм. (n-30), гр. 4 «Темпик»+ гал.терм. (n-30)). Продолжительность термометрии составляла от 3 до 10 дней.

Результаты: Оценка производилась 1гр.с 2 гр. и 3гр с 4 гр., временные точки для сравнения в 08.00, 15.00, 22.00 были зарегистрированы в индивидуальной карте. При сравнении общее среднее отклонение в гр. ОРИ ($0,90^{\circ}\text{C}$), в гр. COVID-19 ($0,83^{\circ}\text{C}$) Полученная температурная кривая при помощи «ТЕМПИК» отражала колебание температуры непрерывно в течении суток с записью кривой в мобильном приложении на телефоне родителя.

У 19 пациентов в гр. ОРИ и в гр. COVID-19 у 15 пациентов в связи с круглосуточной термометрией был отклонен профилактический прием жаропонижающих препаратов при лихорадке $38,2 - 38,4^{\circ}\text{C}$ в вечернее время в гр. «ТЕМПИК». У этой когорты пациентов применение жаропонижающих препаратов имело необходимость в ночное время по данным звукового сигнала о критическом подъеме t тела в гр. ОРИ и Covid-19, использовавших «ТЕМПИК». Оценка безопасности и удобства применения «ТЕМПИК» оценивалась по индивидуальным анкетам, которые были заполнены родителями или законными представителями детей.

Выводы

1. «ТЕМПИК» позволяет качественно с высокой достоверностью проводить контроль t тела ребенка, что позволяет вовремя реагировать на ее изменения. Выявленные погрешности измерений не имеют статистической

достоверности и могут не учитываться.

2. «ТЕМПИК» позволяет выставить критическое значение t тела при ее подъеме для каждого пользователя индивидуально, в зависимости от его преморбидного фона, что особенно важно в гр. детей с высоким риском фебрильных судорог и микроциркуляторных нарушений в плане предотвращения возможного развития неблагоприятных событий. Ориентирование на звуковой сигнал о критическом подъеме t тела позволяет использовать жаропонижающие препараты только по показаниям, без введения препаратов профилактически, что позволит не допустить осложнений по типу перехода «розовой» лихорадки в «белую» и оптимизировать прием лекарственного препарата.

3. Использование «ТЕМПИК» позволяет оценить тип лихорадочной кривой и провести сравнение в разных гр. детей с ОРИ и новой коронавирусной инфекцией.

4. Использование «ТЕМПИК» комфортно, удобно и не вызывает осложнений у детей при его длительном использовании. Нежелательных явлений в данном исследовании не наблюдалось.

5. Использование круглосуточного мониторинга t тела у детей с острым инфекционным процессом позволило снизить тревожность родителей по поводу лихорадки более чем в 95% случаев.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОТРАВЛЕНИЯ АНИЛИНОМ НА ПРОИЗВОДСТВЕ

Кузнецов О.А., Богачева А.С., Полозова Е.В., Калякина Д.О.,
Романова А.В.

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

ГБУ СПб НИИ Скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, Санкт-Петербург

Цель: проанализировать клинический случай острого отравления анилином на производстве. **Задачи:** исследовать основные причины и клинические симптомы острого отравления анилином в настоящее время, изучить тактику ведения пациентов при интоксикации, оценить прогноз больных.

Материалы и методы: осмотр пациента, работа с медицинской документацией, наблюдение, анализ научной литературы. Анилин и его производные активно применяются в промышленности для производства красителей и пигментов, антиоксидантов, пестицидов, фармацевтических препаратов, взрывчатых веществ, синтетических каучуков. Несоблюдение техники безопасности при работе с данным токсичным веществом—главная причина острых отравлений анилином в настоящее время. При попадании в организм человека, анилин индуцирует образование метгемоглобина (MetHb), который нарушает доставку кислорода к органам и тканям и повышает риск развития гемолитической анемии.

Клинический случай. Пациент 23 года, поступил в экстренном порядке в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) с предварительным диагнозом «Острое ингаляционное отравление анилином тяжелой степени. Токсикологическая энцефалопатия. Острая метгемоглобинемия».

Анамнез заболевания: больной почувствовал резкую слабость, головокружение, изменение цвета губ при работе на производстве, где

используется анилин. При нарастании симптомов мужчина вызвал скорую медицинскую помощь.

1 день госпитализации. В ОРИТ состояние пациента было оценено как тяжелое. Больной находился в сознании, был возбужден, эйфоричен. Цвет кожи землистый, наблюдается цианоз губ, носогубного треугольника, конечностей, слизистые бледно-розовые. Гемодинамика стабильна. ЧДД 16 в минуту. Уровень сатурации 80%. Клинический анализ крови: эритроцитоз (RBC— $5.23 \cdot 10^{12}/л$), нейтрофильный лейкоцитоз (WBC— $14.99 \cdot 10^9/г$, NEU—82.2%), тромбоцитоз (PLT— $488 \cdot 10^9/г$). Показатели общего анализа мочи, биохимического анализа крови, коагулограммы в пределах нормальных значений. Уровень MetHb в крови - 40%.

2 день госпитализации. Состояние пациента оценивается как тяжелое, динамика—положительная. Сознание ясное. Цвет кожи утром серовато-землистый, цианоз носогубного треугольника и губ сохранен. Вечером кожные покровы приобрели обычную окраску. Пациент жалуется на незначительную слабость. Гемодинамика стабильна. ЧДД 17 в минуту. Диурез самостоятельный, цвет мочи— темно-желтый. Уровень сатурации 95-97% при оксигенотерапии аппаратом Hamilton C1 в режиме NI Flow Fi O2 100% поток 20л/мин. Клинический анализ крови: Анемия легкой степени тяжести (Hb — 117 г/л), снижение лейкоцитов до нормальных значений (WBC — $9.0 \cdot 10^9/г$, #NEU — $5.5 \cdot 10^9/г$), снижение тромбоцитов до нормальных значений (PLT — $367 \cdot 10^9/г$). Уровень MetHb в крови — 3%.

Был поставлен диагноз: «Острое ингаляционное отравление анилином тяжелой степени. Токсикогипоксическая энцефалопатия. Острая метгемоглобинемия». В ОРИТ была проведена инфузионно-детоксикационная, нейрометаболическая терапия, гипербарическая оксигенотерапия аппаратом Hamilton C1 в режиме NI Flow Fi O2 100% поток 20л/мин. После чего пациент был переведен на токсикологическое отделение в состоянии средней степени тяжести, ясном сознании. Гемодинамика

стабильна: пульс, артериальное давление в пределах нормальных значений. Частота дыхательных движений 16 в минуту, при аускультации выслушивается жесткое дыхание без хрипов. Другие данные объективного осмотра без изменений. Диурез сохранен. Назначен курс гипербарической оксигенации.

Полученные результаты: метгемоглобинемия проявляется одышкой разной степени выраженности, цианозом, удушьем, головокружением, слабостью, угнетением сознания, аритмиями, острой сердечной недостаточностью. Летальный исход возможен при уровне MetHb более 70% в результате прогрессирующего ацидоза, ишемии и сердечно-сосудистого коллапса. Отравление анилином сопровождается уровнем MetHb свыше 1,5%, развитием гемолитической анемии, снижением сатурации, при вероятном сохранении других лабораторных показателей в пределах референсных значений. Гипербарическая оксигенация, введение метиленового синего, обменное переливание крови, а также сопутствующая инфузионно-детоксикационная и нейрометаболическая терапия рекомендованы при уровне MetHb выше 20%.

Выводы: данный клинический случай острого отравления анилином на производстве соответствует литературным данным и является классическим. После проведенного лечения пациент был выписан из стационара в удовлетворительном состоянии.

ИММУНОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВА ЛИМФОМЫ ХОДЖКИНА

Кузьменок Ю.А., Нечаев Е.В.

ИГМАПО - филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Иркутск

Актуальность. Современные варианты лечения лимфомы Ходжкина

(ЛХ) высокоэффективны. Однако в 20–30% наблюдений возникают рецидивы или первичная химиорезистентность. В таких случаях отмечена высокая эффективность иммунотерапии ингибиторами контрольных точек.

Цель. Оценить эффективность терапии ингибиторами контрольных точек при ЛХ у пациентов с рецидивом ЛХ.

Материалы и методы. Представлено клиническое наблюдение лечения пациентки с ЛХ вариант нодулярного склероза.

Клинический случай. Пациентка К., 1993 года рождения считает себя больной с сентября 2014 года, когда на фоне полного благополучия появились болезненность и отечность в левой подмышечной области. При мультиспиральной компьютерной томографии органов грудной клетки (МСКТ ОГК) выявлено поражение медиастинальных и подмышечных лимфоузлов. Ультразвуковое исследование (УЗИ) лимфатических узлов (ЛУ) - выявлены признаки поражения подмышечных, над- и подключичных ЛУ слева. Биопсия подмышечного ЛУ слева - морфологическая картина классической лимфомы Ходжкина, нодулярный склероз II типа с широкими фиброзными кольцевидными тяжами, обилием диагностических клеток типа Ходжкина, многоядерных Березовского – Штенберга.

Иммунофенотипирование (ИФТ): гистоструктура опухоли и иммунофенотип соответствуют диагнозу классической лимфомы Ходжкина, нодулярный склероз II тип. Согласно составленного плана лечения получила 13 введений лечебной полихимиотерапии (ПХТ) I линии по схеме ABVD с положительной динамикой (при МСКТ полная регрессия всех ЛУ).

В июне 2015г. обнаружила образование в левой молочной железе. С учётом данных проведенного обследования переведена в IV клиническую группу. Обсуждена коллегиально, рекомендовано проведение паллиативной ПХТ II линии по схеме ДНАР, проведено 2 курса, за время межкурсового перерыва локально отмечается отрицательная динамика в виде увеличения размеров инфильтрата в левой молочной железе в 3 раза. С учётом

отрицательной динамики, рекомендована смена ПХТ на III линию по схеме ICE. Проведено 3 курса ICE, достигнута частичная ремиссия. Продолжено динамическое наблюдение.

В декабре 2015 года появились жалобы на дискомфорт в левой молочной железе. Левая молочная железа больше правой, на 12 ч определяется образование до 3,0 см в диаметре, на 3 ч образование до 4,0 см в диаметре. Составлен план лечения: паллиативная ПХТ IV линии по схеме IGEV с последующей аутотрансплантацией костного мозга (ауто-ТКМ). Проведено 3 курса ПХТ IV линии по схеме IGEV. Отмечено прогрессирование в левой молочной железе.

Запланировано: 1. Забор аутологичных стволовых клеток периферической крови (ауто-СКПК). 2. Лучевая терапия (ЛТ) на левую молочную железу + подмышечный ЛУ слева 3. Терапия брентуксимабом (время подготовки к аутотрансплантации гемопоэтических стволовых клеток (ауто-ТГСК)). 4. Ауто-ТГСК. Попытка получить ГСК после мобилизации циклофосфаном безуспешна. Проведена ЛТ на надключично-подключично-подмышечную область слева дана суммарная очаговая доза (СОД) - 40 Гр, на левую молочную железу - СОД- 40 Гр.

Проведено лечение: 5 введение брентуксимаба ведотина. Достигнута стабилизация процесса. Попытка афереза на стабильном кроветворении после 5 курсов Брентуксимаба. Учитывая отсутствие ответа на стимуляцию, проведение афереза невозможно. Решено провести терапию ниволумабом. Проведено 6 введений ниволумаба. В декабре 2017 г. выполнена позитронно-эмиссионная компьютерная томография (ПЭТ КТ) - данных за очаговую патологию не выявлено, достигнута полная подтвержденная ремиссия. С целью консолидации, продолжено введения ниволумаба до 11 введений.

Лечение закончено в феврале 2018 г. Продолжается динамическое наблюдение

Результаты. В сентябре 2021 г. проведено контрольное обследования.

Признаков рецидива ЛХ не выявлено. Отмечена высокая эффективность терапии ингибиторами контрольных точек (ниволумаб) при ЛХ у пациентки с рецидивом ЛХ.

Вывод. Иммунотерапия при рецидивах ЛХ является высокоэффективным современным вариантом лечения и может быть рекомендована пациентам при невозможности проведения аутотрансплантации гемопоэтических стволовых клеток.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОРРЕКЦИИ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКИМ МЕТОДОМ И С ПОМОЩЬЮ АКУШЕРСКОГО РАЗГРУЖАЮЩЕГО ПЕССАРИЯ

Кузьмич Д.В.

ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, Санкт-Петербург

СПб ГБУЗ Родильный дом №1, Санкт-Петербург

Введение. Здоровье беременной женщины и здоровье ребенка является актуальной проблемой на сегодняшний день. Преждевременные роды могут привести к перинатальной смертности, недоношенные дети чаще страдают тяжелыми заболеваниями.

Истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН) является одной из распространенных причин спонтанных преждевременных родов. Состояние шейки матки играет важную роль в течении беременности и родов. Женщины с короткой шейкой матки подвергаются повышенному риску преждевременных родов.

Существует два основные тактики подхода при ИЦН. К хирургическим методам — наложение шва на шейку матки на сроке с 13 по 26 неделю гестации. Альтернативой хирургическому методу является использование

шеечных пессариев различной модификации. Таким образом, выбор метода коррекции ИЦН во время беременности должен быть дифференцированным.

Цель исследования. Провести сравнительный анализ эффективности использования при ИЦН наложения швов на шейку матки и акушерского пессария.

Материалы и методы. Исследование проведено на базе ГБУЗ Родильный дом №1 г. Санкт-Петербурга, в котором оказывает помощь пациенткам с ИЦН на сроке с 13 недель до 34 недель. За 2021гг. прошло 1130 пациентов с данным диагнозом. Наряду с общеклиническим обследованием в течение всей госпитализации проводилось мониторирование длины шейки матки и состояние внутреннего зева по данным УЗИ (Samsung WS80A), осуществлялась запись КТГ (Монитор Sonicaid Team IP).

Беременные с ИЦН были разделены на 2 группы: в первую группу включены 380 женщин, у которых применена активная (хирургическая) тактика; ко второй группе отнесены 460 женщин, у которых коррекция осуществлялась с помощью акушерского пессария (АРП). При подтвержденной методом ультразвукового исследования ИЦН все пациентки использовали интравагинальное введение микронизированного прогестерона в дозировке 200 мг 2 раза в день. Длительность лечения до 33 недель 6 дней беременности включительно.

Результаты исследования и их обсуждение. При анализе паритета в первой группе в анамнезе имели большее количество беременностей, чем во второй группе. При поступлении в стационар у пациенток первой группы средний срок гестации был 16–24 недель, во второй был в более поздние сроки. Во время предыдущих беременностей у первой группы пациенток проводились госпитализации по сохранению беременности или уже проводилась коррекция ИЦН различными методами.

При ультразвуковой диагностике длины шейки матки и состояния внутреннего зева был получены следующие данные. Установлено, что в обеих

обследуемых группах длина шейки матки на момент госпитализации была менее 20 мм и расширение цервикального канала в области внутреннего зева, что является высоким риском наступления преждевременных родов.

Следует отметить, что хирургический серкляж в первой группе проводился в сложных условиях, учитывая незначительную длину влагалищной части шейки матки. У пациенток с ИЦН и пролабированием плодного пузыря применение АРП приводит к инфицированию амниотических оболочек и риску разрыва плодных оболочек и преждевременном излитии околоплодных вод. Так же во второй группе присутствовали пациентки на ранних сроках, которым проводилась коррекция ИЦН, путем установки АРП, и в дальнейшем приводило к пролабиранию плодного пузыря, что требовала экстренной хирургической коррекции. Так же во второй группе пациентов чаще, как один из видов осложнения было преждевременное излитие околоплодных вод, что приводило к преждевременным родам.

В целом при сравнительном анализе двух тактик ведения по акушерским показателям заметное преимущество имеет активная тактика ведения, поскольку позволяет более длительно пролонгировать беременность. Следует обратить внимание на тот факт, что в случае активной тактики, удается продлить срок беременности до доношенного срока с минимальным количеством осложнений.

Заключение. Таким образом, полученные результаты позволяют сделать вывод, что активная тактика ведения значительно улучшает перинатальный прогноз, способствуют предотвращению риска преждевременных родов с продлением срока гестации до доношенного срока и снижением риска рождения недоношенных детей с тяжелыми патологиями.

ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ НОВОРОЖДЕННЫХ У ДЕТЕЙ СЕВЕРНОЙ-ОСЕТИИ

Кутуева М.И., Сидакова Д.Э.

ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России,

Республика Северная Осетия-Алания, Владикавказ

Введение. Гемолитическая болезнь новорожденных (ГБН) – заболевание, обусловленное иммунологическим конфликтом из-за несовместимости крови плода и матери по эритроцитарным антигенам.

Актуальность: ГБН в России диагностируют приблизительно у 0,6%–1% новорожденных, при этом частота развития резус-изоиммунизации за последние годы еще не имеет существенной тенденции к снижению. Перинатальная смертность при ГБН составляет 0,037%. Клинические проявления: желтушное окрашивание кожных покровов и слизистых, генерализованные отеки, анемия при рождении.

Цель исследования. Выделить ключевые моменты патогенеза, клинической картины и осложнений ГБН.

Материалы и методы. Изучены материалы историй болезни пациентов неонатологического отделения РДКБ г. Владикавказ, с диагнозом ГБН.

Результаты исследования. В 2020 г. из новорожденных, которые пребывали в РДКБ неонатологическом отделении было выявлено всего 22 больных с ГБН, из них 72,7% по АВ0-антигенам, 27,3% по резус-антигенам. А в 2021 г. было всего выявлено 16 новорожденных с ГБН, из них 62,5% по АВ0-антигенам, 37,5% по резус-антигенам.

Выводы: По результатам исследования новорожденных РДКБ г. Владикавказ 2020-2021гг. у новорожденных преимущественно проявляется ГБН по АВ0-антигенам. ГБН по резус-антигенам протекает тяжелее, чем по АВ0-антигенам. Также из форм болезни чаще всего встречается желтушная форма.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ДИСПЛАЗИИ ШЕЙКИ МАТКИ

Лавринюк Е.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно,
Республика Беларусь

Актуальность. Дисплазия шейки матки – патологический процесс, при котором нарушается дифференцировка клеток эпителия и происходит гистологическое упрощение строения тканей, чисто морфологическое понятие, которое означает атипию ее эпителия. Дисплазия шейки матки при профилактических осмотрах выявляется в 0,2—2,2% случаев, при этом частота дисплазий на фоне эктопии достигает 8,5%. По классификации Richart, в зависимости от глубины поражения поверхностного клеточного слоя шейки матки, выделяют 3 степени: CIN1, CIN2, CIN3, carcinoma in situ (CIS).

Цель – изучить факторы риска формирования дисплазии шейки матки.

Материалы и методы. Выполнен анализ 50 амбулаторных карт МЗРБ УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр» у женщин в возрасте от 18 до 73 лет с дисплазией шейки матки, поставленных на учет в УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр» с января 2020 по апрель 2021 года. У пациенток были проанализированы анамнез жизни, данные о возбудителях заболевания, результаты проведенных обследований.

Результаты и их обсуждение. Изучены амбулаторные карты 50 пациенток. Возрастная структура: до 20 лет – 1 пациентка (2%), 20-29 лет – 16 пациенток (32%), 30-39 лет – 19 пациенток (38%), 40-49 лет – 8 пациенток (16%), 50 лет и старше – 6 пациенток (12%). Среди них средний возраст составил 36.5 ± 4.3 года. У 33 женщин (66%) с выявленной патологией была беременность в анамнезе. 9 женщин (18%) делали аборты.

Наиболее частыми экстрагенитальными патологиями являлись: ОРЗ в 20 случаях (40%), хронический гастрит в 6 случаях (12%), ЖКБ, артериальная

гипертензия и миопия в 3 случаях (6%). Аллергологический анамнез отягощен у 4 пациенток (8%). Курение у себя отметили 5 пациенток (10%). У 24 пациенток (48%) была выставлена дисплазия легкой степени CIN1, у 21 пациентки (42%) – дисплазия умеренной степени CIN2, у 4 пациенток (8%) – дисплазия тяжелой степени CIN3, у 1 пациентки (2%) – carcinoma in situ. Был проведен и исследован 41 тест по Папаниколау. Результаты ПАП-теста: в 13 случаях (31.7%) – NILM, в 12 случаях (29.3%) – LSIL, в 6 случаях (14.6%) – HSIL, в 10 случаях (24.4%) – ASC-US. Самым частым возбудителем дисплазии шейки матки является вирус папилломы человека.

В связи с этим было проведено исследование о характеристике возбудителя. По результатам исследования в 39 случаях из 49 был выделен ВПЧ. Самые частые возбудители ВПЧ: 16 генотип - в 10 (25.6%) случаях из 39, при этом 52 и 18 генотип поровну – в 6 случаях (15.4%), 33 генотип- в 5 случаях (12.8%). У 12 пациенток были взяты мазки на ИППП. В 6 случаях (50%) пришел положительный результат на ДНК уреаплазмы, в 1 случае – на ДНК хламидии (8.3%).

Было проведено 34 цитологических исследований мазков из шейки матки. В 16 случаях (47%) были выявлены атипичные клетки, в 10 случаях (29.4%) - цитограмма в норме, в 8 случаях (23.5%) – воспалительный тип мазка. В ходе выполнения 25 кольпоскопических исследований установлено следующее: в 9 случаях (36%) – нормальная кольпоскопическая картина, в 11 случаях (44%) – аномальная кольпоскопическая картина, в 4 случаях (25%) – другие результаты (воспаление, эрозия), в 1 случае (4%) – кольпоскопическая картина carcinoma in situ.

Выводы. Таким образом, в формировании дисплазии шейки матки играют роль следующие факторы: возраст пациентки, вредные привычки, акушерский и гинекологический анамнезы, инфицирование высокоонкогенными типами ВПЧ, лидирующим из которых явился 16 генотип. Установлено, что данная патология превалировала у женщин 30–39

лет с беременностью в анамнезе, чаще всего выявлялась в ранней стадии CIN1, наблюдалась на фоне уреаплазмоза и аномальной кольпоскопической картины. Поэтому вредные привычки, экстрагенитальная патология и отягощенный гинекологический анамнез могут быть провоцирующими факторами для возникновения дисплазии шейки матки.

Исходя из этого необходимо регулярное диспансерное наблюдение женщин с выполнением обследования на ВПЧ и кольпоскопии при наличии фоновых заболеваний шейки матки.

ВЛИЯНИЕ SARS-COV-2 НА ПОКАЗАТЕЛИ МУКОЦИЛИАРНОГО КЛИРЕНСА У БОЛЬНЫХ С АНОСМИЕЙ И ГИПОСМИЕЙ

Лашманова К.С., Починина Н.К.

ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Пенза

Актуальность. Считается, что мукоцилиарная система - одно из важнейших звеньев барьерной функции органов дыхания, прежде всего за счет реснитчатого аппарата и слизистого отделяемого полости носа. Взаимодействием этих двух компонентов определяется мукоцилиарный клиренс.

Мукоцилиарный клиренс (МЦК) – это выведение трахеобронхиального секрета, которое обусловлено колебанием ресничек однослойного мерцательного эпителия слизистой оболочки. Данный механизм способствует очищению верхних дыхательных путей, что и обуславливает его барьерную функцию. С нарушением функционирования мукоцилиарного клиренса зачастую связано развитие заболеваний верхних дыхательных путей. Слизистая оболочка носоглотки является входными воротами респираторных вирусных инфекций. Вирусы в процессе своей репликации оказывают цитопатическое воздействие на клетки мерцательного эпителия, вызывая,

таким образом, его дисфункцию, приводя к уменьшению активности мукоцилиарного транспорта.

Цель исследования. Оценить влияние SARS-CoV-2 на показатели мукоцилиарного клиренса у больных с нарушением обонятельной функции.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 22 человека, в возрасте от 25 до 40 лет, которые ранее перенесли новую коронавирусную инфекцию. Все участники были разделены на две группы.

В первую группу вошли пациенты с нарушением обоняния.

В группе сравнения пациенты не имели каких-либо нарушений обонятельной функции.

Исследование мукоцилиарного клиренса проводилось посредством сахаринового теста. Основным принципом метода является воздействие кристалла сахарина на слизистую оболочку боковой поверхности нижней носовой раковины. Результат данного теста оценивается по времени появления сладкого вкуса во рту. Нормальным показателем считается диапазон времени от 1 минуты до 20 минут.

Результаты. В основной группе средний показатель составил 15–24 минуты. У пациентов основной группы с anosmией среднее значение сахаринового времени на $6 \pm 1,5$ минуты выше, чем у пациентов с гипосмией. В группе сравнения показатель колеблется в диапазоне 4–11 минут.

Заключение. У пациентов с обонятельной дисфункцией на фоне перенесенной новой коронавирусной инфекции наблюдается нарушение функционирования мукоцилиарного клиренса. Необходимо дальнейшие исследования в данном направлении, включая морфологическое исследование мерцательного эпителия у пациентов с перенесенной новой коронавирусной инфекцией.

МЕТОДЫ РЕВЕРСИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО РОСТА, ИХ ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ

Лебедева В.В., Ткаченко Н.В.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск,
Республика Беларусь

По данным всемирной организации здравоохранения за 2019 год было диагностировано 19,1 миллион новых случаев злокачественных новообразований и 9,6 миллионов смертей от данных заболеваний. Один из пяти мужчин и одна из шести женщин по всему миру в своей жизни сталкиваются со злокачественными опухолями, и один из восьми мужчин и одна из одиннадцати женщин умирают от них.

Во всем мире остро стоит проблема злокачественных опухолей, учитывая тот факт, что число случаев данных заболеваний под влиянием многих факторов растет из года в год. Что обуславливает необходимость стремительного развития уже существующих методов лечения, таких как: хирургическое удаление опухолей и метастазов, лучевая терапия, радиочастотная и химическая абляция, химиотерапия, гормональная терапия, иммунотерапия, а также поддерживающая терапия, направленная на уменьшение негативных побочных симптомов и улучшения качества человеческой жизни. Перечисленные ранее методы лечения стремительно развиваются, для каждого вида раковых опухолей, как по отдельности, так и в комбинации. Сегодня ученые разрабатывают новые, более эффективные методы лечения злокачественных образований, учитывая механизмы их влияний на организм.

Один из способов образования раковых опухолей — малигнизация доброкачественных образований. К примеру, достаточно частые малигнизации невусов в эндотелиомы, фибромы в саркому, аденомы в карциному. Возможно ли обратить рост злокачественной опухоли?

Результатами поиска ответа на данный вопрос стали десятки

исследований, описывающих удачный и неудачный опыт попыток реверсии злокачественного роста раковых опухолей. В настоящем сообщении будут рассмотрены основные способы и методы реверсии злокачественного роста, известные на данный момент, их теоретическая и возможная клиническая значимость. А именно: использование условий микросреды для реверсии раковых клеток; дифференцирующая противоопухолевая терапия; концепция онкогенной зависимости; перепрограммирование и трансдифференцировка раковых клеток.

Микроокружение опухоли является жизненно важным элементом онкогенеза и прогрессирования опухоли. Существует связь между раковыми клетками и стволовыми клетками раннего развития, включая их пластичность и механизмы передачи сигналов.

Дифференцирующая терапия применяется при запущенных формах болезни, при помощи которой злокачественные клетки превращаются в более зрелые (дифференцированные) под воздействием фармакологических агентов.

Онкогенная зависимость — это процесс, при котором рак с генетическими, эпигенетическими или хромосомными отклонениями становится зависимым от одного или нескольких генов. При типичном клеточном перепрограммировании клетки сначала преобразуются в состояние индуцированных плюрипотентных стволовых клеток, а затем дифференцируются по желаемой линии с образованием большого количества перепрограммированных клеток. Существует также прямое перепрограммирование клеток без стадии стволовых клеток (трансдифференцировка). И, хотя некоторые методы уже используются в качестве методов первой линии помощи при лечении опухолей, вопросы о “нормализации” опухолевой клетки до конца не изучены.

АФФЕКТИВНЫЕ И КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА

Литовченко К.О., Левин О.С.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва

Актуальность. Болезнь Паркинсона представлена не только моторными, но и немоторными нарушениями, важным проявлением которых являются аффективные расстройства. Эмоциональный статус оказывает влияние на общее самочувствие пациента, на его двигательную активность, а также тесно сопряжен с когнитивными функциями. По различным данным распространенность депрессии при болезни Паркинсона составляет 40-50%. Выделение спектра аффективных расстройств с последующей их фармацевтической коррекцией, позволит повысить эффективность терапии болезни Паркинсона.

Цель. Определить структуру аффективных нарушений у пожилых пациентов с болезнью Паркинсона без выраженных когнитивных нарушений.

Материалы и методы исследования. В исследование было включено 20 пациентов с болезнью Паркинсона и 20 пациентов пожилого возраста контрольной группы без данного заболевания. Критериями включения были: пациенты в возрасте от 60 до 74 лет, болезнь Паркинсона II и III стадии по шкале Хен-Яра. Критериями исключения были выраженные когнитивные нарушения. Всем пациентам был проведен неврологический осмотр. Оценка аффективных нарушений проводилась с помощью Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS), шкалы Монтгомери-Асберг для оценки депрессии (MARDS) и гериатрической шкалы депрессии (GDS-15). Когнитивные функции оценивались с помощью Краткой шкалы оценки психического статуса (MMSE). В контрольную группу вошли пациенты ГКБ им. С.П. Боткина без болезни Паркинсона.

Результаты. Средний возраст больных в основной группе составил 68.3 ± 4.29 лет, в группе контроля - 69 ± 4.27 лет. В группе больных с болезнью

Паркинсона аффективные нарушения были выявлены у 55% больных, в группе контроля - только в 15% случаях. При сравнении пациентов основной группы и группы контроля средний уровень депрессии по Госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS-D) составил 6.5 ± 2.67 баллов и 4.05 ± 2.04 баллов соответственно ($p=0.005$), по шкале Монтгомери-Асберг для оценки депрессии (MARDS) - 16 ± 5.84 баллов и 10 ± 6.16 баллов соответственно ($p=0.003$). По Краткой шкале оценки психического статуса (MMSE) средний балл в исследуемой группе составил 27.7 ± 1.34 баллов и 28.8 ± 1.15 баллов в группе контроля ($p=0.007$). Статистически значимых различий по выраженности тревоги по госпитальной шкале тревоги и депрессии и депрессии по гериатрической шкале депрессии между группами выявлено не было ($p>0.05$).

Выводы. У пациентов с болезнью Паркинсона аффективные нарушения встречаются практически в 5 раз чаще, чем у пожилых пациентов схожего возраста. Спектр аффективных нарушения при болезни Паркинсона представлен в большей степени депрессией, которая лучше выявляется с помощью Госпитальной шкалы тревоги и депрессии и шкалы Монтгомери-Асберг для оценки депрессии. Наличие депрессии у пациентов с болезнью Паркинсона сочетается с более низким баллом по Краткой шкале оценки психического статуса, что говорит о сопутствующих более выраженных когнитивных расстройствах, чем в группе контроля.

**СУХОЖИЛИЕ ДЛИННОЙ МАЛОБЕРЦОВОЙ МЫШЦЫ ГОЛЕНИ
КАК АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ АУТОТРАНСПЛАНТАТ ПРИ
ВОССТАНОВЛЕНИИ ПЕРЕДНЕЙ КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКИ
КОЛЕННОГО СУСТАВА**

Мазепин С.О.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва

Актуальность: Растущие знания и понимание биомеханики и кинематики коленного сустава побуждают к поиску новых хирургических техник и новых трансплантатов ПКС.

Цель исследования: Оценка среднесрочных результатов первичного артроскопического восстановления передней крестообразной связки коленного сустава с использованием ауто трансплантата из сухожилия длинной малоберцовой мышцы и сравнение результатов с контрольной группой пациентов, получивших первичное артроскопическое восстановление передней крестообразной связки с использованием ауто трансплантата из связки надколенника с двумя костными блоками.

Материалы и методы: В период 2017–2018 гг. было прооперировано 108 пациентов, из которых сформировано две группы: 55 пациентов – артроскопическое восстановление ПКС с использованием ауто трансплантата из сухожилия длинной малоберцовой мышцы; 53 пациента – артроскопическое восстановление ПКС с трансплантатом из связки надколенника с двумя костными блоками. Оценка функции коленного сустава в двух группах основывалась на клиническом осмотре, сборе анамнеза, результатах функциональных тестов, результатах МРТ, на данных инструментальных методов диагностики (КТ-1000) после оперативного лечения, ответах пациентов при заполнении шкал до операции и через два года после операции (Tegner Lysholm, IKDC). Дополнительно пациентам

исследуемой группы перед оперативным вмешательством и через 24 месяца после него производили исследование на плантографе. Также проводили оценку после оперативного вмешательства по шкале AOFAS.

Результаты. В группе 1 средний показатель по шкале Tegner Lysholm до операции составил $69,2 \pm 10,7$ балла, после операции – $92,2 \pm 10,4$ балла; по шкале IKDC до операции – $68,2 \pm 10,6\%$, после операции – $90,1 \pm 9,5\%$. КТ-1000 – $3,7 \pm 1,4$ мм, AOSAF – $95,3 \pm 7,5\%$. Разрыв ауто трансплантата в течение 2-х лет после операции выявлен у 4 из 50 пациентов, что составило 8%. Измерения на плантографе ПКС-01 через 24 месяца после операции не выявили изменений в своде стопы. В группе 2 средний показатель по шкале Tegner Lysholm до операции составил $70,2 \pm 11,6$ балла, после операции – $94,3 \pm 8,7$ балла. Среднее значение по шкале IKDC до операции – $68,6 \pm 8,7\%$, после операции – $91,5 \pm 8,2\%$. КТ-1000 – $3,4 \pm 1,2$ мм. Разрыв ауто трансплантата в течение 2-х лет после операции выявлен у 3 из 50 пациентов, что составило 6%.

Результаты выполненных операций в двух группах можно оценить как хорошие, статистически значимых различий не выявлено, что указывает на то, что ауто трансплантат из сухожилия длинной малоберцовой мышцы является альтернативным вариантом при первичном восстановлении ПКС

Выводы: Использование сухожилия длинной малоберцовой мышцы голени как альтернативный ауто трансплантат при восстановлении передней крестообразной связки коленного сустава является оптимальным и допустимым вариантом при повреждении передней крестообразной связки.

ОЦЕНКА СРЕДНИХ СРОКОВ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ЭНДСКОПИЧЕСКОЙ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИИ И СТЕНТИРОВАНИЯ ПРОТОВОКОВЫХ СИСТЕМ

Май С.А., Короткевич А.Г., Савостьянов И.В.

ГБУЗ НГКБ №29 им. А.А. Луцика, Новокузнецк

Цель исследования: Оценить сроки госпитализации пациентов с патологией желчевыводящей системы, которым выполнялась эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ), в зависимости от способов дренирования протоковых систем (холедох и панкреатический проток).

Материалы и методы. Были проанализированы истории болезни 163 пациентов, получавших лечение в нашей клинике в период с 2019 по 2021гг. В составе группы исследования было мужчин – 60 человек (36,81%), женщин – 103 (63,19%). Пациенты были в возрасте от 21 до 92 лет. Средний возраст составил $63,8 \pm 15,29$ лет. Всем пациентам выполнялось ЭПСТ в связи с различными патологиями желчевыводящей системы. Были выделены 4 группы пациентов в зависимости от способов дренирования протоковых систем. 1 группа – стентирование холедоха – 63 пациента (38,65%); 2 группа – стентирование панкреатического протока – 14 пациентов (8,59%); 3 группа – стентирование 2-х протоковых систем – 46 пациента (28,22%); 4 группа – стентирование не выполнялось - 40 пациентов (24,54%)

Полученные результаты: Средние сроки госпитализации пациентов в группах в зависимости от способа стентирования протоковых систем были следующие: В первой группе (стентирование холедоха) – $11,58 \pm 6,08$ койко-дней Во второй группе (стентирование панкреатического протока) – $11,42 \pm 8,78$ койко-дней В третьей группе (стентирование двух протоковых систем) – $14,7 \pm 10,49$ койко-дней В четвертой группе (без стентирования протоковых систем) – $9,57 \pm 3,71$ койко-дней В группе пациентов без стентирования койко-день статистически ниже, чем в группах пациентов, где

было выполнено стентирование протоковых систем. ($x=28,477$, $p=0,037$)

Выводы: Увеличение сроков госпитализации пациентов хирургического профиля после ЭПСТ может быть связано с выполнением стентирования протоковых систем.

КРИТЕРИИ, СРОКИ И РЕЗУЛЬТАТЫ ПОВТОРНОЙ МИКРОИМПУЛЬСНОЙ ЦИКЛОФОТОКОАГУЛЯЦИИ

Максимов И.В.

ФГБУ Клиническая больница Управления делами Президента РФ, Москва;

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва

Актуальность: В последние годы микроимпульсная технология с различными вариантами по длительности и интенсивности лазерного воздействия зарекомендовала себя как эффективная и безопасная процедура в лечении глаукомы. Однако до настоящего времени обсуждаются вопросы выбора оптимальных параметров лазера, длительность гипотензивного эффекта первоначально проведенной мЦФК в зависимости от стадии глаукомы, возможность и сроки проведения повторной мЦФК.

Цель: оценить результаты повторного применения микроимпульсной циклофотокоагуляции у пациентов с рефрактерной оперированной глаукомой.

Материал и методы. Обследовано 103 пациента в возрасте $73,7 \pm 10,8$ лет с неоднократно оперированной некомпенсированной первичной открытоугольной глаукомой (ПОУГ) развитой (19), далеко зашедшей (67) и терминальной стадии (17). До и после операции мЦФК всем пациентам проводилось комплексное офтальмологическое обследование. Процедура мЦФК проводилась под местной анестезией (прибор SUPRA 810, Quantel Medical, Франция) со стандартной заданной мощностью 2000 mW, рабочим циклом 31,3%, общим временем воздействия 160 сек. и общей энергией

лазерного воздействия 100 Дж. Операции проведены без осложнений. Срок наблюдения 15 месяцев. Результаты относительного успеха оценивались по критериям Каплана-Майера.

Результаты. Течение раннего послеоперационного периода проходило адекватно. Через 1 неделю гипотензивный эффект был достигнут во всех случаях. У 15 пациентов с развитой стадией глаукомы отмечено достоверное снижение показателей ВГД с $29,0 \pm 8,0$ мм рт. ст. (по Маклакову) до $18,4 \pm 2,3$ мм рт. ст. (на 36,6%; $p < 0,05$), у 52 больных с далекозашедшей стадией с $30,1 \pm 7,9$ до $19,4 \pm 1,9$ мм рт. ст. (на 35,5%; $p < 0,05$), у 12 пациентов с терминальной стадией - с $33,9 \pm 8,3$ мм рт. ст. до $27,1 \pm 3,5$ мм рт. ст. (на 20,1%; $p < 0,05$) через 15 месяцев наблюдения.

Таким образом, после первой процедуры мЦФК с энергией 100 Дж через 15 месяцев стабильное ВГД сохранялось в 79 (76,7%) случаях, у 24 пациентов в сроки 3-9 месяцев наблюдения отмечалась декомпенсация ВГД. У 79 пациентов со стабильным ВГД статистически значимых изменений МКОЗ, полей зрения и состояния диска зрительного нерва по данным ОКТ не отмечено. У 24 (23,0%) пациентов с нестабильным внутриглазным давлением после первой мЦФК были определены показания к повторной процедуре (ВГД > 21 мм рт.ст., снижение ВГД $< 20\%$ от базового, отрицательная динамика состояния диска зрительного нерва). Повторный сеанс мЦФК был выполнен у пациентов развитой (4), далекозашедшей (15) и терминальной стадии (5) глаукомы с общей энергией лазера 125 Дж. Дополнительных особенностей течения послеоперационного периода при повторной мЦФК не отмечено. Гипотензивный эффект в ранние сроки был достигнут во всех случаях. Компенсация ВГД сохранялась до 6 месяцев наблюдения у пациентов с развитой ($18,0 \pm 1,8$ мм рт.ст.; $p < 0,05$; снижение на 32,8% от исходного уровня) и далекозашедшей стадией ($18,9 \pm 1,3$ мм рт.ст.; снижение на 32,3%; $p < 0,05$). Наименее эффективно снижение ВГД зафиксировано у больных с терминальной стадией глаукомы: у 2 больных через 6 месяцев ВГД составило

21 мм рт.ст., у 3 - $26,5 \pm 1,9$ мм рт.ст. (снижение на 20,0%; $p < 0,05$). Однако больные отметили субъективное и клиническое улучшение: уменьшение боли и чувства тяжести в глазу, а также застойной инъекции и отека роговицы. Количество применяемых гипотензивных препаратов при 2 и 3 стадии значительно снизилось в среднем с $2,9 \pm 0,4$ до $2,3 \pm 0,3$.

Заключение. Проведение первичной мЦФК с лазерной энергией 100 Дж оказалось эффективной процедурой у 79 (76,7,0%) пациентов в сроки наблюдения 15 месяцев. Проведение повторной процедуры мЦФК у 24 пациентов с энергией лазера 125 Дж показало высокую эффективность в сроки до 6 месяцев - компенсация ВГД отмечена: при развитой (4) и далекозашедшей стадии (12), при терминальной стадии – у 2 из 5 пациентов. Критериями отбора для проведения повторной процедуры мЦФК послужили нестабильное ВГД, отрицательная динамика в слое нервных волокон перипапиллярной сетчатки по данным ОКТ.

Использование энергии лазерного воздействия в диапазоне 100–125 Дж является рекомендуемым режимом, доказывающим эффективность и безопасность процедуры, как при первичном, так и при повторном применении.

АНАЛИЗ РАЗМЕРОВ СЕГМЕНТОВ ЗУБНЫХ ДУГ В НОРМЕ И ПРИ ДИСТАЛЬНОМ ПРИКУСЕ

Малыгин А.М., Багрян С.М., Мнацакян Г.К.
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва

Актуальность проблемы обусловлена необходимостью дальнейшего углубленного изучения строения зубоальвеолярных дуг при аномалиях прикуса.

Цель исследования выявить особенности строения зубных рядов при

дистальном прикусе относительно нормы.

Материалы и методы. Изучены диагностические модели челюстей 48 человек с нормальным (ортогнатическим) прикусом и 63 пациентов с дистальным прикусом в возрасте от 8 до 18 лет по методике Герлаха (H. Gerlach).

Результаты исследования подтвердили целесообразность применения сегментарного анализа Герлаха для изучения строения сегментов зубных дуг в норме и при дистальном прикусе, поскольку они находятся в определенных соотношениях друг с другом. Разницу в величине сегментов нужно учитывать после анализа всей сегментарной формулы, так как увеличение одних сегментов нередко компенсируется уменьшением других, а это обеспечивает правильные межзубные контакты, в частности при ортогнатическом прикусе.

Контакты первых постоянных моляров (шестых зубов), названных Эдвардом Энглем (E. Angle) «ключом окклюзии», прямо зависят от суммы размеров верхних и нижних временных моляров. Если сумма размера нижних временных моляров больше чем сумма размера верхних временных моляров, то впереди их имеется мезиальная ступень, но сзади их дистальные поверхности находятся в одной плоскости, что прямо влияет на позицию позади прорезающихся первых постоянных моляров, которые устанавливаются в бугровых контактах или даже в неправильных (дистальных) контактах. Фактически они являются «ключом окклюзии», а первые постоянные моляры при смене зубов принимают своеобразную эстафету от вторых временных моляров (пятых зубов).

Сравнение сегментов в норме и при дистальном прикусе позволило выявить морфологические отклонения, позволяющие уточнить ортодонтическую диагностику. В частности, сравнение размеров боковых сегментов правой и левой стороны позволяет диагностировать смещение боковых зубов.

Заключение. При дистальном прикусе определено, что размеры нижних временных моляров были больше, чем верхних в среднем на 2,5 мм, а допустимый предел, по мнению Щварца (А.М. Schwarz), 2 мм. Это одна из причин (генетических) для дальнейшего неправильного установления шестых зубов в прикусе и формированию при смене зубов дистального прикуса. При дистальном прикусе типично нарушение соотношения между всеми сегментами зубных дуг, а именно: тенденция к увеличению верхнего переднего и уменьшению нижних боковых сегментов; увеличение верхних боковых сегментов по сравнению с нижними; увеличение верхнего переднего сегмента по сравнению с нижним; суммарное увеличение всех верхних сегментов относительно нижних. Полученные данные после сравнительного анализа сегментарной формулы в норме и при дистальном прикусе могут быть использованы не только для дифференциальной диагностики, но также еще для уточнения показаний к удалению отдельных зубов в целях комплексного лечения дистального прикуса.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ АНОМАЛИЙ ПРИКУСА И ОБРАЩАЕМОСТИ ЗА ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ ПОМОЩЬЮ

Малыгин А.М., Бедняков А.А., Осман М.Д.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва

Эпидемиологическая оценка распространения зубочелюстных аномалий у населения и нуждаемость его в ортодонтической помощи представляют актуальную проблему, а данные литературы весьма разноречивы.

Цель исследования сравнить литературные и собственные данные по встречаемости аномалий прикуса с количеством пациентов обратившихся за ортодонтической консультативной помощью.

Материалом для этого исследования послужили литературные данные по эпидемиологии: в Москве (Х.А. Каламкаров, А.М. Белый и соавторы); анализ за 30 летний период по стране сотрудниками кафедры ортодонтии РМАНПО (Ф.Я. Хорошилкина, Ю.М. Малыгин, А.А. Бедняков, Е.С. Самохина, Н.И. Велиева и др.). Собственным материалом послужили данные выкопировки консультативных заключений 458 пациентов.

Результаты. Частота встречаемости зубочелюстных аномалий весьма переменчива и колеблется от 11,5% до 71,7%; в среднем аномалии прикуса по стране встречаются у 30–35% населения. В возрастном аспекте по данным литературы аномалии в среднем встречаются: в период временного прикуса (3–6 лет) у 24% обследованных; в период сменного (6-12 лет) у 49%, в период формирования постоянного (12-18 лет) у 35%. Гендерные различия у детей до 12 лет с аномалиями прикуса были незначительными; а у реципиентов старшего возраста за помощью чаще обращались лица женского пола независимо от вида патологии.

Для анализа обращаемости пациентов за консультативной помощью мы проанализировали 458 заключений, сделанных зав. кафедрой ортодонтии РМАНПО проф. Ю.М. Малыгиным (2008 — 2022 г.г.). Процентное соотношение ведущих аномалий прикуса от их общего количества было следующим: нейтральный прикус у 223 пациентов (48,7%); дистальный — у 168 (36,7%); мезиальный — у 67 пациентов (14,6%).

В возрастном аспекте за консультативной помощью обратились: при временном прикусе 7 человек (1,54%); при сменном — 85 человек (18,56%); при формирующемся постоянном прикусе 164 человека (38,8%); при сформированном постоянном прикусе (от 18 лет и старше) 202 человека (44,1%). Гендерная характеристика лиц была следующая: с нейтральным

прикусом мужского пола 66 (14,41%) и женского — 157 (34,28%); с дистальным прикусом мужского пола 58 (12,66%) и женского — 110 (24,01%); с мезиальным прикусом мужского пола 25 (5,46%) и женского — 42 (9,18%); всего мужского пола 149 (32,53%) и женского — 309 (67,4%). Встречаемость аномалий прикуса у маленьких детей (3-6 лет) по данным литературы в среднем у 24%, а за помощью обратились 1,54% от количества проконсультированных.

Основных причин две — в период временного прикуса аномалии встречаются редко, а дети ещё малы, чтобы им оказывать аппаратное лечение. В период сменного прикуса (6-12 лет) распространение аномалий в среднем у 49% обследованных, а за консультативной помощью обратилось (18,56%), т.е. в 2,64 раза меньше. Возможная причина в том, что на консультацию были направлены пациенты только с резко выраженной патологией, нуждающиеся в помощи более высококвалифицированных специалистов.

В период формирующегося постоянного прикуса (12-18 лет) аномалии имеются в среднем у 35% обследованных и за консультативной помощью обратилось практически такое же количество пациентов (35,8%). В период сформированного постоянного прикуса (18 лет и старше) процент обратившихся был ещё больше и составил 44,1%. Это свидетельствует о том, что ортодонтическая помощь не является привилегией детского возраста, а в ней нуждаются различные возрастные группы населения!

Сравнительная оценка количества пациентов, обратившихся за консультативной помощью, показывает на его процентное увеличение с возрастом. Особенно это касается лиц женского пола, число которых было независимо от разновидности аномалии прикуса больше, чем мужского пола в 2-2,5 раза. Это тенденция наблюдается также среди пациентов, имеющих различную патологию, несмотря на тот факт, что дистальный прикус чаще наблюдается у лиц женского пола, мезиальный прикус — у лиц мужского

пола, а за различными видами ортодонтической помощи чаще обращаются девушки и женщины; и только среди детей младшего возраста практически нет гендерного различия.

Заключение: Всё это указывает на большое медико-социальное значение ортодонтического лечения, большую потребность в этой помощи не только детского, но и взрослого населения, его возрастающее желание к улучшению качества жизни.

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ВЫЯВЛЕНИЯ ЦЕЛИАКИЙНЫХ АНТИТЕЛ У БОЛЬНЫХ С IGA-НЕФРОПАТИЕЙ

Манцаева М.Е., Борисов А.Г., Стремоухов А.А.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва

ФГБУ ГВКГ им. Н.Н. Бурденко, Москва

Цель: разработать прогностическую модель выявления целиакийных антител (ЦА) у пациентов с IgA-нефропатией (IgAN).

Задачи: с использованием метода дискриминантного анализа создать прогностическое уравнение для определения ЦА у пациентов с IgAN в зависимости от имеющихся количественных показателей.

Материалы и методы: в исследовании приняло участие 50 пациентов с морфологически подтвержденной IgAN. Из них 46 мужчин и 4 женщины в возрасте от 18 до 63 лет. Средний возраст составил $35,96 \pm 9,8$ лет. Длительность основного заболевания на момент включения в исследование составила 48,0 [11,0-84,75] мес. Оценены основные лабораторные показатели крови: общий белок, альбумин, АЛТ, АСТ, креатинин, мочевины, мочевая кислота, IgA; мочи – эритроциты максимально в п/зр., белок разовой и суточной порции. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ), рассчитанная по формуле СКД-ЕРІ мл/мин/1,73м². Измерение артериального давления

проводилось стандартным методом. Дополнительно в сыворотке крови оценены серологические маркеры целиакии: антитела IgA к деамидированным пептидам глиадина и антитела IgA к тканевой трансглутаминазе.

В результате проведенного исследования пациенты были распределены на 2 группы. 1 группа (n=10) пациенты с IgAN и выявлением ЦА в крови; 2 группа (n=40) пациенты с IgAN без выявления ЦА в крови. Построение прогностической модели вероятности определенного исхода выполнялось при помощи дискриминантного анализа. Статистический анализ полученных данных проводился с использованием программы SPSS Statistics 26.0 (IBM, США).

Результаты: нами была разработана прогностическая модель для определения вероятности выявления целиакийных антител у пациентов с IgAN. В результате проведенного дискриминантного анализа с пошаговым отбором предикторов была получена следующая модель (1): $Y_{ЦА} = -1,382 + 1,177 * X_{СПУ}$ (1) где $Y_{ЦА}$ – дискриминантная функция, характеризующая вероятность выявления целиакийных антител, $X_{СПУ}$ – суточная протеинурия (г/сут) Константа дискриминации, разделяющая исследуемых на две группы, определялась как значение функции, равноудаленное от центроидов, которые составили в группе с отсутствием ЦА -0,246, а при наличии ЦА 0,973. Соответственно, константа дискриминации равна 0,365.

При сравнении средних значений дискриминантной функции в обеих группах с помощью коэффициента λ Уилкса, были установлены статистически значимые различия ($p=0,001$). Принадлежность пациентов к группе высокого или низкого риска выявления ЦА определялась исходя из рассчитанных значений прогностической дискриминантной функции (1): при значении функции более 0,365 пациент относился к группе высокого риска выявления ЦА, при значении функции менее 0,365 – относился к группе низкого риска выявления ЦА.

Исходя из значений коэффициентов дискриминантной функции (1), следует отметить увеличение вероятности выявления ЦА при увеличении значений СПУ. Чувствительность модели составила 70,0%, специфичность – 80%. Диагностическая эффективность модели составила 78%.

Выводы: по нашим данным, более выраженной протеинурии у пациентов с IgAN соответствует более частое выявление ЦА, что подтверждается результатами прогностического уравнения с использованием метода дискриминантного анализа. Наличие ЦА в крови больных IgAN предполагает дополнительные терапевтические стратегии с целью снижения активности основного заболевания. Таким образом, на наш взгляд целесообразно введение в стандарты обследования пациентов нефрологического профиля проводить скрининг на ЦА, особенно пациентов с IgAN и выраженной протеинурией.

ГОСПИТАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОТКРЫТОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АНЕВРИЗМ ЭКСТРАКРАНИАЛЬНОГО ОТДЕЛА СОННЫХ АРТЕРИЙ

Масалимов Н.Р., Чупин А.В.

ФГБУ НМИЦ хирургии имени А.В. Вишневского, Москва

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва

Актуальность: Аневризмы экстракраниального отдела внутренних сонных артерий, являются редким сосудистым заболеванием, на долю которых приходится около 1% от всех аневризм периферических артерий. Данная нозология сопряжена с развитием таких грозных осложнений, как тромбоэмболия в головной мозг и компрессия черепных нервов. Несмотря на активное развитие высокотехнологичных методов лечения в сосудистой хирургии, лечение экстракраниальных аневризм сонных артерий остается

актуальной и не до конца решенной задачей. Анализируя данные мировой литературы открытое или эндоваскулярное лечение имеют примерно одинаковые ближайшие результаты. Учитывая отсутствие рандомизированных клинических исследований в данной области, остается открытым вопрос о “золотом стандарте” лечения данного заболевания.

Цель: анализ госпитальных результатов открытого хирургического лечения аневризм экстракраниального отдела сонных артерий.

Материалы и методы: В исследование включено 11 пациентов (8 женщин и 3 мужчин) с аневризмами экстракраниального отдела сонных артерий, проходивших лечение в НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского в период с 2014 по 2020 годы. Средний возраст составил 56 ± 14 лет (от 29 до 73 лет).

Результаты: В 5 случаях выполнена резекция аневризмы с протезирование синтетическим протезом, в 5 случаях выполнена резекция аневризмы с анастомозом “конец-в-конец”, в 1 случае лигирование ВСА. Средний размер аневризмы составил 3.7 ± 1.9 . Госпитальная летальность составила 0%. В ближайшем послеоперационном периоде развилось острое нарушение мозгового кровообращения у 1(9%) пациента, повреждение ЧМН возникло у 5(45%) пациентов, п/о кровотечение 1(9%) пациента. Зона реконструкции проходима у 100% пациентов. Технический успех операции составил 91%.

Заключение: Открытая реконструктивная операция является безопасным и эффективным методом предотвращения осложнений аневризм экстракраниального отдела сонных артерий.

ДИУРЕТИЧЕСКАЯ ДИНАМИЧЕСКАЯ НЕФРОСЦИНТИГРАФИЯ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ПОКАЗАНИЙ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ГИДРОНЕФРОЗА У ВЗРОСЛЫХ

Махмадалиев А.И., Серегин А.А.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва

Актуальность: Широкое распространение скрининговых методик лучевой диагностики привело к увеличению частоты выявления пиелоектазий у взрослых. (I-начальная стадия гидронефроза по классификации Н.А. Лопаткина, 1969г.). Стандартная динамическая нефросцинтиграфия (ДНСГ) в 30% случаев не позволяет дифференцировать пиелоектазию от обструкции, характерной для гидронефроза. Проведение функциональной пробы с фуросемидом при ДНСГ предлагается для дифференциальной диагностики таких неравнозначных состояний.

Цель исследования: Оценить эффективность диуретической динамической нефросцинтиграфии в диагностике гидронефроза у взрослых.

Материалы и методы: С января 2017 по январь 2022 года в радиологической и урологической клиниках РМАНПО было обследовано 162 пациента с расширением ЧЛС. 80 пациентов имели клинические симптомы гидронефроза: боли на стороне поражения, пиелонефрит и уролитиаз в анамнезе. Всем пациентам проведена стандартная ДНСГ в положении сидя. В качестве радиофармпрепарата использовался ^{99m}Tc -ДТРА. В 142 случаях проведена диуретическая проба с фуросемидом в дозе 20мг, который вводился на 20 минут исследования.

Результаты: Время полувыведения менее 10 минут, что свидетельствует об отсутствии нарушения уродинамики, отмечено у 20 (14%) (из 142) пациентов при стандартной ДНСГ. Еще у 63(44%) пациентов отмечена нисходящая кривая и быстрое достижение времени полувыведения в течение 10 минут после введения фуросемида (диуретическая ДНСГ). Из них только у 10 пациентов имелись эквивокальные изменения при стандартной ДНСГ

(время полувыведения от 10 до 20 минут). У 59(42%) пациентов сохранилась обструктивная кривая и время полувыведения не было достигнуто за время исследования. Интересно, что из 80 пациентов с клиническими симптомами 75 больных (94%) имели обструктивную кривую при стандартной ДНСГ и только 65(81%) пациентов при диуретической. У 15 пациентов (19%) кривая не носила обструктивный характер. При оценке функционального вклада почек выявлено, что у 22 (15,5%) пациентов дифференциальная почечная функция (реноиндекс) на стороне поражения составила менее 25 процентов.

Выводы: Проведение диуретической динамической нефросцинтиграфии позволило выявить в три раза больше пациентов (44% против 14%) с отсутствием обструкции при расширении ЧЛС, чем при стандартной ДНСГ, что позволило этим пациентам избежать оперативного лечения. Выявленные отличия свидетельствуют о необходимости введения диуретической динамической нефросцинтиграфии в стандарты обследования пациентов с подозрением на гидронефроз.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ COVID-19 У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ДИАРЕИ

Минеева В.Г., Лесина О.Н., Карнеева Ж.Н.

ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

ГБУЗ Пензенский областной клинический центр специализированных видов
медицинской помощи, г. Пенза.

Актуальность: COVID-19 может начаться не с кашля и повышенной температуры, а с тошноты и диареи. По данным большинства зарубежных исследователей, значительная часть пациентов госпитализируется с гастроинтестинальными симптомами (26—50,5%). При сопоставлении данных о частоте гастроинтестинальной симптоматики при тяжелых и легких

вариантах COVID-19 имеются разноречивые мнения.

Цель: изучить клинико-лабораторные особенности COVID -19 у пациентов с синдромом диареи.

Материалы и методы. Проведён ретроспективный анализ 40 историй болезни пациентов с новой коронавирусной инфекцией COVID-19, протекавшей с синдромом диареи, находившихся на стационарном лечении в ГБУЗ ПОКЦ СВМП (29 женщин и 11 мужчин от 22 до 84 лет, средний возраст $53,5 \pm 17,55$ лет). Этиологическая верификация проведена методом полимеразной цепной реакции путём определения РНК SARS-CoV-2 в анализах мазка из носо- и ротоглотки. Всем больным проводилось бактериологическое исследование кала и ПЦР кала на ротавирусы и норовирусы для исключения бактериальных и вирусных кишечных инфекций.

Результаты. Пациенты были разделены на две группы: 1 группа – 22 пациента молодого и среднего возраста (22–59 лет), 2 группа – 18 больных пожилого и старческого возраста (60–84 года).

В 1 группе 59% имели сопутствующие заболевания, среди которых преобладал остеохондроз позвоночника – 27,3% и патология ЖКТ (хронический панкреатит, хронический гастрит, хронический холецистит, рефлюкс-эзофагит) – 31,8%.

Во 2 группе 100% пациентов имели коморбидные состояния: ИБС – 88,9%, ГБ – 83,3%, патология ЖКТ – 27,8%, в том числе у двух – онкология. По 3–4 фоновых заболевания имели 83,3% пациентов 2 группы. Все пациенты поступали в стационар с жалобами на жидкий стул, слабость отмечалась у 31,8% в 1 группе и 55,6% - во второй, повышение температуры у 63,3% в 1 группе и 72,2% - во 2-й, тошнота у 36,4% в 1 группе и 22,2% - во 2-й, рвота у 77,3% и 44,4%, боли в животе у 31,8 и 16,7% больных соответственно в группах. Жалобы на одышку (18,2%), озноб (9%), катаральные явления (9%), головную боль (4,5%) предъявляли только пациенты 1 группы, у двух человек во 2 группе отмечалось обморочное состояние с потерей сознания. В

состоянии средней степени тяжести поступили 97,5% пациентов, только один больной 2-й группы – в тяжелом состоянии. Поражение легких выявлено у 50% пациентов 1 группы (преобладал объем поражений КТ1 – 36,4%, КТ2 – 13,6%) и у 83,3% больных 2-й группы (КТ1 – 55,6%, КТ-2 – 22,2%, КТ-3 – 5,5%). Лейкопения отмечалась у 22,7% пациентов 1 группы и 38,9% -2-й, лейкоцитоз в среднем до $15,2 \pm 2,3 \times 10^9/\text{л}$ – у 45,4% больных 1 группы и до $12,2 \pm 3,1 \times 10^9/\text{л}$ у 50% человек 2-й группы. Тромбоцитопения отмечена у 31,8% ($115,7 \pm 17,8 \times 10^9/\text{л}$) в 1 группе и у 66,7% во 2 группе ($143,3 \pm 15,4 \times 10^9/\text{л}$). Воспалительные изменения по данным СРБ чаще встречаются (у 83,3%) и более выражены (СРБ - $56,1 \pm 21,3$ мг/л) во 2 группе по сравнению с первой (у 63,6%; СРБ- $28,6 \pm 15,7$ мг/л) Среднее пребывание в стационаре составило $12,5 \pm 5,9$ дней (в 1 группе – $9,1 \pm 3,8$ день, во 2-й – $16,3 \pm 5,62$ дня). Все пациенты выписаны с улучшением.

Выводы:

- 1) сопутствующие заболевания в виде патологии ЖКТ у пациентов с диареей при COVID-19 встречаются в 29,8% случаев;
- 2) у пациентов с COVID-19 и наличием диарейного синдрома, заболевание протекает преимущественно в среднетяжелой форме без развития «цитокинового» шторма и с умеренным поражением легких, преимущественно с объемом поражения КТ-1(45%), а в 35% случаев без вирусной пневмонии;
- 3) пациенты молодого и среднего возраста с COVID-19 и синдромом диареи имеют более яркие клинические проявления с тошнотой и болью в животе у каждого третьего больного, рвотой в 77,3% случаев, а также с одышкой, ознобом, катаральными проявлениями, головной болью;
- 4) у пациентов пожилого возраста чаще на фоне диареи встречаются слабость (55,6%), повышение температуры (72,2%), обморочные состояния;
- 5) изменения в лабораторных показателях (лейкопения, лейкоцитоз, тромбоцитопения) чаще встречаются у пожилых пациентов, но более

выражены в молодом возрасте; б) воспалительные изменения по данным СРБ чаще встречаются (у 83,3%) и более выражены у пациентов пожилого возраста

ОСОБЕННОСТИ ОТВЕТА НА НЕОАДЬЮВАНТНУЮ ХИМИОТЕРАПИЮ ПРИ АГРЕССИВНОМ ЛЮМИНАЛЬНОМ HER2-НЕГАТИВНОМ РМЖ С HER2LOW ЭКСПРЕССИЕЙ

Морозов Д.А.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва

Актуальность: изменения в морфологической классификации последних лет и выделение подгруппы опухолей с низкой экспрессией рецептора HER2 (HER2low) ставят новые задачи перед онкологами по оценке клинических и биологических особенностей таких карцином, а также предикторной роли HER2low статуса в достижении полного регресса опухоли на НАХТ.

Цель: оценка клинико-морфологических особенностей и ответа на неоадьювантную химиотерапию (НАХТ) у больных с агрессивным HR+ HER2-негативным РМЖ с HER2 low экспрессией

Материалы и методы: в исследование включено 64 женщины с HR+ HER2-негативным РМЖ II–III стадий (медиана KI67 – 45%, от 20 до 98%). Медиана возраста пациенток составила 47 лет (31–76), BRCA1/2 мутации при медико-генетическом исследовании выявлены у 10,2% женщин. Первично-операбельные стадии (сT1-3N0-1) имели 76,6%, местно-распространенный РМЖ (сT4, сN2-3) - 23,4% пациенток. Статус HER2 соответствовал отсутствию экспрессии (HER2-0) и экспрессии HER2low (1+ и 2+/при отсутствии амплификации гена) – по 50% случаев. Уровень TILs <10%, 10–20% и >20% был выявлен в 71,4%, 10,7% и 17,9% случаев. После проведения НАХТ с включением антрациклинов и таксанов ± препаратов платины (у больных с

BRCA-мутациями) пациенткам выполнена радикальная операция (мастэктомия или органосохраняющая с регионарной лимфодиссекцией или биопсией сторожевого лимфоузла) с оценкой частоты достижения полного патоморфологического ответа (pCR) и класса остаточной опухолевой нагрузки (on-line калькулятор RCB). Были проанализированы ключевые клинико-морфологические особенности и ответ на НАХТ у пациенток с HER2-отрицательным и HER2low статусом, статистический анализ проведен с использованием международной статистической программы SPSS 20,0, различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты: больные с HER2low экспрессией по сравнению с HER2-0 статусом значимо чаще имели крупные размеры опухоли – размер T4 (34,4 vs 9,4%, $p=0,012$), местнораспространенные стадии (34,4 vs 12,5%, $p=0,039$) и реже имели высокий уровень TILs > 20% - 10,3 vs 25,9%, $p=0,049$. Мутации гена BRCA1 имели только пациентки с HER2-0 статусом, а гена BRCA-2 – только с HER2low статусом, $p=0,025$. Частота достижения pCR/RCB-0 составила 15,6% (общая группа), 9,4% (HER2low) и 21,9% (HER2-0), $p=0,034$, а доля массивной остаточной опухолевой нагрузки RCB II–III достигла 87,6% (HER2low) vs 65,6% (HER2-0), $p=0,023$. Важно отметить, что ни у одной из пациенток со статусом HER2-2+ при отсутствии амплификации гена HER2 не отмечено достижения полного патоморфологического ответа на современные режимы НАХТ. По-видимому, наличие даже небольшой экспрессии рецепторов HER2, которая в рутинной практике в настоящий момент пока еще трактуется как HER2-негативный статус, может стимулировать EGFR-зависимый сигнальный путь и отражаться на низкой эффективности стандартных цитостатических режимов.

Выводы: HER2low экспрессия у пациенток с HR+HER2-негативным РМЖ ассоциируется с более распространенными стадиями, низким уровнем TILs в опухоли, низкой частотой достижения полного патоморфологического ответа на НАХТ и высокой долей классов умеренной и тяжелой остаточной

опухолевой нагрузки RCB II–III (87,6%), что может отражаться на дальнейшем неблагоприятном прогнозе. Поиск режимов интенсификации лечения больных с HER2low экспрессией является актуальным. Ключевые слова: рак молочной железы, HR+HER2-негативный подтип, HERlow экспрессия, pCR, RCB, TILs.

ПОТЕНЦИАЛ ВИРУСНОГО ОНКОЛИЗА ПРИ РЕЗИСТЕНТНОМ К НЕОАДЬЮВАНТНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ II–III СТАДИЙ

Морозов Д.А.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва

Актуальность: Общемировым трендом в лечении агрессивных вариантов раннего РМЖ стало проведение неоадьювантной химиотерапии (НАХТ). Однако прогноз пациентов с остаточной опухолью зачастую остается неблагоприятным. Ввиду этого продолжается поиск режимов интенсификации лечения у больных с резистентными формами раннего РМЖ. Экспериментальное использование онколитических вирусов (ОЛВ) на культурах клеток, полученных от больных с резистентным к стандартному лекарственному лечению РМЖ, представляет особый интерес.

Цель: Оценить чувствительность клеточных культур РМЖ, полученных от больных РМЖ, резистентных к НАХТ, к панели ОЛВ.

Материалы и методы: В исследование включено 172 больных РМЖ II–III стадий, получивших комплексное лечение по поводу основного заболевания Биопсийный (n=60) и операционный (n=10) материал больных, резистентных к стандартной НАХТ доставлялся в лабораторию пролиферации клеток ИМБ им. Энгельгардта Д.Т. с целью дальнейшего культивирования клеточных культур и оценки цитотоксичности ОЛВ в отношении клеток РМЖ. Из исследования исключались культуры с большим процентным

соотношением фибробластов или бактериальной/грибковой контаминацией. В результате было получено 19 чистых культур клеток РМЖ, часть из которых заморожена. С целью установления индивидуальных различий для одиннадцати штаммов онколитических энтеровирусов в отношении их способности убивать опухолевые клетки РМЖ человека в культуре, было проведено параллельное заражение культур, полученных пациентов, а также трех модельных перевиваемых линий опухолевых клеток человека. Энтеровирусы, использованные в работе: вирус Коксаки А21; вирус Коксаки А24; вирус Коксаки А7; вирус ЕСНО1 (штамм 15661); вирус ЕСНО1 (штамм Farouk); вирус ЕСНО7; вирус ЕСНО12; вирус EV75; вакцинные полиовирусы 1, 2 и 3 типов. Для определения чувствительности культур клеток к ряду вирусных штаммов с помощью световой микроскопии проводили визуальную оценку цитопатического действия через 96 часов после заражения клеток серийными 10-кратными разведениями вирусов. Цитопатическое действие выражали расчетом показателя TCID₅₀ который характеризовал степень чувствительности данной культуры клеток к вирусу.

Результаты: Наибольший потенциал продемонстрировали полиовирусы 1, 2 и 3 типов. При этом все выбранные для работы ОЛВ обладали способностью в той или иной степени убивать опухолевые клетки, полученные от пациентов с РМЖ, резистентным к стандартным методам НАХТ. Выявлены существенные различия в чувствительности линий опухолевых клеток к каждому из одиннадцати вирусов, входящих в исследованную панель. Не обнаружено линии, которая была бы высокочувствительна ко всем вирусам, или наоборот была бы к ним устойчива. Каждая из линий обладает избирательной чувствительностью к панели выбранных энтеровирусов. Почти все исследованные клеточные линии показали высокую чувствительность к полиовирусам. Среди вирусов группы Коксаки наибольший потенциал показал штамм Коксаки А21, оставшиеся два обладали средней степенью цитотоксичности. Ни один эховирус не обладал

способностью уничтожать клетки при минимально возможной концентрации, но при этом все культуры РМЖ были чувствительны к ним при больших концентрациях ОЛВ. Вирус Echo 1/15661 показал наихудший результат как на культурах, полученных от пациентов, резистентных к стандартной НАХТ, так и на перевиваемых культурах из панели АТСС.

Выводы: Клеточные линии РМЖ, полученные от пациентов, не ответивших в полной мере на НАХТ, оказались в той или иной степени чувствительны к определенным штаммам ОЛВ. Выявленные существенные различия в их индивидуальной чувствительности к каждому из 11 штаммов ОЛВ могут указывать на перспективность персонализированного подхода в терапии онколитическими вирусами.

– Н –

**ЗНАЧЕНИЕ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ
ПРИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПОЯСНО-
КОНЕЧНОСТНЫХ МЫШЕЧНЫХ ДИСТРОФИЙ: ПРИМЕР
С НЕОДНОЗНАЧНЫМ РЕЗУЛЬТАТОМ ПОЛНОЭКЗОМНОГО
СЕКВЕНИРОВАНИЯ**

Никитинс В., Бардаков С.Н., Титова А.А., Мусатов О.В., Деев Р.В.

ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России,

Санкт-Петербург

Актуальность. Поясно-конечностные мышечные дистрофии (ПКМД) представляют собой группу генетически наследуемых нервно-мышечных заболеваний, которые проявляются преимущественно слабостью проксимальных мышц. Заболевания классифицируются на подтипы в зависимости от вида наследования и порядкового номера пораженного белка.

Выделяют 26 рецессивных (R) подтипов и 5 доминантных (D).

Наиболее часто встречающимися подтипами являются: 17% - ПКМД R1 (2A), мутация в гене CAPN3; 16% - ПКМД R2 (2B), мутация в гене DYSF; 9% - ПКМД R9 (2I), мутация в гене FKRP; 7% - ПКМД R12 (2L), мутация в гене ANO5. Дисферлинопатии – группа клинически гетерогенных наследственных миопатий, обусловленные мутациями в гене DYSF.

Наиболее частыми клиническими вариантами являются дистальная миопатия Миоши (MMD) и аутосомно-рецессивная мышечная дистрофия типа 2B, более редкими являются дистальная миопатия переднего ложа голени (DMAT) и бессимптомное повышение креатинфосфокиназы (КФК).

Цель публикации. Представить патоморфологическое описание редкого фенотипа ПКМД с неоднозначным результатом полноэкзомного секвенирования

Материалы и методы. Взятие биопсии скелетных мышц и последующее патогистологическое исследование: окраска гематоксилином и эозином, гематоксилином и суданом III, трихромом Гомори, двойное окрашивание COX+SDH, окрашивание на NADH, Иммуногистохимическая (ИГХ) реакция с антителами к дисферлину, CD45, CD68, HLA-ABC, HLA-DR).

Полученные результаты. Представляем клинический случай редкого фенотипа дисферлинопатии (ПКМД R2) с неоднозначным результатом полноэкзомного секвенирования и данные прижизненного патологоанатомического исследования. Обследован пациент 23 лет с клинической картиной миопатии Миоши в сочетании с множественными контрактурами и ригидным позвоночником. Миодистрофический синдром манифестировал в 13 лет с утомления икроножных мышц, развития контрактур ахилловых сухожилий, сгибателей пальцев кистей и разгибателей пальцев стоп с последующим вовлечением крупных суставов и позвоночника.

В биохимическом анализе крови отмечено значительное повышение КФК в 253 раза (44060 Ед/л) и миоглобина 4352 г/л. На магнитно-резонансной томографии признаки соединительнотканного-жирового замещения мышц

задней группы бедер, голеней со значимой их атрофией. Была заподозрена ПКМД.

Выполнено полноэкзомное секвенирование. Обнаружен гетерозиготный вариант мутации гена *DYSF*, что при аутосомно-рецессивном типе наследования не могло привести к фенотипическому проявлению болезни. Для уточнения диагноза, определения морфологических особенностей генетического варианта и дифференциальной диагностики первичной и вторичной миопатии было выполнено прижизненное патологоанатомическое исследование задней группы мышц бедер.

При патогистологической диагностике выявлен миопатический паттерн изменений в виде наличия групп округлых атрофичных волокон, некротизированных волокон, волокон с центральным расположением ядер, эндомизиальный и перимизиальный фиброз; определен крупнокапельный межмышечный липоидоз (судан III). Трихромом по Гомори выявляет единичные «рваные красные волокна», атрофичные волокна с повышенным количеством митохондрий. Также определяются единичные COX-негативные волокна при окрашивании COX+SDH. Окрашивание на NADH выявляет нерегулярную внутреннюю архитектуру мышечных волокон.

ИГХ исследование для типирования клеток клеточного инфильтрата с антителами CD45, CD68, HLA-ABC и HLA-DR подтверждает наличие диффузно расположенных клеток вокруг мышечных волокон, что говорит о выраженном воспалении с переменным составом инфильтрата, преимущественно представленного макрофагами.

Завершился диагностический морфологический поиск ИГХ реакцией с антителами к дисферлину, показавшему отсутствие белка в мышечных волокнах. В качестве положительно контроля реакция поставлена на срезах икроножной мышцы здорового мужчины 30 лет.

Выводы. Диагностическая гипотеза о дисферлинопатии в фенотипическом варианте миопатии Миоши, ассоциированной с синдромом

ригидного позвоночника дополняется результатами прижизненного патологоанатомического исследования: миопатический паттерн изменений мышечной ткани, преимущественно макрофагальный воспалительный инфильтрат и отсутствие белка дисферлина в мышечных волокнах.

Вместе с тем окончательное подтверждение генетического диагноза требует проведение полногеномного секвенирования с анализом интронных областей, что вероятно позволит обнаружить вторую мутацию и определит статус пациента как компаунд-генетрозиготы.

– 0 –

ИССЛЕДОВАНИЕ МУТАЦИОННОГО СТАТУСА ГЕНА FGFR3 В УРОТЕЛИАЛЬНОМ РАКЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Олюшина Е.М., Завалишина Л.Э., Франк Г.А.
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва

Цель – исследование мутационного статуса гена FGFR3 в уротелиальном раке мочевого пузыря и оценка его корреляции с MSI-статусом опухоли. Рак мочевого пузыря (РМП) – одно из наиболее распространенных онкоурологических заболеваний. Мутации в гене FGFR3 являются значимыми событиями для онкогенеза РМП, ассоциированы с неинвазивными поверхностными карциномами мочевого пузыря, также позитивный мутационный статус гена FGFR3 является показанием для назначения таргетной терапии. В настоящее время активно изучается возможность назначения пациентам с РМП комбинированной терапии, включающей таргетные и иммунотерапевтические лекарственные средства. Одним из маркеров иммунотерапии является микросателлитная нестабильность (MSI).

Материалы и методы. На операционном и биопсийном материале,

полученном при обследовании и лечении 48 больных РМП исследован мутационный статус гена FGFR3, мутации выявляли методом ПЦР. MSI-статус опухолей определен иммуногистохимическим методом.

Результаты. Среди 48 пациентов мутации гена FGFR3 выявлены у 17, что составило 35,4%. Были определены различные мутации, а именно G370C, S249C, S371C/Y373C, R248C. Мутация S249C наблюдалась в 8 случаях и составила 47,1% всех выявленных мутаций гена FGFR3. Вторая по частоте встречаемости (29,4%) оказалась мутация R248C, найденная в 5 случаях. Реже всего выявлялись мутации G370C и S371C/Y373C. Микросателлитная нестабильность была определена в 52,1% карцином (25/48). Отмечено, что в 47,1% опухолей с мутацией в гене FGFR3 (8/17) наблюдалась микросателлитная нестабильность.

Заключение. В 35,4% случаев РМП выявлены мутации в гене FGFR3, в значительной части карцином с позитивным FGFR3-статусом была определена микросателлитная нестабильность, что подтверждает необходимость исследования FGFR3-статуса опухоли наряду с другими биологическими маркерами, являющимися терапевтическими мишенями, у пациентов с РМП для возможности назначения им персонализированной терапии и комбинированных схем лечения.

РОЛЬ ДОМИНАНТЫ МАТЕРИНСКОЙ ЛЮБВИ В БУДУЩЕМ РАЗВИТИИ РЕБЕНКА

Оробинская Я.В.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва

Существует ли определение понятия «материнская любовь»? Французский философ и историк Элизабет Бадинтер в своей книге под названием L'Amour en plus (1980 год) дает определение, что материнская

любовь — это понятие, которое не просто эволюционирует, но наполняется в различные периоды истории различным содержанием. Она говорит о том, что в различные эпохи роль женщины-матери, жены или свободно реализующейся личности становилась главенствующей.

Психология материнства — одна из наиболее сложных и мало разработанных областей современной науки. В ее контексте затронуты и демографические проблемы, связанные с появлением различных субкультур и идеологий, характеризующиеся сознательным желанием не иметь детей, и огромным числом распадающихся семей, а также неадаптированностью психологической помощи семьям, и в первую очередь женщине.

Любовь и общество антагонисты. Н.А. Бердяев писал: «В этом трагизм любви и жизни человеческого общества. Общество отвергает любовь. Любящий, в высшем смысле этого слова, враг общества» и если общество не способно принять материнскую любовь во всем что в нее закладывается, то идеологии различных групп, такие, как например Childfree, будут главенствовать, а нежелательные беременности будут приводить к дисгармоничному развитию системы «мать-дитя».

Материалы и методы: анкетирование было проведено на базе ГАУЗ МО Химкинская областная больница поликлиники «Мама и малыш». В качестве респондентов были выбраны 25 женщин на разных сроках беременности, посещающие школу поддержки грудного вскармливания. Им была предоставлена анкета из 15 вопросов, которая включала в себя данные об участнике (возраст, национальность, срок беременности), вопросы о составе семьи, осведомленности о современной субкультуре Childfree и восприятии женщиной своего состояния.

Результаты: Среди опрошенных преобладали женщины, находящиеся на третьем триместре беременности (32-34 неделя) - 19 (76%), на втором – 6 (24%). Все женщины были моложе 30 лет, все состоят в браке и их беременность была запланированной, так же каждая была настроена на

исключительно грудное вскармливание. Полученные результаты указывают на 7 (28%) женщин, уже имеющих одного и более детей, что примечательно все эти опрошенные, были разных национальностей (армяне, киргизы, узбеки). Большинство 23 (92%) оценило свое состояние, как «ощущение, что я витаю в облаках», 2 (8%) женщины не испытывают особенных эмоций, также большинство 17 (68%) определили свою беременность как ощущение чувства любви и материнства, 3 (12%) – как желаниа соответствовать социальным нормам. У всех опрошенных, знающих о существовании субкультуры Childfree 5 (20%) отмечается негативное отношение к этому движению, большинство же 20 (80%) никогда не слышали о нем. На вопрос считают ли они, что материнская любовь – залог благополучия ребенка в будущем, лишь 8 (32%) дали положительный ответ, 15 (60%) ответить затрудняются и 2 (8%) дали отрицательный ответ.

Выводы: Большинство женщин планирую беременность до 30 лет и не знают о существовании субкультуры Childfree или относятся к ней негативно. Они имеют установку быть исключительно на грудном вскармливании и заблаговременно посещают обучающие школы для получения грамотной информации. В разных этнических группах преобладание многодетных семей превалирует, что говорит о поддержании своих традиций в создании семьи и в воспитании детей. Эмоциональное состояние беременных оценивается в большинстве случаев, как умиротворенное, что вносит в будущую модель отношений «мать и дитя» благоприятное развитие, но в противовес этому большинство не считает, что «материнская любовь» основной этап благополучного развития ребенка.

ОСОБЕННОСТИ ИНТРАРЕНАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОСТОЯНИЯ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ

Осипова Е.А., Осипова Е.В., Мельникова Л.В., Куршева Л.В.

ФГБОУ ВО Пензенский государственный университет, медицинский
институт, Пенза

ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Пенза

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва

ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, Пенза

Цель исследования: изучить особенности интравенального кровотока у больных артериальной гипертензией (АГ) в зависимости от состояния эндотелиальной функции.

Материал и методы. В исследование включено 104 больных АГ 1-3 степени, I-II стадии гипертонической болезни (средний возраст 46 (34; 59) лет), из них 41 мужчина и 63 женщины.

Критериями исключения являлись: врождённые аномалии почек и почечных артерий, неудовлетворительная ультразвуковая визуализация почек и почечных артерий, хронические заболевания почек (в анамнезе), вторичная АГ, нарушения ритма сердца; сахарный диабет 1 и 2 типов, дислипидемия, висцеральное ожирение, курение, нарушения коронарного и мозгового кровообращения (в анамнезе), хроническая сердечная недостаточность IIА стадии и выше.

Для анализа интравенального кровотока применялось триплексное сканирование почечных артерий, натошак, после 15-минутного отдыха в положении лёжа. Спектральные характеристики кровотока анализировались на уровне междолевой артерии верхнего полюса правой почки.

Оценивались: индекс резистентности (RI), соотношение времени ускорения к времени общему (AT/ET). Для исследования эндотелиальной функции проводилась проба с эндотелий-зависимой дилатацией (ЭЗВД)

плечевой артерии (ПА) по методике, описанной Celermajer D.S., et al. 1992 [5]. ЭЗВД плечевой артерии вычисляли по формуле: $\text{ЭЗВД} = [(D_{\text{реак.гип.}} - D_{\text{исх}}) / D_{\text{исх}}] \times 100\%$, где $D_{\text{реак.гип.}}$ – максимальный диаметр ПА через 60 сек. после декомпрессии манжеты, $D_{\text{исх.}}$ – исходный диаметр ПА. Наличие эндотелиальной дисфункции регистрировали, если прирост диаметра плечевой артерии, опосредованный потоком крови в ходе выполнения пробы, составлял менее 10%, в то время как эндотелий-независимая вазодилатация (ЭНЗВД) после приема нитроглицерина, была более 15%.

Результаты. Обследованных больных разделили на 3 группы: в первую группу с ЭЗВД $\geq 10\%$ и ЭНЗВД $\geq 15\%$ вошли 38 человек, вторую группу с ЭЗВД $< 10\%$ и ЭНЗВД $\geq 15\%$ составили 36 пациентов, в третью группу было включено 30 обследованных лиц с ЭНЗВД $< 15\%$. Достоверных различий по возрасту и полу между группами обнаружено не было. По параметрам RI статистически значимые различия были зафиксированы при сравнении первой группы ($0,56 \pm 0,05$) со второй ($0,59 \pm 0,08$) и третьей ($0,60 \pm 0,06$) группами ($p < 0,05$). По величинам АТ/ЕТ существенных различий между группами обнаружено не было ($p > 0,05$).

Выводы. У больных АГ значения индекса резистентности во второй и третьей группах достоверно больше, чем в первой группе, что может свидетельствовать о возрастании периферического сопротивления на фоне дисфункции эндотелия.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА СМЕЖНОГО СЕГМЕНТА

Очкал С.В., Сороковиков В.А., Горбунов А.В.

ИГМАПО – филиал ФГБОУ ДПО РМАПО Минздрава России, Иркутск

Введение. Одним из основных методов хирургического лечения

дегенеративных заболеваний позвоночника сочетающихся со стенозированием позвоночного канала, являются декомпрессивно-стабилизирующие операции с применением винто-стержневых транспедикулярных систем. Выбор способа лечения зависит от многих факторов, как то - вида и протяженности стеноза, наличия нестабильности позвоночно-двигательных сегментов. Однако применение металлоконструкции способствует не только жесткой фиксации ПДС, но и обуславливает повышенный риск развития специфических осложнений. Одним из проявлений продолжающегося дегенеративного процесса, является синдром смежного уровня, диагностика и лечение которого является сложным и недостаточно изученным.

Цель исследования. Провести анализ клинической эффективности использования консервативных и минимально-инвазивных пункционных методик лечения болевого синдрома при лечении синдрома смежного уровня.

Материал и методы. Проведено проспективное нерандомизированное исследование лечения 916 пациентов с дегенеративными заболеваниями поясничного отдела позвоночника, которым в период 2010–2020 гг. выполнены декомпрессивно-стабилизирующие вмешательства: в 129 случаях у пациентов развился выраженный болевой синдром, вследствие патологии смежного уровня. В 70 случаях пациенты не нуждались или воздерживались от повторного декомпрессивно-стабилизирующего вмешательства и получали консервативное или малоинвазивное лечение, а для анализа исходов были разделены на две группы. В первой группе пациентов (N=35) проводилось стандартное консервативное лечение (НПВС-терапия, хондропротекторы, анальгетики, антиковульсанты, физиолечение, ИРТ), 35 больным второй группы выполнена лазерная нуклеопластика межпозвонкового диска на смежном ПДС. Клинические исходы оценивались по выраженности болевого синдрома (визуально-аналоговая шкала), и удовлетворенностью пациентов исходом лечения (шкала Нурика). Минимальный катамнез наблюдения

составил 3 года.

Результаты. В сравнении с контрольной группой, после лазерной нуклеопластики межпозвонкового диска на смежном ПДС у пациентов отмечается снижение сроков наступления обезболивающего эффекта. При использовании НПВС-терапии и анальгетиков значимый обезболивающий эффект (ВАШ меньше 3 баллов) достигается в среднем через $4(\pm 2,4)$ дня, а в группе пациентов после лазерной нуклеопластики эффект достигается на первые сутки после оперативного вмешательства. Сравнительный анализ выраженности боли по визуальной аналоговой шкале в катамнезе выявил значимо лучшие показатели после выполнения лазерной нуклеопластики. По результатам исследования после лазерной нуклеопластики межпозвонкового диска на смежном уровне в первые сутки после оперативного вмешательства показатели ВАШ составили 2,85, при ВАШ на второй день консервативного лечения 5,71 ($p < 0,05$). На третий день после оперативного вмешательства ВАШ у прооперированных пациентов составлял 2,77, у пациентов, получающих консервативное лечение 3,28 ($p < 0,05$). В последующем на 7 и 10 день наблюдения значимых различий по ВАШ не выявлено.

Заключение. Методики минимально-инвазивной пункционной лазерной нуклеопластики межпозвонкового диска на смежном ПДС, являются безопасными и высоко эффективными при лечении болевого синдрома, связанного с дегенерацией смежного к стабилизированному позвоночного сегмента. По сравнению с консервативным медикаментозным методом лечения отмечается значимое снижение продолжительности болевого синдрома с начала заболевания и стойкий и продолжительный обезболивающий эффект. Методика может стать стандартом лечения болевого синдрома на смежном уровне при отсутствии показаний для декомпрессивно-стабилизирующего оперативного лечения.

**ОСОБЕННОСТИ СПЕКТРА И ЧАСТОТЫ МУТАЦИЙ В ГЕНЕ CFTR
В ПОПУЛЯЦИИ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ В РАМКАХ
НЕОНАТАЛЬНОГО СКРИНИНГА НА МУКОВИСЦИДОЗ**

Петриченко А.К., Третьякова Т.Б., Дерябина С.С.

ФГБУ НИИ ОММ Минздрава России, Екатеринбург

Актуальность. Муковисцидоз (МВ) является наследственным аутосомно-рецессивным системным заболеванием экзокринных желёз. Данное заболевание обусловлено мутациями в гене CFTR, муковисцидозном регуляторе трансмембранной активности.

На сегодняшний день идентифицировано и описано более 2000 мутаций и 250 полиморфизмов гена CFTR.

На территории Российской Федерации частота встречаемости в среднем составляет 1:9000. В общероссийские базы данных по муковисцидозу включены отдельные генотипы пациентов из Свердловской области (СО), полного и детального анализа вариантов гена CFTR, встречающихся у больных муковисцидозом на территории региона, ранее не проводилось. Определение «уральского» спектра мутаций может способствовать пересмотру принятого на сегодняшний день на территории СО алгоритма проведения ДНК-диагностики муковисцидоза с целью повышения его эффективности. Кроме того, знание конкретных генетических вариантов позволит прогнозировать степень тяжести клинического течения заболевания, его возможные осложнения и определять оптимальный выбор терапии.

Цель данного исследования анализ особенностей и разнообразия спектра патогенных генетических вариантов гена CFTR у больных муковисцидозом в популяции Свердловской области.

Материалы и методы. В работе отражены результаты молекулярно-генетической верификации диагноза «Муковисцидоз» у пациентов из группы

риска (N=85), рождённых в Свердловской области в 2006–2020 гг. Материалом исследования являлись образцы цельной крови с ЭДТА и сухие пятна крови, взятые по программе неонатального скрининга. Выделение ДНК проводилось с применением набора реагентов для выделения геномной ДНК MagnaPure LC DNA Isolation Kit I, (Roche, Франция). Анализ гена CFTR проводился с помощью метода полиморфизма длин рестрикционных фрагментов (ПДРФ), метода мультиплексной лигазной реакции (MLPA) и метода таргетного секвенирования по Сэнгеру с использованием AB 3500 (Applied Biosystems, США).

Результаты. Для расчёта относительных долей частых мутаций в гене CFTR проводился анализ 170 мутантных хромосом у 85 пациентов СО с диагнозом «муковисцидоз». Частота встречаемости МВ на территории СО составила 1:5007 живорождённых. В результате проведения аналитической работы была определена линейка из 28 вариантов гена, встречающихся на территории области. Помимо мажорных мутаций, обнаруженных в каждом округе: Del F508 (57,6%), CFTRdele2,3 (4,1%), N1303K (2,9%), L138ins (2,9%), E92K (1,1%), 2143delT (1,8%), W1282X (1,8%), S945L (1,1%), была составлена потенциальная стандартная панель для проведения скрининга на муковисцидоз на территории Свердловской области. Общероссийский спектр мажорных мутаций по данным национального регистра: F508del (52,8%), CFTRdele2,3 (6,21%), E92K (3%), 2143delT (2,15%), 3849+10kbC>T (2,02%), W1282X (1,9%), 2184insA (1,85%), 1677delTA (1,81%). В сравнении со спектром мажорных мутаций из национального регистра (F508del (52,8%), CFTRdele2,3 (6,21%), E92K (3%), 2143delT (2,15%), 3849+10kbC>T (2,02%), W1282X (1,9%), 2184insA (1,85%), 1677delTA (1,81%), было выявлено, что р.DelF508 встречается чаще на 4,8%; р.N1303K– на 1,36% чаще; р.L138ins– чаще на 1,66%. Мутация р.S945L на территории РФ встречается менее 0,1%, однако, на территории СО частота встречаемости этого варианта составляет более 1,0%. Кроме известных вариантов, нами был обнаружен уникальный

генотип у одного из пробандов: CFTR: p.L138insA/c.117del36bp_del95bpintr9ins48/N. Второй вариант ранее не был описан ни в одной из международных баз данных, однако не вызывает сомнения тот факт, что наследование этих вариантов носит семейный характер: генотип отца- CFTR: p.L138insA/N, матери- CFTR: c.117del36bp_del95bpintr9ins48/N.

Выводы. Проведённое исследование показало, что для третьего этапа скрининга на муковисцидоз рационально внедрение более простых и дешёвых методов диагностики, с использованием «панелей», включающих мажорные мутации для конкретного региона. Это обусловлено наличием некоторых расхождений спектра отдельных вариантов мутаций гена CFTR в популяции СО в контексте общероссийских данных.

Предложенная панель из вариантов Del F508, Del 21 Kb, N1303K, L138ins, E92K, 2143del, W1282X и S945L, детектируемых методом ПЦР в реальном времени, позволит значительно оптимизировать скрининг МВ на территории Свердловской области.

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОГРАММ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ У ПАЦИЕНТОК С РАЗНЫМИ ФЕНОТИПАМИ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

Петриченко Ю.Г., Колода Ю.А.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва

Центр репродукции «Линия жизни», Москва

Актуальность: Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) как причина бесплодия хорошо известен репродуктологам всего мира. Его распространенность составляет 9–18%, при этом у 70% пациенток заболевание остается недиагностированным. В структуре эндокринного бесплодия частота СПКЯ достигает 85%. Симптомкомплекс характеризуется гиперандрогенией,

менструальной дисфункцией, невынашиванием беременности, бесплодием, а также ассоциирован с повышенным риском метаболических нарушений, в том числе инсулинорезистентности и сахарного диабета 2 типа. В лечении бесплодия имеется множество подходов: нормализация гормонального фона, снижение массы тела, контролируемая индукция овуляции, хирургическое лечение и применение вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ).

Цель исследования - оценить клинико-лабораторные показатели и факторы, сопровождающие различные фенотипы СПКЯ, а также проанализировать их влияние на эффективность программ ВРТ в данных группах.

Материалы и методы: Были проанализированы данные 313 пациенток с СПКЯ, у которых было проведено лечение бесплодия с помощью программ ВРТ на базе кафедры акушерства и гинекологии ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России с 2017 по 2019 гг.

Критерии включения: возраст женщин от 20 до 42 лет, показание к лечению методами ВРТ и наличие СПКЯ. Пациентки в возрасте моложе 20 и старше 42 лет, с противопоказаниями к проведению лечения методом ВРТ, с тяжелым мужским фактором бесплодия, с наружно-генитальным эндометриозом III–IV ст. были исключены из исследования.

В исследовании приняли участие 79 пациенток с фенотипом А (гиперандрогения и хроническая ановуляция и поликистозная морфология яичников), 56 пациенток с фенотипом В (гиперандрогения и овуляторная дисфункция.), 65 пациенток с фенотипом С (гиперандрогения и поликистозная морфология яичников.), и 113 пациенток с фенотипом Д (олиго/ановуляция и поликистозная морфология яичников). Статистическая обработка полученных данных выполнялась при помощи программы IBM SPSS, версии 23.0. Для оценки значимости статистических различий между исследуемыми группами, применяли t-критерий Стьюдента. Статистически значимыми считались различия, начиная от $p < 0,05$. Для оценки вероятности наступления

беременности использовали расчет отношения шансов в зависимости от фенотипа СПКЯ.

Результаты: В группе с фенотипом В чаще проводились оперативные вмешательства на яичниках ранее ($p=0,02$), что и приводило к получению меньшего числа ооцитов. Среднее значение антимюллера гормона (АМГ) было самым высоким для фенотипа А (8,68 нг/мл [6,94–13,46]) и значительно выше по сравнению с фенотипом В, что является закономерным, в связи более частым проведением оперативных вмешательств на яичниках.

Мы отметили неблагоприятное влияние гиперандрогении на частоту формирования бластоцист и имплантации, а также повышался риск невынашивания беременности у таких пациенток при переносе в индуцированном цикле, что также подтверждается данными литературы. По индексу массы тела в четырех фенотипах большее число женщин относилось к категории ожирения по фенотипу А (24,5%) и В (56,5%) по сравнению с фенотипом С (18,2%) и Д (10,8%) ($p<0,001$). Наблюдалась положительная значимая корреляция между уровнем ЛГ и АМГ, уровнем ЛГ и тестостерона, возрастом и дозой гонадотропинов, процентом зрелых ооцитов и процентом оплодотворения.

Не было обнаружено достоверной разницы в содержании 25ОНвитаминаД между группами в зависимости от фенотипа СПКЯ. Однако, средний уровень витамина Д в каждой группе оказался достоверно ниже нормы.

Выявлена отрицательная значимая корреляция между концентрацией тестостерона и 25ОНвитаминаД, наличием оперативных вмешательств на яичниках в анамнезе и уровнем ЛГ, уровнем 17-ОН-прогестерона и частотой формирования бластоцист, уровнем АМГ и частотой наступления беременности в индуцированном цикле.

Выводы: для получения оптимального количества ооцитов следует отказаться от оперативных вмешательств на яичниках, которые проводятся с

целью восстановления овуляции. Исходя из полученных нами данных гиперандрогения, высокий уровень АМГ и избыточная масса тела/ожирение являются неблагоприятными факторами, влияющими на эмбриологические и клинические исходы в программах ВРТ.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК СОВРЕМЕННЫХ ЭНДОДОНТИЧЕСКИХ СИСТЕМ ДЛЯ РЕВИЗИИ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ

Петушкова Е.В., Иванова Е.В.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва

Цель: Разработать алгоритм повторной инструментальной обработки корневых каналов с помощью современных машинных файлов на основании микробиологических и рентгенологических данных.

Задачи работы: 1. Проведение повторного эндодонтического лечения зубов с помощью трех современных машинных эндодонтических систем для ревизии корневых каналов и ручными файлами для сравнения результатов. 2. Оценить эффективность обработки корневых каналов зубов на основании рентгенологических и микробиологических показателей. 3. Разработать алгоритм эффективной повторной инструментальной обработки корневых каналов зубов.

Материалы и методы выполнения: 1. Питательные среды для культивирования микроорганизмов, 2. Файлы: К-файлы, Н-файлы, К-примеры, Reciproc (VDW GmbH), XP-endo Retreatment (FKG), R-Endo (Micro-Mega). 3. Высокочастотный дентальный рентгеновский аппарат.

Методы: клинический, электрометрический метод, микробиологический, рентгенологический и статистический метод. В исследование были включены пациенты (80) с зубами (80) со сложной

анатомией, запломбированными различными эндодонтическими пастами.

Результаты: файлы машинной обработки корневых каналов значительно лучше удаляли и изменяли микробиом биопленки корневых каналов в отличие от ручных. Рентгенологическая картина изменялась во всех случаях лечения зубов в положительную сторону, а именно: уменьшалась апикальная резорбция костной ткани, величина периодонтальной щели, клиническая картина сглаживалась. Не все файлы проходили анатомически сложные корневые каналы, изменение микробиологического состава корневых каналов эффективней всего отмечались при обработке файлами XR-endo Retreatment (FKG) и Reciproc (VDW GmbH), так же работа данными файлами осуществлялась за более меньше время, хотя экономически данные файлы не являются выгодными.

Выводы: По полученным результатам, оптимальной для качественной обработки корневых каналов является эндосистема XR-endo Retreatment (FKG), так как данная система состоит из двух файлов, обрабатывающих среднюю треть и апикальную треть корневых каналов, подходят для корневых каналов со сложной анатомией и в силу своей гибкости, эффективно удаляет материал из каналов и биопленку корневых каналов, так же данные файлы можно стерилизовать, что экономически более выгодно, эту систему рекомендовано использовать с ультразвуковой обработкой корневых каналов.

РАЗЛИЧИЕ В РЕГЕНЕРАТОРНОМ ПОТЕНЦИАЛЕ КОСТЕЙ НЕЙРОЭКТОДЕРМАЛЬНОГО И МЕЗЕНХИМАЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ КАК ВОЗМОЖНЫЙ ИСТОЧНИК ДЛЯ КЛЕТОЧНОЙ И ГЕННОЙ ТЕРАПИИ

Подлужный П.С., Пресняков Е.В., Церцеил В.В., Жемков Н.И., Деев Р.В.
ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России,
Санкт-Петербург

Введение. Кости крыши черепа человека в процессе эмбриогенеза развиваются из нервного гребня, при этом весь остальной скелет имеет мезенхимальное происхождение. В литературе отсутствуют сведения о сравнении регенерации костей различного происхождения, однако этот вопрос может иметь и прикладное значение в контексте использования клеточных и генных технологий для стимуляции регенерации костной ткани. Удобной моделью для изучения процессов регенерации является панцирь красноухих черепах, состоящий из двух различных по гистогенезу костных частей – дорсального карапакса (спинной щит) и вентрального пластрона (брюшной щит). Костные пластины карапакса дифференцируются из мезенхимальных клеток по механизму непрямого перихондрального остеогенеза структур осевого скелета – позвонков и рёбер. Костные пластины пластрона развиваются путём прямого интрамембранного остеогенеза в дерме кожи, источником для их развития являются нейроэктодермальные клетки нервного гребня.

Цель. Изучение особенностей регенерации костей карапакса и пластрона красноухих черепах.

Материалы и методы. Эксперимент выполнен на 9 пресноводных красноухих черепахах искусственного разведения, возраст 1 месяц. После общей анестезии (Золетил 100; 8 мг/кг, внутримышечно) животным формировали по 2 дефекта костных пластин карапакса и пластрона, диаметр 0,5 см, глубиной до мягких тканей. Спустя 30, 60 и 90 суток соответственно

животных выводили из эксперимента. Оценку результатов проводили при помощи гистологического исследования с применением окраски гематоксилином и эозином, трёхцветной (по Маллори), а также гистоморфометрии с подсчетом доли новообразованной костной ткани.

Результаты. При микроскопии костных пластин пластрона к 30 суткам на поверхности зоны дефекта выявлялся тканевый детрит с фрагментами костной ткани. В зоне повреждения визуализировался тонкий слой эпидермиса с подлежащими плотной неоформленной и рыхлой волокнистыми соединительными тканями. Соединительная ткань составила 35,8% от площади дефекта. Новообразованная костная ткань формировалась с поверхности интактной кости, её доля составила 24,6%. При этом уже на 30 сутки образовалась непрерывная пластинка костной ткани.

К 60 суткам грубоволокнистая костная ткань составила 49,4%, а соединительная ткань уменьшилась до 23,3% от зоны дефекта. Спустя 90 суток область повреждения во всём объёме была представлена новообразованной костной тканью. Вследствие ремоделирования доля костного регенерата незначительно уменьшилась до 47,4% от площади дефекта, процент соединительной ткани прогрессивно снизился до 13,8%.

При изучении костных пластин карапакса спустя 30 суток после нанесения дефекта отчётливо видна истонченная непрерывная зона дефекта, представленная утолщённым эпидермисом с подлежащими плотной неоформленной и рыхлой волокнистыми соединительными тканями. В глубине дефекта находился единичный участок новообразованной костной ткани, его доля составила 1,7% от площади дефекта. Соединительная ткань составила 51%. К 60 суткам область повреждения также была заполнена плотной и рыхлой волокнистой соединительными тканями, их количество увеличилось до 61,1% от площади дефекта, при этом костный регенерат занимал 13,5% от зоны повреждения. Через 90 суток костный каркас карапакса восстановил непрерывную структуру регенерата, его доля составила 40,5% от

площади дефекта, при это процент соединительной ткани снизился до 20%.

Выводы. Карапакс в зоне повреждения не формирует непрерывную костную ткань на 30 и 60 сутки, к 90 суткам ремоделирование зоны дефекта завершается формированием непрерывной грубоволокнистой костной ткани, её доля составила 40,5% от площади дефекта. Доля соединительной ткани увеличился с 51% на 30 сутки до 61,1% на 60 сутки, затем заметно снизился до 20% на 90 сутки. В зоне дефекта пластрона уже к 30-м суткам образуется непрерывный слой костного регенерата, занимающего 24,6% дефекта, а к 90 суткам доля новообразованной костной ткани составила 47,4% от площади дефекта, при этом процент соединительной ткани прогрессивно снижается с 35,8% до 13,8%.

Таким образом, нейроэктодермальные костные пластины пластрона образуют костную ткань на более раннем сроке и в большем объёме, чем мезенхимальные костные пластины карапакса. Учитывая различную судьбу и регенераторный потенциал двух источников для формирования костной ткани, следует полагать, что они имеют различный паттерн экспрессии генов. В свою очередь это может стать одной из терапевтических мишеней для стимуляции процессов регенерации костей.

СПОСОБ ФОРМИРОВАНИЯ АНАСТОМОЗА НА ВЕНТРАЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ УРЕТРЫ БЕЗ ПОЛНОГО ПЕРЕСЕЧЕНИЯ СПОНГИОЗНОГО ТЕЛА ПРИ СТРИКТУРАХ БУЛЬБОЗНОГО ОТДЕЛА УРЕТРЫ

Полякова А.С., Богданов А.Б.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва

Введение. Лечение стриктур уретры остается одной из актуальных проблем современной урологии. Интерес к данной теме обоснован увеличением количества больных со стриктурами уретры в связи с широким

применением эндоурологических технологий. Тогда как число пациентов с постинфекционными и идиопатическими стриктурами уретры неуклонно снижается на фоне увеличения частоты встречаемости ятрогенных стриктур.

Материалы и методы. С января 2016 по март 2022 года в клинике урологии и хирургической андрологии 46 мужчинам со стриктурами бульбозного отдела уретры разной этиологии была выполнена анастомотическая пластика уретры без полной мобилизации и пересечения дорзальной полуокружности спонгиозного тела одним хирургом.

По происхождению стриктуры носили ятрогенный – 19 (41,3%), постинфекционный – 21 (45,6%) и посттравматический характер (тупая травма промежности) – 6 (13%). Значительная часть пациентов 32 (69,5%) ранее подвергалась хирургическому лечению стриктур, включая внутреннюю оптическую уретротомию и бужирование уретры. Средний возраст пациентов составил 61 год.

Всем пациентам данной группы была выполнена анастомотическая пластика уретры без полного пересечения задней полуокружности спонгиозного тела. Основными особенностями данной техники является то, что доступ к спонгиозному телу в бульбозном отделе уретры осуществляется только по вентральной поверхности (задняя полуокружность спонгиозного тела остается фиксированной, тем самым позволяя избежать полной мобилизации спонгиозного тела с нарушением кровоснабжения и иннервации).

Дальнейшее выделение и иссечение измененной слизистой и спонгиофиброза осуществляется через вентральную поверхность уретры от дистальной до проксимальной границы пораженного участка. Во время такого доступа используется специальный, запатентованный нами, метод гемостаза, в виде провизорного обшивания правого и левого края рассеченной уретры с временной установкой гемостатических зажимов типа «бульдог», которые накладываются на спонгиозное тело выше и ниже зоны доступа. Просвет

измененной уретры постепенно вскрывают от дистальной части к проксимальной, пока не будет четко визуализирована неизменная уретральная трубка. Затем выполняется оценка протяженности стриктуры, выраженности рубцовых изменений слизистой и спонгиозного тела.

Следующим этапом часть вентрального спонгиозного тела с наложенными на него гемостатическими швами освобождается, а при наличии спонгиофиброза данная зона спонгиозного тела иссекается, образовавшиеся в итоге два самостоятельных уретральных штампа, включающих собственно уретральную слизистую и подслизистую, ушивались на уретральном катетере по типу классической анастомотической техники, дефект спонгиозного тела ушивался поперечно или продольно в зависимости от степени его иссечения.

Средняя протяженность стриктур составила 1,6 см. Средняя продолжительность операции составила – 98 мин. Средний объем кровопотери составил 130 мл. Медиана объёмной максимальной скорости мочеиспускания оценивалась через 3 месяца после операции и составила – 18,4 мл/сек. Средняя сумма баллов по шкале МИЭФ до и после оперативного лечения существенно не изменилась, ее медиана до операции составляла 15 баллов, через 3 месяца после операции – 16.

За все время наблюдения только у двух пациентов (4,3%) отмечены признаки констрикции в зоне анастомоза уретры, подтвержденные уретрографией, урофлоуметрией, а также данными калибровки уретры с помощью катетера Фолея.

В настоящее время у одного из выше указанных пациентов Q_{max} - 7 мл/сек, Q_{ave} – 4,5 мл/сек., причем признаки констрикции отмечены на 5-ом году наблюдения, калибр зоны анастомоза составляет 10 Fr, а другого Q_{max} - 11,6 мл/сек, Q_{ave} – 6,8 мл/сек, признаки констрикции отмечены через 5 месяцев после операции, калибр зоны анастомоза составляет 16 Fr.

Заключение. Учитывая объективное снижение объёма прямой хирургической травмы, сохранение иннервации и кровоснабжения уретры, за

счет отсутствия мобилизации дорсальной поверхности спонгиозного тела, отсутствие ранних и поздних послеоперационных осложнений, удовлетворительное качество мочеиспускания, сохранение исходного уровня эректильной функции, низкое число рецидивов, а также тот факт, что данная методика была осуществлена, несмотря на различную степень спонгиофиброза—данный вариант пластики уретры может быть рекомендован, как альтернатива классической техники.

УРОВЕНЬ ЦИТОКИНОВ В НАЗАЛЬНОМ СЕКРЕТЕ У ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ И ГИПЕРТРОФИЕЙ АДЕНОИДОВ

Попов А.С., Трушина Е.Ю., Туровская А.А., Костина Е.М.

ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Пенза

Аллергический ринит (АР) и гипертрофия аденоидов (ГА) наиболее частые проблемы, приводящие к обструкции верхних дыхательных путей у детей, что ухудшает их качество жизни (нарушение сна, снижение способности к обучению).

При данной патологии возможно выделение несколько типов воспаления слизистой оболочки верхних дыхательных путей. Активно изучается роль эозинофилов, нейтрофилов и иммунных медиаторов в развитии воспаления и формирования данной патологии. Актуальным вопросом является изучение продукции цитокинов в назальном секрете для оценки типа воспаления и иммунопатогенеза аллергического ринита в сочетании с гипертрофией аденоидов.

Цель исследования. Изучить уровень продукции IL-4, IL-5, IL-8, IL-18 в назальном секрете у детей с аллергическим ринитом и гипертрофией аденоидов.

Методы исследования. В исследование принимали участие 96 детей,

в возрасте от 2 до 8 лет. Дети были разделены на группы: с диагнозом АР (n=32), ГА (n=25) и сочетанной патологией АР и ГА (n=27). Контрольную группу составили 12 здоровых детей. Концентрацию IL-4, IL-5, IL-8, IL-18, определяли в назальном секрете методом твердофазного иммуноферментного анализа и выражали в пг/мл. Статистическая обработка результатов проводилась с использованием пакета прикладных программ Statistica 6.0. При сравнении групп между собой использовали критерий Манна-Уитни. Показатели представлены в виде медианы (Me) и квартилей (P25%; P75%). Результаты считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. Изучение цитокинов в назальном секрете является актуальным для изучения иммунного воспаления в слизистой оболочке верхних дыхательных путей. Продукция цитокинов отражает тип и интенсивность воспалительного процесса, что важно в изучении иммунопатогенетических механизмов АР и ГА. В настоящее время существуют различные взгляды на патофизиологию ГА, одним из которых является развитие ГА на фоне аллергического воспаления и частых инфекционных заболеваний.

В группе пациентов с сочетанием АР и ГА выявлено достоверно значимое повышение продукции цитокинов IL-4 и IL-5 в назальном секрете в сравнение с группой детей с ГА без АР и со здоровыми детьми ($p < 0,05$). Уровень IL-4 был повышен в 4 раза, уровень IL-5 в 18 раз в сравнение с уровнем изучаемых цитокинов в группе с ГА и здоровых детей ($p < 0,05$).

Наблюдалась схожая тенденция продукции цитокинов в назальном секрете в группе детей только с АР и с АР в сочетании с ГА ($p > 0,05$). Не получено значимых различий по уровню изучаемых цитокинов в группе детей с ГА и здоровыми детьми ($p > 0,05$). К ключевым цитокинам, определяющим аллергическое воспаление при АР, относят IL-4, IL-5. IL-4 является медиатором Th2 типа иммунного ответа. IL-4 является ключевым медиатором, стимулирующим синтез аллерген-специфических иммуноглобулинов E (IgE)

к причинно-значимым аллергенам.

Клинически важен IL-5, как главный регулятор эозинофильного воспаления. Повышение уровня продукции IL-5 подтверждает аллергическую природу воспаления и способствует продукции эозинофилов в слизистую оболочку околоносовых путей. ГА может развиваться на фоне аллергического воспаления, само по себе возникновение ГА может являться следствием активности и персистенции аллергического воспаления и не приводит к повышению продукции изучаемых цитокинов.

Интересным вопросом было изучение роли IL-8 и IL-18 в формировании воспаления слизистой оболочки околоносовых путей при АР и ГА, учитывая их двойственную роль. IL-8 и IL-18 продуцируются нейтрофилами и участвуют прежде всего в иммунном ответе при инфекционных патогенах.

В литературе описано, что IL-18 участвует в формировании и поддержание персистирующего воспаления при АР. IL-18 в сочетании с другими провоспалительными цитокинами, включая IL-1 и TNF- α , а также токсичными гранулированными белками, высвобождающимися из активированных эозинофилов, должен быть важным цитокином для инициирования воспалительных реакций при аллергопатологии и IL-4-независимой продукции IgE. Данный момент определяет важность изучения уровня этих медиаторов при АР и ГА. В нашей работе достоверно значимых изменений в уровне IL-8 и IL-18 при изучаемой патологии выявлено не было ($p > 0,05$).

Выводы: Таким образом, наше исследование показало, что в патогенезе воспаления при АР в сочетании с ГА наибольшее значение имеют цитокины Th2-типа иммунного ответа: IL-4 и IL-5. ГА может формироваться на фоне аллергического воспаления, оказывая влияние на выраженность клинических симптомов и степень тяжести АР.

ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ КАК ФАКТОР РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЭРОЗИВНОЙ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ

Прокудина М.П., Пименова Д.В., Мартиросян М.С., Латышев Д.Ю.,
Латышев О.Ю.

ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России, Барнаул

Детская городская больница 1, Барнаул

Связь между показателями физического развития и гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, прежде всего ИМТ (индексом массы тела) широко изучалась во взрослой популяции. Единичные работы выполнены на педиатрическом контингенте больных. При этом дальнейшее понимание коморбидности гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), ожирения и других параметров физического развития может иметь значение для ведения пациентов с ГЭРБ.

Цель исследования: Оценить показатели физического развития у детей школьного возраста с эрозивной гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью.

Материалы и методы. В исследование включены 103 ребенка с эрозивной ГЭРБ (мальчиков -65, девочек 38, средний возраст-12,3±2,5 лет). Из них детей младшего школьного возраста (7–11 лет) - 43 ребенка, а старшего (12–18 лет) - 60. Диагноз устанавливался по Лос-Анжелесской классификации после проведения эндоскопического обследования. В дальнейшем все дети в соответствии с этой классификацией разделены на две подгруппы: эрозивный эзофагит стадия А - 93 ребенка, стадии В и С – 10 детей, стадия D не выявлена. Группу сравнения составили 30 детей (мальчиков - 11, девочек - 19, средний возраст- 13,1±3,1 лет) с хроническом гастродуоденитом, без поражения пищевода по результатам фиброгастродуоденоскопии. Для оценки роста и индекса массы тела (ИМТ) применяли коэффициент стандартного отклонения (SDS). Значения SDS роста более 2 расценивали, как высокорослость, менее 2

– низкорослость. Значения SDS ИМТ более 2 расценивались как ожирение, менее 2 - недостаточность питания. Для статистической обработки применялся критерий χ^2 Пирсона, значения менее 0,05 расценивались как значимые.

Результаты. В группе больных с ГЭРБ высокорослость выявлена у 17 детей (16,5%), а в группе сравнения детей с высокорослостью не было (0,0%) ($p=0,018$). В основной группе низкорослость выявлена у 1 ребенка (0,97%) и в группе сравнения также у 1 ребенка (3,3%). ($p=0,350$). При сравнении в подгруппах младшего и старшего школьного возраста, среди детей младшего школьного возраста высокорослость выявлена у 10 детей (23,2%), а среди детей старшего школьного возраста в два раза реже - у 7 детей (11,6%) ($p=0,199$). В группе детей с ГЭРБ ожирение выявлено у 12 детей (11,6%), в группе сравнения практически в 3 раза реже - у 1 ребенка (3,3%) ($p=0,178$). Недостаточность питания в основной группе отмечена у 9 детей (8,7%), а в группе сравнения - у 2 детей (6,6%) ($p=0,718$). Что касается возрастных различий, у детей младшего школьного возраста ожирение выявлено у 7 (16,2%), в старшем школьном возрасте значительно реже – у 5 детей (8,3%) (0,216). Что касается гендерных различий, доля больных с ожирением среди мальчиков из группы с ГЭРБ составила 10 детей (15,3%), а среди девочек – 2 ребенка (5,2%) ($p=0,123$). С целью оценки влияния высокорослости и ожирения на степень тяжести эзофагита, проведено сравнение в подгруппах с эзофагитом стадии А и В + С. У детей с эзофагитом стадии В + С высокорослость не отмечена (0,0%), в стадии А - 17 детей (18,2%) ($p=0,139$). Ожирение в подгруппе с эзофагитом стадии В и С - у 1 ребенка (10,0%), а в стадии А - у 11 детей (11,8%) (0,865).

Выводы.

1 Среди детей с эрозивной ГЭРБ доля больных с высокорослостью составила 16,5%, что достоверно чаще, чем в группе больных без эзофагита. Ожирение отмечается у 11,6% детей с эрозивным эзофагитом, что в три раза

чаще, чем в группе сравнения, но различия статистически недостоверны. Отмечена тенденция к большему влиянию данных факторов в группе детей младшего школьного возраста.

2 Влияние показателей физического развития на степень тяжести эрозивного эзофагита не установлено.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ВРОЖДЕННОЙ ЭНТЕРОПАТИИ У РЕБЕНКА ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

Пупыкина В.В., Захарова И.Н., Дмитриева Ю.А.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва

Введение. Врожденные энтеропатии представляют собой группу редких наследственных заболеваний, сопровождающихся хронической диареей (>2-3 недель), начинающейся в первые недели-месяц жизни.

Данная группа заболеваний часто осложняется формированием тяжелой кишечной недостаточности, определяющей необходимость проведения пролонгированного парентерального питания. Многообразие патогенетических механизмов развития врожденных диарей (нарушения всасывания питательных веществ и транспорта электролитов, структурные дефекты энтероцитов, нарушения дифференцировки энтероэндокринных клеток, дисрегуляция иммунной системы желудочно-кишечного тракта) определяет трудности дифференциального диагноза. При этом своевременная верификация причины диарейного синдрома имеет решающее значение для принятия решения о тактике дальнейшего введения ребенка и предотвращения опасных для жизни осложнений.

Цель: Представить алгоритм дифференциальной диагностики энтеропатии у ребенка грудного возраста, проанализировать клинико-анамнестические данные и лабораторно-инструментальные исследования в

процессе диагностического поиска.

Материалы и методы: проведен анализ истории болезни ребенка 6,5 месяцев, поступившего в ГБУЗ ДГКБ им. З.А. Башляевой в возрасте 3 месяцев по экстренным показаниям в связи с тяжелой белково-энергетической недостаточностью, интоксикационным синдромом и электролитными нарушениями, проходившего дальнейшее лечение и обследование в ОРИТН и неонатологическом отделении №1.

Результаты: Анализ клинико-anamнестических данных позволил установить, что с 2 недели жизни состояние ребенка стало ухудшаться на фоне начала докорма адаптированной молочной смесью.

На данном этапе отмечено появление многократной рвоты, отказ ребенка от еды. На этапе амбулаторного наблюдения проводилась повторная смена смесей, включая использование антирефлюксных, безлактозных продуктов, однако стабилизации состояния ребенка достигнуто не было.

В возрасте 3 месяцев была заподозрена аллергия к белкам коровьего молока, что стало основанием для перевода ребенка на вскармливание гидролизованной, а в дальнейшем - аминокислотной смесью, диарейный и эметический синдром на этом фоне сохранялся.

При обследовании по месту жительства в стационаре была исключена хирургическая патология верхних отделов ЖКТ и муковисцидоз. У ребенка была выявлена нормохромная нормоцитарная анемия, гепатит минимальной активности без явлений холестаза, гипопроотеинемия, гипоальбуминемия, генез которых окончательно верифицирован не был. Были получены положительные результаты ПЦР исследования крови на цитомегаловирус, противовирусная терапия не проводилась. За 3 месяца прибавка в весе составила 750 гр.

Клиническая картина на момент обращения в приемное отделение ДГКБ им. З.А. Башляевой определила необходимость госпитализации в ОРИТН.

Антропометрические данные на момент поступления соответствовали наличию у ребенка хронической тяжелой белково-энергетической недостаточности (вес 3600 гр, рост 56 см, SDS роста -2,01, SDS ИМТ -3,78).

Выводы: Врожденные энтеропатии являются сложным жизнеугрожающим состоянием. Данный клинический пример демонстрирует, что решающее значение в процессе дифференциальной диагностики врожденной энтеропатии у ребенка грудного возраста имеет анализ клинико-анамнестических данных и лабораторно-инструментальных методов исследования, при этом для окончательной верификации диагноза необходимо проведение молекулярно-генетического исследования.

Единственным способом ведения данных пациентов на этапе диагностического поиска является пролонгированное парентеральное питание.

– Р –

ОСЛОЖНЕНИЯ ОТКРЫТЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ УДАЛЕНИИ НЕВРОМЫ МОРТОНА ИЗ ТЫЛЬНОГО ДОСТУПА

Разин М.А., Федяков А.Г., Мухина О.В., Древаль О.Н., Горожанин А.В.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва

ГБУЗ ГKB им. С.П. Боткина (Боткинская больница), Москва

Введение. Неврома (метатарзалгия) Мортона представляет собой заболевание подошвенного нерва, проявляющееся выраженным нейропатическим болевым синдромом. Причиной данной патологии является развитие эпи- и периневрального фиброза ствола нерва вследствие его компрессии в 3-м, реже во 2-м, межплюсневом промежутке. Несмотря на множество предложенных методов лечения данной патологии

(консервативных и хирургических), наиболее эффективным остается открытое хирургическое вмешательство, а именно нейрэктомия невромы.

Согласно данным литературы, стойкий продолжительный эффект операции отмечается у 80% пациентов. Причинами сохраняющегося болевого синдрома даже после тотального удаления невромы могут быть многие факторы, среди которых наиважнейшими являются различные осложнения после проведенной операции. Однако, проведенный обзор литературы показал скудные данные по выявлению, лечению и профилактике осложнений хирургического лечения невромы Мортонa.

Цель исследования. Представление клинических случаев осложнений оперативных вмешательств по поводу невромы Мортонa, их классификация, создание алгоритмов диагностики, лечения и профилактики.

Материалы и методы. Было выполнено 82 хирургических вмешательства дорсальным доступом в 3-м межплюсневом промежутке 73 пациентам – 68 женщинам в возрасте от 26 до 76 лет ($51,8 \pm 11,9$) и 5 мужчинам в возрасте от 45 до 64 лет ($52,7 \pm 7,9$). Средняя продолжительность наблюдения в послеоперационном периоде составила $33,3 \pm 16,7$ месяца.

Результаты. В послеоперационном периоде было выявлено 10 случаев осложнений (12,2%) у 10 пациентов: у 4 пациентов наблюдался рубцово-спаечный процесс в области оперативного вмешательства с адгезией культи подошвенного нерва, приведший к возобновлению болевого синдрома, у 3 пациентов – отсроченная местная аллергическая реакция замедленного типа на шовный материал (викрил), также по одному наблюдению инфекционного раневого осложнения, кровоизлияния в ложе хирургического вмешательства при травме стопы в раннем послеоперационном периоде, ожога 1 степени при перевязках с использованием йода в домашних условиях.

Ни одно из осложнений не было жизнеугрожающим. Для каждого из возникших осложнений были разработаны алгоритмы диагностики, лечения и профилактики в зависимости от характера осложнения, благодаря чему

впоследствии удалось нивелировать их возникновение.

Пять осложнений потребовали дополнительного хирургического вмешательства. За время наблюдения не было ни одного случая осложнения. Удовлетворительного разрешения осложнений удалось добиться у всех пациентов. С учетом полученных в ходе наблюдения осложнений и данных литературы предложена классификация осложнений хирургического лечения невромы Мортона: 1. Местные воспалительные осложнения; 2.

Осложнения, связанные с болевым синдромом в области оперативного вмешательства; 3. Травма стопы в раннем послеоперационном периоде.

Заключение. Описание, классификация, поиск методов профилактики и лечения послеоперационных осложнений, специфичных для невромы Мортона, позволяют существенно повысить качество лечения, а также улучшить исход и нивелировать возможные негативные последствия хирургических вмешательств.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ МИКОФЕНОЛАТА МОФЕТИЛА И АЗАТИОПРИНА В КОМБИНАЦИИ С КОРТИКОСТЕРОИДАМИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЛИМФОЦИТАРНОГО МИОКАРДИТА

**Рудь Р.С., Благова О.В., Коган Е.А., Новосадов В.М., Зайцев А.Ю.,
Седов В.П., Зайденов В.А., Куприянова А.Г., Кадочникова В.В.,
Донников А.Е., Недоступ А.В.**

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

Университетская клиническая больница №1, Москва

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

Сравнительная эффективность и безопасность микофенолата мофетила и азатиоприна в комбинации с кортикостероидами при лечении

лимфоцитарного миокардита.

Цель: изучить эффективность и безопасность микофенолата мофетила (ММ) в комбинации с кортикостероидами при лечении лимфоцитарного миокардита в сравнении со стандартной комбинацией кортикостероидов и азатиоприна.

Материал и методы. В исследование включено 50 пациентов в возрасте 18 лет и старше с тяжелым и среднетяжелым лимфоцитарным миокардитом (38 мужчин и 12 женщин, средний возраст $47,8 \pm 10,8$ лет). Диагноз был верифицирован с помощью эндомиокардиальной биопсии. Средняя продолжительность появления симптомов $9,5 [4; 20.25]$ месяцев. (У всех больных был 3 [2,75; 3] функциональный класс хронической сердечной недостаточности (ХСН).

В основную группу вошли 29 пациентов, получавших ММ по 2 г/сут, в том числе 6 вместо азатиоприна, который был отменен в связи с цитопенией ($n=3$) или недостаточным эффектом ($n=3$).

Группу сравнения составили 21 пациентов, получавшие азатиоприн 150 [50; 150] мг/сут. Пациенты обеих групп также получали метилпреднизолон в начальной дозе 28 [24; 32] и 24 [24; 24] мг/сут и стандартную терапию по поводу ХСН. У 6/5 пациентов был обнаружен геном парвовируса В19 в миокарде.

Во всех случаях увеличение титров антикардиальных антител свидетельствовало об активности иммунной системы. Средний срок наблюдения составил 30 [22; 35] месяцев, но не менее 6 месяцев.

Результаты. Группы были полностью сопоставимы по возрасту, исходным параметрам и объему стандартной лекарственной терапии, за исключением АРНИ ($p<0,01$) и амиодарона ($p<0,05$).

В обеих группах отмечено сопоставимое достоверное увеличение фракции выброса (ФВ $30,6 \pm 7,7\%$ до $44,0 \pm 9,4\%$ группе ММ против $29,2 \pm 7,7\%$ до $46,2 \pm 11,8\%$ $p<0,001$ в группе азатиоприна).

Отличный ответ на лечение (увеличение ФВ на 10% и более) отмечен у 55,2% и 61,9% больных, хороший (на 9-5%) - у 24,1% и 9,5%, плохой ответ (увеличение менее чем на 5% или снижение ФВ) - 10,3% и 19,0% соответственно.

В обеих группах наблюдалось одинаковое достоверное ($p < 0,01$) снижение систолического давления в легочной артерии (СДЛА, от $37 \pm 12,5$ до $28,0 \pm 7,8$ мм рт.ст. в группе ММ и от $44,2 \pm 10,1$ до $31,8 \pm 12,5$ мм рт.ст. в группе азатиоприна), конечно-диастолический размер левого желудочка (КДР ЛЖ, от $6,4 \pm 0,6$ до $6,1 \pm 0,8$ см против $6,3 \pm 0,5$ до $5,9 \pm 0,7$ см), конечно-диастолический объем (КДО) ЛЖ (от $191,6 \pm 53,1$ до $187,9 \pm 63$ мл и $173,4 \pm 46,8$ до $165 \pm 61,5$ мл), конечно-систолический объем ЛЖ (КСО) ($133,3 \pm 42,7$ до $106,4 \pm 43,8$ мл и $122,5 \pm 38,2$ мл до $94,8 \pm 46,8$ мл), объем левого предсердия (от $99,2 \pm 29,4$ до $90,0 \pm 44,7$ мл против $107,6 \pm 25,9$ до $95,7 \pm 48,9$ мл, $p < 0,05$), а также степень митральной недостаточности.

Частота летальных исходов составила 2 (6,9%) и 2 (9,5%), трансплантаций - 1 (3,4%) и 1 (4,8%) пациента, конечной точки «смерть + трансплантация» - 3 (10,3%) и 3 (14,3%) без существенных различий между группами.

Наличие генома парвовируса В19 в миокарде не повлияло на результаты лечения.

Частота инфекционных осложнений была сопоставима в обеих группах (в одном случае ММ была полностью отменена), новых случаев цитопении за период наблюдения не отмечено.

Заключение. У больных с вирус-негативным (за исключением парвовируса В19) лимфоцитарным миокардитом средней и тяжелой степени комбинация умеренных доз ГКС с микофенолатом мофетиллом в дозе 2 г/сут по крайней мере не менее эффективна, чем стандартная схема иммуносупрессивной терапии (стероиды с азатиоприном).

Выявлена тенденция к более выраженному снижению титров

антикардиальных антител в сочетании с лучшей переносимостью (отсутствие случаев цитопении) при лечении ММ.

ММ в сочетании с ГКС может быть рекомендован в качестве альтернативной схемы лечения лимфоцитарного миокардита (прежде всего, при неэффективности/непереносимости азатиоприна).

КОМПЬЮТЕРНОЕ ПРОГРАММИРОВАНИЕ В АСПЕКТЕ НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Рукавишникова С.А.

ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России,
Санкт-Петербург

Современная отечественная система здравоохранения перешла к непрерывному медицинскому и фармацевтическому образованию (НМФО). Согласно правовым актам для успешного прохождения аккредитации специалисту необходимо набрать определенное количество баллов в течение 5 лет. Важно отметить, что единой временной рамки пятилетних циклов не существует и индивидуальна для конкретного специалиста.

Таким образом, возникают некоторые трудности со своевременным учетом набора баллов НМФО у медицинского персонала. В период пандемии, с повышением нагрузки на практическое звено здравоохранения, задача оптимизации учета баллов представляется особенно актуальной.

Цель. Разработать компьютерную программу для оптимизации учета баллов НМФО.

Материалы и методы. Программный продукт разработан на базе Microsoft Excel, использованы нормативные правовые акты. Применены статистические методы.

Результаты. Автоматический уведомитель представляет собой интерактивную таблицу с двенадцатью столбцами. Количество строк не ограничено и зависит от числа сотрудников. От пользователя требуется внесение данных в ячейки трех столбцов: ФИО (фамилия имя отчество), дата выдачи (сертификата или свидетельства об аккредитации), текущий балл (балл НМФО, набранный сотрудником на данный момент).

В зависимости от введенной информации программа автоматически производит расчет сроков окончания действия сертификата или аккредитации, а также рассчитывает недостающее количество баллов НМФО.

Кроме того, производится расчет рекомендуемого количества баллов, исходя от требуемого норматива и прошедшего срока действия сертификата либо аккредитации.

К преимуществам данной базы данных относятся: относительная простота работы; оригинальность подхода; удобное выделение цветом ячеек для ввода; цветовая сигнальная маркировка; возможность замены норматива баллов при изменении требований.

Выводы. Таким образом, разработанная программа позволяет автоматически производить расчет даты окончания действия сертификата, недостающего и рекомендуемого количества баллов НМФО, а также предупреждать пользователя об имеющихся недочетах с помощью сигнальной цветовой маркировки.

Созданный программный продукт позволит значительно снизить нагрузку при учете успеваемости в непрерывном обучении медицинского персонала.

ПРЯМЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ЗАТРАТЫ НА ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Румянцева Е.И.

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

(Сеченовский Университет), Москва;

Институт лидерства и управления здравоохранением, Москва

Цель исследования: оценка затрат системы обязательного медицинского страхования (ОМС) на лечение пациентов с хронической болезнью почек (ХБП).

Материалы и методы: деперсонифицированные данные о затратах были извлечены из реестров счетов, предъявленных медицинскими организациями Московской области и оплаченных страховой компанией.

В анализ включали пациентов с диагнозом ХБП (N18.1-N18.5 по МКБ-10), указанных в реестре как основной, получавших медицинскую помощь в условиях дневного и круглосуточного стационара, а также амбулаторно в период с 01.01.2019 по 31.12.2019.

Результаты: 2998 уникальных пациентов было пролечено в 2019 году. Всего было 7209 обращений за медицинской помощью в амбулаторное звено, 1049 – в круглосуточный стационар, 61493 диализных процедуры было выполнены. Число посещений амбулаторной помощи значительно возросло с 1-2 стадии ХБП до 5. Значимая разница в числе госпитализаций наблюдалась между всеми стадиями в сравнении с пациентами, получающими заместительную почечную терапию (ЗПТ). Длительность госпитализации значительно различалась между 1-2 стадией и 3-4 стадиями ($p < 0,001$), 3-4 и 5 стадией ($p < 0,001$), 5 стадией и 5 стадией с диализом ($p < 0,001$). Чем выше стадия, тем больше длительность госпитализации.

Всего системой ОМС было затрачено 388 198 096 руб., из которых 87,9% были затрачены на диализную помощь, 11,2% - на круглосуточный

стационар, 0,9% - на амбулаторную помощь. В среднем на 1 пациента было затрачено 129 485,69 руб. в 2019. Возраст и пол не имели значимого влияния на стоимость лечения. Стоимость лечения статистически значимо возрастала ($p < 0,01$) с увеличением стадии заболевания. Расходы на пациентов, получающих ЗПТ, были в 26 и более выше, чем у пациентов додиализных стадий ХБП.

Выводы: Более высокая стадия ХБП и наличие ЗПТ были основными факторами, влияющими на стоимость прямых медицинских расходов.

– С –

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ И ПАТОФИЗИОЛОГИЯ СЕРДЦА ПРИ ДИСФЕРЛИНОПАТИИ

Савельева М.А., Чернова О.Н., Бардаков С.Н., Деев Р.В.

ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России,

Санкт-Петербург

Актуальность. Дисферлинопатия — редкая форма пояснично-конечностной мышечной дистрофии типа 2В с частотой развития 1:100 000-1 000 000 новорожденных. Заболевание обусловлено отсутствием или крайне низким содержанием белка дисферлина и имеет наследственную этиологию (мутация в гене DYSF). При недостатке дисферлина нарушаются восстановительные процессы в саркомере, что проявляется в виде мышечного истощения.

На сегодняшний день имеются сведения о поражении скелетной мускулатуры при данной патологии, в то время как комплексное описание морфофункционального состояния сердца отсутствует. Оценка морфофункционального состояния миокарда при дисферлинопатии

необходима для прогнозирования возможных рисков со стороны сердечно-сосудистой системы у пациентов данного профиля.

Цель. Установить влияние генетически обусловленного отсутствия белка дисферлина на морфологическое и функциональное состояние миокарда.

Задачи. Проанализировать морфологическое состояние миокарда у модели животных с дисферлинопатией. Провести обследование функционального состояния сердца у пациентов с дисферлинопатией. Сопоставить полученные данные, дать оценку морфофункционального состояния миокарда при дисферлинопатии.

Материалы и методы. В качестве модели животных использовано 15 мышей линии B1a/J на сроках течения дисферлинопатии 3, 6, 12 месяцев (The Jackson Laboratory, Farmington, США) — исследуемая группа, 3 мыши линии Balb/C в возрасте 3-4 месяца — группа контроля. Изготовлены парафиновые срезы миокарда с окрашиванием гематоксилином и эозином, железным гематоксилином по Рего, ГОФПК по Ли и проведением морфометрии 3 показателей: расстояние между вставочными дисками, толщина и периметр ядер кардиомиоцитов (AxioVision v. 4.9.1, США); статистическая обработка осуществлена в Statistica v. 13.0 (StatSoft Inc., США). Изготовлены криосрезы миокарда с применением иммунофлюоресцентной реакции с первичными и вторичными антителами. Клиническое наблюдение включило оценку данных ЭКГ в 12 отведениях у 35 пациентов с генетически подтвержденной дисферлинопатией, Эхо-КГ у 26 пациентов и МРТ сердца с контрастированием у 11 пациентов.

Результаты. Гистологическая характеристика миокарда у мышей исследуемой группы включала нарушение строения кардиомиоцитов (волнообразная деформация, полиморфизм ядер, разрушение вставочных дисков), гипертрофию, наличие гипоксического повреждения, фиброзирование, утрату поперечной исчерченности по результатам окраски

парафиновых срезов. Группа контроля характеризовалась картиной инфарктного миокарда с правильно ориентированными кардиомиоцитами, мономорфными ядрами, сохранными ультраструктурами.

По результатам морфометрии длины и толщины кардиомиоцитов выявлены значимые различия с более высокими показателями у животных исследуемой группы. По показателю периметра ядер кардиомиоцитов статистически значимых различий между двумя группами не выявлено, что является признаком сохранной синтетической способности ядер для других соединений.

По результатам иммунофлюоресцентной реакции выявлено отсутствие дисферлина в миокарде мышечной исследуемой группы; миокард мышечной группы контроля характеризовался высоким содержанием дисферлина, что подтверждает наличие дисферлина в миокарде в норме и его отсутствие при данной патологии. По результатам клинического наблюдения выявлены признаки гипертрофии предсердий, желудочков и нарушения внутрижелудочкового проведения по данным ЭКГ (увеличение продолжительности зубца Р у 11,4 [3,2; 26,7]% пациентов, отклонение ЭОС вправо у 8,57 [1,8; 23,1]% наблюдаемых, удлинение QRS в 25,7 [12,5; 43,25]% случаев).

По данным Эхо-КГ и МРТ сердца у пациентов с дисферлинопатией отмечено снижение КДО (EDV и его индекса), КСО (ESV и его индекса), пиковой скорости пассивного наполнения левого желудочка, увеличение V_e/V_a .

По результатам МР-контрастирования сердца у пациентов с дисферлинопатией обнаружены фиброзные изменения в передне-латеральных сегментах миокарда у 27,3 [6; 60,9]% пациентов.

Выводы. Дисферлинопатия приводит к патоморфологическим изменениям миокарда у животных: имеется тенденция к нарушению строения кардиомиоцитов, гипоксическому повреждению, утрате поперечной

исчерченности, фиброзированию. Дисферлинопатия приводит к диастолической дисфункции в клинической картине пациентов, что проявляется гипертрофией сердечной мышцы и фиброзированием. Морфофункциональное состояние миокарда у пациентов с дисферлинопатией является основой для формирования сердечной недостаточности у пациентов данного профиля.

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ИНФЕКЦИИ COVID-19

Самойлов Е.П.

ИГМАПО – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Иркутск

Введение. В РФ зарегистрировано около 17,7 млн. выявленных случаев и около 24 тысяч случаев инфицирования подтверждается ежедневно. Клетками-мишенями для SARS-CoV-2 являются клетки, имеющие рецепторы ангиотензинпревращающего фермента II типа (ACE2), представленные во многих органах и тканях. Помимо респираторных симптомов, имеются и неврологические проявления инфекции COVID-19, которые могут выступать в виде самостоятельных форм (энцефалопатия, энцефалит и т.д.), так и провоцировать и/или усугублять течение внутричерепных кровоизлияний и черепно-мозговой травмы.

Цель: проанализировать литературные данные, по теме неврологических проявлений инфекции COVID-19, выявить основной механизм нейротропности вируса, определить особенности течения патологических процессов внутричерепных кровоизлияний и черепно-мозговой травмы на фоне инфекции COVID-19.

Материалы и методы. Проведен анализ литературных данных электронной библиотеки PubMed на период с 2020 по 2022 год касательно воздействия вируса SARS-CoV-2 на нервную систему человека. Применялись

логический и аналитический методы.

Результаты и обсуждение. Ключевым в структуре вируса SARS-CoV-2 является белок S, ответственный за прикрепление к рецептору ангиотензин-превращающего фермента (ACE 2) человека. На данный момент выделяются следующие пути нейроинвазии SARS-CoV-2. В ряде исследований были обнаружены рецепторы ACE 2 и белки TMPRSS 2 в эпителии слизистой носоглотки, соответственно вирус может проникать в ЦНС через эпителий слизистой оболочки носа, что подтверждается данными МРТ в виде усиления сигнала в области обонятельной коры. Для SARS-CoV-2 инвазия через неповрежденный гематоэнцефалический барьер может быть весьма затруднительна, однако в ЦНС имеются рецепторы BSG, NRP-1, которые могут оказаться входными воротами для инфекции. С другой стороны, большая концентрация провоспалительных цитокинов (IL-1,6,16, TNF), обусловленная системным воспалением способствует разрушению ГЭБ и соответственно, его разгерметизации.

По данным литературы, всего в структуре клинической картины, неврологические симптомы занимают по разным данным от 30% до 36,4%, около 45% с тяжелой формой респираторного заболевания, и у 85% лиц с ОРДС. Наиболее часто встречаются нарушения вкуса и запаха, головные боли, головокружение, миалгии и т.д. Большинство авторов сходится на том, что тяжелые осложнения возникают на фоне дыхательной недостаточности и системной дисфункции (энцефалопатия, цереброваскулярные заболевания), некоторые обусловлены прямой инвазией SARS-CoV-2 в ткани мозга (энцефалит), о чем свидетельствует положительный ОТ-ПЦР на SARS-CoV-2 в ликворе, и, наконец, постинфекционные иммуноопосредованные осложнения, такие как синдром Гийенна-Барре и острая геморрагическая некротическая энцефалопатия, которые не являются специфичными для COVID-19, и проявляются при других заболеваниях (грипп). Внутричерепные геморрагические осложнения являются редкими осложнениями инфекции

COVID-19, однако сопровождаются грубыми неврологическими нарушениями, инвалидизацией, высокой летальностью.

По данным литературы, наиболее часто данный вид осложнений происходил у мужчин старше 50 лет, наиболее часто происходило долевые кровоизлияния. Лишь около трети больных не имело сопутствующего отягощенного анамнеза и сопутствующих заболеваний, остальные же в большинстве своем имели артериальную гипертензию, сахарный диабет, хронические болезни сердца, почек и т.д. Около 50% пациентов принимали антикоагулянты, при том в большинстве случаев превышался терапевтический порог дозировок антикоагулянтов.

Для пациентов с черепно-мозговой травмой на фоне инфекции COVID-19 характерно незначительное снижение баллов GCS на 1 пункт, однако внутрибольничная смертность у пациентов с положительным ОТ-ПЦР значительно выше.

Выводы. Вопрос нейротропности вируса SARS-CoV-2 остаётся обсуждаемым на данный момент времени. Несмотря на низкую частоту геморрагических осложнений инфекции COVID-19, процент инвалидизации и смертности при этом достаточно велик, что представляет угрозу для пациентов с факторами риска. Взаимодействие черепно-мозговой травмы и инфекции COVID-19 остаётся малоизученным вопросом и нуждается в дальнейших исследованиях.

ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА. РОЛЬ ВНУТРИЧЕРЕПНОГО ДАВЛЕНИЯ В ВЫБОРЕ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ

Севрюк С.А., Семёнов А.В., Сороковиков В.А.

ИГМАПО – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Иркутск

Введение. Геморрагический инсульт (ГИ) составляет 10–15% всех инсультов, но его вклад в общую смертность и инвалидность непропорционально высок. Впервые экстравазаты крови в мозговое вещество были описаны ещё в 1619 г. G. Nymman, а первое успешное удаление внутримозговой гематомы выполнил в 1888 г. W. McEwen. Но только в 1930-х гг. повысился хирургический интерес к ГИ, что было связано с бурным развитием нейрохирургии и появлением церебральной ангиографии, которая позволила определять локализацию гематомы. К сожалению, результаты хирургического лечения не были лучше результатов, полученных при естественном течении заболевания [1]. С того времени наши познания об этиологии и патогенезе данного заболевания значительно расширились, но вопрос его лечения до сих пор остаётся сложным и не до конца решённым. Существующие опубликованные результаты клинических исследований не позволяют сделать однозначные выводы о превосходстве консервативного или нейрохирургического лечения в отношении функционального восстановления пациентов.

Материалы и методы. Выполнен обзор литературы за последние 60 лет, проведённый с использованием ключевых слов посредством интернет-ресурса PubMed, посвящённый методам хирургического лечения геморрагического инсульта.

Результаты и обсуждение. Существующие опубликованные результаты клинических исследований не позволяют сделать однозначные выводы о превосходстве консервативного или нейрохирургического лечения в отношении функционального восстановления пациентов.

Существует статистическая значимость преимущества хирургии, основанная на предупреждении дислокационного синдрома, контроле внутричерепной гипертензии, а также предотвращении или по крайней мере снижении влияния крови и продуктов её распада на окружающую здоровую ткань. Однако крупным рандомизированным контролируемым исследованиям не удалось продемонстрировать это преимущество с точки зрения смертности или функционального результата.

Существует два основных направления хирургии геморрагического инсульта – открытая операция и миниинвазивные методы. Практика открытой хирургии сопряжена с высокой травматичностью, а также с определёнными рисками и осложнениями.

Однако краниотомия является спасительной мерой в критических ситуациях при признаках устойчивого повышенного внутричерепного давления, приводящего к неврологическому ухудшению. Возможности контроля внутричерепного давления дают шанс для выбора более оптимальной тактики хирургического лечения.

На сегодняшний день золотым стандартом мониторинга внутричерепного давления является установка инвазивных интравентрикулярных или интрапаренхиматозных датчиков. Метод ценится своей точностью, однако имеется и ряд недостатков в виде возможности геморрагических и инфекционных осложнений, а также высокой стоимости самого датчика, что ограничивает его рутинное использование.

Отсутствие возможности измерения внутричерепного давления до операции становится причиной необоснованного расширения показаний для выбора открытого метода хирургии, что снижает возможность лучшего функционального исхода.

Выводы. Все перечисленные моменты делают актуальным поиск неинвазивного метода измерения внутричерепного давления, что способствовало бы своевременному выбору хирургического метода без

опасности ухудшения клинического исхода.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ОПЕРАЦИИ LICHTENSTEIN И CS-ПЛАСТИКИ ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ

Секретарев В.Э., Привалов Ю.А.

ИГМАПО – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Иркутск

Цель. Сравнить результаты операции I.L. Lichtenstein и CS-пластики при паховых грыжах.

Материал и методы. Общее число пациентов, включенных в исследование, составило 124 человека. Исследование проводилось в период с 2019 г. по 2021 г. Указанное число пациентов было разделено на две группы – группа клинического сравнения (ГКС), куда вошло 60 пациентов, и основная группа (ОГ) с 64 пациентами. Операция Лихтенштейна (I.L. Lichtenstein) выполнялась в ГКС, в то время как пациенты из ОГ получали лечение предложенной нами методике «continuous suture» (CS-пластика).

Результаты. Продолжительность операции Лихтенштейна в ГКС составила $55,2 \pm 13,2$ мин, а при использовании CS-пластики (ОГ) – $40,3 \pm 12,1$ мин. В обеих группах отсутствовали осложнения в раннем послеоперационном периоде.

В сроки от 12 месяцев до 2 лет наблюдались пациенты из обеих групп. В ГКС присутствовали более выраженные и более длительные болевые ощущения по сравнению с ОГ.

Семь пациентов отметили болевые проявления на седьмой день после операции, то есть во время выписки. В ОГ таких проявлений не наблюдалось. Хроническая боль зарегистрирована у трех пациентов из группы клинического сравнения. Других осложнений не было.

Хронические болевые проявления сохранялись в сроки до 1 года и

потребовали противовоспалительной терапии и физиолечения. Рецидивов в обеих группах во время наблюдаемого периода не произошло.

Заключение. CS-пластика при паховых грыжах обладает всеми достоинствами методик «без натяжения». Предложенный вариант пластики прост в исполнении и позволяет надежно и быстро устранить паховую грыжу. После CS-пластики менее выражены болевые проявления в зоне оперативного вмешательства по сравнению с операцией I.L. Lichtenstein, не наблюдалось случаев хронической боли.

ГЛИЦЕРИНОВАЯ РИЗОТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА

Семенов А.В., Сороковиков В.А., Журкин А.Н., Севрюк С.А., Очкал С.В.
ОГБУЗ Иркутская городская клиническая больница № 3, Иркутск

Цель: исследование эффективности лечения невралгии тройничного нерва (НТН) методом глицериновой ризотомией.

Задачи: Провести ретроспективный анализ пациентов с НТН, которым выполнена глицериновая ризотомия. Изучить катамнез пациентов с НТН, пролеченные методом глицериновой ризотомии.

Материалы и методы: С декабря 2009 г. по март 2016 г. в нейрохирургическом отделении ОГБУЗ «Иркутская городская клиническая больница № 3» методом глицериновой ризотомии по Nakanson S. пролечено 96 пациентов с НТН.

При отборе пациентов учитывались клинические признаки, соответствовавшие критериям НТН, принятым Международным обществом головной боли: рецидивирующая односторонняя лицевая боль, распространяющаяся по ветвям тройничного нерва, без иррадиации за их пределы иннервации, длительность болевого синдрома до 2 минут,

выраженная интенсивность, характер боли-«электроудар», острая, режущая, стреляющая, и приступ вызывается безболевыми раздражителями в области иннервации тройничного нерва.

Средний возраст пациентов составил 62 года. В возрасте 70 лет и старше обратился 31(32,3%). В течение первого года после первого приступа боли обратились 11(11,5%) пациентов. Анамнез НТН более 5 лет обнаружен у 48(50%) больных, 10 лет и более—у 33(34,3%). Все пациенты до госпитализации лечились консервативно антиконвульсантами. На лечение поступили 70(72,9%) женщин и 26(27,1%) мужчин. Средний возраст женщин составил 62,2 года, мужчин—59,9 года. У женщин лицевые боли встречались более чем в 2 раза чаще справа (65,7%), чем слева (30%). У мужчин не отмечено четкого превалирования стороны поражения: справа—42,3%, слева—50%. Интенсивность болевых приступов составила 10 баллов по визуальной аналоговой шкале у 79% больных, 9 — у 4,2%, 8 — у 14,6%, 6–2,1% пациентов.

При изучении катамнеза проведен опрос 53 пациентов, пролеченных в 2009–2014 гг., по телефону, при этом выясняли эффект операции, изменение характера боли и т. д. Медиана наблюдения после вмешательства составила 43 мес. (мода — 63 мес.).

Для оценки результатов применяли первичную точку исследования (класс тригеминальной боли по шкале Института неврологии Бэрроу). Дополнительными конечными точками в исследовании явились количество пациентов, нуждающихся в терапии карбамазепином (финлепсином); интенсивность боли; герпетические высыпания, изменения чувствительности, снижения корнеального рефлекса и ослабления жевательной мускулатуры на стороне операции. В наблюдении средний послеоперационный койко-день составил 5,8(от 2 до 15) сут.

Результаты и обсуждение. Сразу после вмешательства улучшение отмечено у 93 (96,9%) пациентов. Послеоперационное течение у 3,1% больных

сопровождалось развитием асептического менингита; послеоперационная внутримозговая гематома в височной доле, которая потребовала удаления, наблюдалась в 1,04% случаев. Летальность составила 0%. У 3 (3,1%) больных вмешательство не принесло облегчения болевого синдрома.

При опросе по телефону 53 пациентов отмечено, что у 37 (69,8%) больных болевого синдрома нет либо он был слабой интенсивности и не требовал приема препаратов (класс I–II). Рецидивом заболевания считали возобновление болевого синдрома, требующего медикаментозного лечения (III–V класс по шкале тригеминальной боли Института неврологии Бэрроу), что составило 30,2%. Средняя продолжительность ремиссии — 71 нед. (16 мес.).

По сравнению с микроваскулярной декомпрессией метод менее инвазивен, несет меньшие риски, связанные с краниотомией, в частности летального исхода и грубых неврологических расстройств, а также позволяет воздействовать непосредственно на Гассеров узел. Глицериновая ризотомия не уступает радиохирургии по эффективности, но является более доступной и может применяться у пациентов, которым требуется незамедлительный эффект от вмешательства. Доказательная точность положения иглы с помощью контрастирования тригеминальной цистерны позволяет выполнять процедуру под эндотрахеальным наркозом. Кроме того, это исключает болезненность операции, что является преимуществом перед другими деструктивными методами, при которых пациент должен находиться в сознании.

Метод не требует дорогостоящего медицинского оборудования и может быть широко внедрен в нейрохирургические стационары.

Выводы. Глицериновая ризотомия—эффективный, малоинвазивный и безопасный метод лечения НТН. Глицериновая ризотомия имеет преимущества при лечении пациентов старше 70 лет с НТН и тяжелой сопутствующей патологией.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ РЕЖИМА ГИПОФРАКЦИОНИРОВАНИЯ В ЛЕЧЕНИИ ГЛИОБЛАСТОМ

Сербаева М.С.

КГБУЗ Красноярский краевой клинический онкологический диспансер
им. А.И. Крыжановского, Красноярск
ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России,
Красноярск

Клинический случай. Пациент К., 47 лет. Считает себя больным с июля 2021, когда впервые почувствовал головную боль, тошноту, случился единичный эпизод рвоты. Самостоятельно выполнил МРТ с контрастным усилением (КУ) головного мозга, где выявлена опухоль головного мозга.

Выполнена 18.08.2021 костно-пластическая трепанация черепа (КПТЧ) в правой лобно-височной области, микрохирургическое удаление опухоли медиальных отделов височной доли справа с нейронавигационным и нейрофизиологическим контролем. Иммуногистохимическое исследование (ИГХ) №5256 от 31.08.2021 - глиобластома, WHO grade 4, Ki67 - 20%. По данным МРТ от 15.09.21 - состояние после КПТЧ в правой лобно-височной области, микрохирургическое удаление правой височной области (более вероятно остаточная опухолевая ткань). Постоперационные гематомы на уровне оболочек головного мозга в лобно-височной области. Проведено ПЭТ/КТ 14.10.21 - ПЭТ-картина остаточной опухоли в медиальных отделах правой височной доли. Выполнена ретрэнатация правой лобно-височной области, микрохирургическое удаление опухоли медиальных отделов височной доли справа с нейронавигационным и нейрофизиологическим контролем. ИГХ №6980 - глиобластома, WHO grade IV, NOS, Ki67 - 60%. По решению ВК онкологического диспансера (КККОД) от 08.11.2021 госпитализирован для проведения послеоперационного курса химиолучевой терапии (ХЛТ). При поступлении в неврологическом статусе: речь не

нарушена. Обоняние в норме. Зрачки D=S. Фотореакции живые. Чувствительность на лице не нарушена. Точки выхода ветвей тройничного нерва безболезненны. Носогубная складка симметрична. Слух, глотание, фонация, вкус, глоточный рефлекс сохранены. Язык по средней линии. Зрение сохранено. Мышечная сила справа и слева - 5 баллов, мышечный тонус сохранен.

Пациенту проведено 16.11.2021 МРТ головного мозга с КУ: В правой лобно-теменно-височной области определяются постоперационные изменения (состояние после КПТЧ в правой лобно-височной области, микрохирургического удаления опухоли медиальных отделов височной доли справа, с нейронавигационными нейрофизиологическим контролем от 18.08.2021, КПТЧ в правой лобно-височной области, микрохирургического удаления внутримозговой опухоли головного мозга под нейрофизиологическим контролем от 22.10.2021 г.), с наличием дефектов кортикальных пластинок, фиброзирующих изменений прилежащих оболочек головного мозга, артефактов от частиц металла и фиброзно-рубцовых изменений мягких тканей по ходу оперативного доступа. В правой теменно-височной области справа, на фоне кистозно-атрофических и порэнцефалических изменений (с вовлечением височного рога правого бокового желудочка), определяется неправильной формы объемное образование, распространяющееся на медио-базальные отделы правой височной доли и на область островка, интенсивно диффузно накапливающее контрастный препарат, размерами: 5,2x5,2x4,3 см., также отмечается линейное периферическое контрастирование по периферии кистозно-атрофических изменений. Образование сопровождается перифокальным отеком и масс-эффектом, с дислокацией срединных структур влево на 0,6 см.

Тактика лечения пациента была обсуждена на мультидисциплинарном консилиуме в составе радиотерапевта, химиотерапевта, нейрохирурга. С учетом результатов дообследования, удовлетворительного состояния,

отсутствия неврологического дефицита было принято решение о проведении ХЛТ по радикальной программе. С 18.11.21 г. по 08.12.21 г. проведен послеоперационный курс конформной дистанционной лучевой терапии на опухоль головного мозга на линейном ускорителе электронов "TrueBeam04", с использованием индивидуальной термопластической фиксирующей маски. Разовая очаговая доза - 3 Гр. СОД = 45 Гр (60 изоГр).

Химиотерапия: темозоломид 140 мг на протяжении курса дистанционной лучевой терапии (ДЛТ). Лечение перенес удовлетворительно, отмечалась стероид-индуцированная гипергликемия. Консультирован эндокринологом, назначена сахароснижающая терапия (метформин глюкофаж лонг 500 мг 1 таб. 2 раза в день). Пациент по решению ВК от 08.12.21 продолжил химиотерапию темозоломидом, 3 курса. После 3 курсов – положительная динамика: по МРТ с КУ от 11.03.22 - состояние после КППЧ, микрохирургического удаления опухоли головного мозга от 18.08.2021г. Ретрепанация от 22.10.2021 г. Микрохирургическое удаление опухоли медиальных отделов височной доли справа с нейронавигационным и нейрофизиологическим контролем. Состояние после ДЛТ (СОД = 45 Гр, 60 изоГр). В сравнении с МР- данными от 16.11.2021 - уменьшение размеров образования до 35x35x18 мм. По решению ВК от 11.03.21 пациенту рекомендовано продолжить химиотерапию до 6 курсов с последующим контрольным обследованием.

ОЦЕНКА НЕОБХОДИМОСТИ СКРИНИНГА ВАКЦИНОУПРАВЛЯЕМЫХ ИНФЕКЦИЙ И РАЗРАБОТКИ ПРОГРАММЫ ВАКЦИНАЦИИ МЕЖДУНАРОДНЫХ МИГРАНТОВ

Серикова Е.Н., Останкова Ю.В.

ФБУН НИИЭМ им. Пастера, Санкт-Петербург

Цель работы: оценить необходимость разработки программ вакцинации против гепатита В для международных мигрантов.

Материалы и методы: 537 образцов плазмы крови, полученные от иностранных граждан, проходящих медицинское освидетельствование для получения разрешений на работу в Управлении по вопросам миграции СЗФО, которые были обследованы на присутствие серологических маркеров ГВ (HBsAg, анти-HBs IgG, анти-HBcore IgG) с использованием коммерческих тест-систем, согласно инструкциям производителя.

Результаты исследования: В исследованной группе 2,6% имели положительный HBsAg, 8,8% имели признаки перенесенной инфекции (анти-HBs IgG+, анти-HBcore IgG+) и 18,0% имели достаточный уровень предположительно вакцинных антител (анти-HBs IgG+, анти-HBcore IgG-, HBsAg-). В группе женщин 1,9% имели положительный поверхностный антиген, 10,2% имели признаки перенесенной инфекции и 18,2% имели предположительно вакцинные антитела. У мужчин 3,3% имели положительный поверхностный антиген, 7,3% имели признаки прошлой инфекции и 18,0% имели предположительно вакцинные антитела.

Отметим, что ввиду отсутствия сведений об иммунизации, мы можем с уверенностью говорить только о серопревалентности. Уровень предположительно вакцинных антител в разных возрастных группах составил: 0–19 лет – 50%, 20–39 лет – 20,6%, 40–59 лет – 13,3%, 60–79 лет – 14%. Старшая возрастная категория потенциально более восприимчива к ВГВ, что, вероятно, отражает более ранние стратегии вакцинации только групп риска. Также это может быть связано с постепенным снижением титра антител с

течением времени и необходимостью ревакцинации. Другой вероятной причиной могут являться специфические и неспецифические дефекты иммунного ответа старшей возрастной группы. Доля лиц, перенесших заболевание, закономерно увеличивается с возрастом: 20–39 лет – 5,4%, 40–59 лет – 15,4%, 50–79 лет – 14,0%.

Также отметим, что в старшей возрастной группе не выявлены лица позитивные по HBsAg, что может объясняться увеличением нагрузки на организм хозяина и отдаленными последствиями инфицирования, в том числе онкогенными свойствами вируса. Миграционные потоки вносят существенный вклад в здоровье населения принимающей страны. Требуется обеспечить доступ к медицинской помощи для мигрантов с одной стороны, и возможность контроля распространения инфекций, с другой.

Трудовые мигранты являются уязвимой группой населения по целому ряду параметров. Состояние их здоровья по вакциноуправляемым инфекциям определяется эндемичностью региона происхождения, уровнем охвата вакцинацией в стране происхождения. В дальнейшем важную роль играют показатели осведомленности о ВГВ, факторах риска и необходимости скрининга.

Разрабатываемые программы вакцинации должны быть направлены на международных мигрантов без подтвержденного статуса вакцинации всех возрастных групп из регионов с высокой и средней распространенностью HBsAg. Отдельного внимания заслуживают группы женщин детородного возраста и мигрантов с неурегулированным правовым статусом.

Выводы: Показан высокий уровень восприимчивости международных мигрантов к вирусу гепатита В. Своевременный скрининг на въезде в страну может обеспечить раннее выявление инфекций и контроль заболеваемости, а также эффективное встраивание мигранта в систему здравоохранения. Зачастую мы не имеем сведений об иммунизации и, следовательно, восприимчивости к вакциноуправляемым социально значимым заболеваниям

среди мигрантов, что необходимо учитывать при составлении рекомендаций по скринингу и вакцинации мигрантов.

МАРКЕРЫ ФИБРОЗА МИОКАРДА И СОПУТСТВУЮЩАЯ ПАТОЛОГИЯ ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Синяева А.С., Филиппов Е.В., Мосейчук К.А.

ФГБОУ ВО РязГМУ им. академика И.П. Павлова Минздрава России, Рязань

Введение. Фибрилляция предсердий (ФП) остается актуальной проблемой, в связи с высокой распространенностью, значительным риском развития осложнений и высокой смертностью.

На данном этапе оценка риска развития пароксизма ФП представляет сложную задачу. Частота пароксизмов и прогрессирование ФП зависит от степени фиброза миокарда. Поскольку возможности проведения биопсии в клинической практике ограничены, то важным является неинвазивная оценка степени ремоделирования предсердий с помощью сывороточных маркеров.

Значение нескольких маркеров: галектина 3, тканевого фактора роста- $\beta 1$ (ТФР- $\beta 1$) и фибронектина с целью оценки степени фиброза миокарда и прогнозирования времени до наступления следующего пароксизма ФП практически не изучено.

Цель: оценить уровень сывороточных показателей кардиального фиброза (галектина 3, ТФР- $\beta 1$, фибронектина) у пациентов с впервые выявленной фибрилляцией предсердий; оценить значение маркеров фиброза на риск рецидива ФП в течение 6 месяцев.

Материалы и методы. Критериями включения явились мужчины и женщины в возрасте от 18 лет, с впервые выявленным клинически значимым пароксизмом фибрилляции предсердий.

В конечное исследование вошло 77 пациентов, соответствующих

критериям включения. Комплексное обследование включало оценку истории болезни, изучение жалоб, анамнеза, результатов лабораторного исследования сывороточных показателей кардиального фиброза, инструментальных методов исследования.

В качестве показателей фиброза использовали количественное определение галектина-3, фибронектина, ТФР- β 1. Эффективность лечения, частоту и время возникновения рецидивов фибрилляции предсердий оценивали через 6 месяцев на повторном очном визите пациента.

Результаты. Среди пациентов доля мужчин составляла 46,75%, женщин 53,25%. Большинство пациентов с впервые выявленной фибрилляцией предсердий старше 60 лет.

Среди факторов риска развития фибрилляции предсердий наиболее часто встречалось ожирение - 42,5%, исходно высокий синусовый ритм встречался у 28,75%, курение у 15% и избыточное потребление алкоголя у 8,75%, занятия чрезмерной физической нагрузкой у 30%, значимые пороки сердца (стеноз митрального клапана) у 3,7% и кардиоторакальные операции у 2,5% пациентов.

Сопутствующая патология при фибрилляции предсердий представлена артериальной гипертензией у 95% пациентов, хронической сердечной недостаточностью у 57,5%, ишемической болезнью сердца у 45%, сахарным диабетом 2 типа у 20%, цереброваскулярной болезнью у 7,5%, гипертиреозом у 12,5%. Концентрация ТФР- β 1 в сыворотке превышала нормальные значения $43968,42 \pm 38983,13$ пг/мл, маркер был повышен у 87% (67 пациентов). Уровень сывороточного фибронектина был повышен у 3,8% пациентов (3 пациента). Уровень фибронектина в сыворотке крови был повышен у 14,28% (11 пациентов). Электрическая кардиоверсия выполнена у 18,2% (14 пациентов), медикаментозное восстановление ритма произошло у 33,8% (26 пациентов) пациентов.

В результате повторного очного визита пациентов через 6 месяцев

выявлено, что синусовый ритм был у 30% (23 пациента) пациентов, пароксизмальная форма ФП сохранилась у 23% (17 пациентов) пациентов. Синусовый ритм не был восстановлен у 48% пациентов, и они велись как пациенты с постоянной формой фибрилляции предсердий.

По данным истории болезни пациентам назначались иАПФ (66,7%) бета-блокаторы (53%), антиаритмические препараты (47%), антиагреганты (33%). Антикоагулянты использовались у 73% пациентов, что является оправданным, поскольку у 13% пациентов риск инсульта (по шкале CHA₂DS-VASc 0 баллов) оставался низким, а у 14% был высокий риск кровотечений.

Выводы. 1. Концентрация ТФР-β1 в сыворотке превышала нормальные значения $43968,42 \pm 38983,13$ пг/мл, маркер был повышен у 87% (67 пациентов).

2. Уровень сывороточного фибронектина был повышен у 3,8% пациентов (3 пациента). Уровень фибронектина в сыворотке крови был повышен у 14,28% (11 пациентов).

3. Электрическая кардиоверсия выполнена у 18,2% (14 пациентов), медикаментозное восстановление ритма произошло у 33,8% (26 пациентов) пациентов.

4. В результате повторного очного визита пациентов через 6 месяцев выявлено, что синусовый ритм был у 30% (23 пациента) пациентов, пароксизмальная форма ФП сохранилась у 22% (17 пациентов) пациентов. 5. Синусовый ритм не был восстановлен у 48% пациентов, и они велись как пациенты с постоянной формой фибрилляции предсердий.

УСОВЕРШЕНСТВОВАННЫЙ СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВТОРИЧНЫМ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗОМ

Слепухова Д.В.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва

ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина (Боткинская больница), Москва

Введение. Вторичный гиперпаратиреоз (ВГПТ), развивающийся на фоне хронической болезни почек (ХБП), встречается у 30–45% диализных больных в России. При прогрессировании ВГПТ одним из основных методов лечения является хирургический. В настоящее время нет общепринятого метода оперативного вмешательства у больных с ВГПТ, позволяющий эффективно снизить уровень паратиреоидного гормона (ПТГ) с сохранением стабильной функции околощитовидной железы (ОЩЖ), обеспечивая при этом возможность малоинвазивного, более безопасного лечения возможного рецидива заболевания.

Цель. Разработать и внедрить новый метод хирургического лечения больных с вторичным гиперпаратиреозом на фоне хронической болезни почек.

Материалы и методы. В ГКБ им. С. П. Боткина был разработан новый способ хирургического лечения больных с ВГПТ, включающий выполнение малотравматичной прецизионной субтотальной паратиреоидэктомии с удалением паратрахеальной клетчатки, резекцией тимуса и перемещением участка наименее измененной нижней околощитовидной железы на собственной сосудистой ножке в предгортанные мышцы с титановой меткой. Вмешательство выполняется стандартным воротниковым разрезом на передней поверхности шеи. Полностью обнажаются правая и левая доли щитовидной железы, сосуды щитовидной железы сохраняются; адекватный обзор достигается путем отведения щитовидной железы медиально. Визуализируются все околощитовидные железы и возвратный гортанный нерв с обеих сторон. Идентифицируется наименее макроскопически измененная

околощитовидная железа (нижняя), прецизионно выделяется ее сосудистая ножка. Выполняется удаление паратрахеальной клетчатки с обеих сторон, резецируется верхний полюс тимуса. Выделенная нижняя околощитовидная железа резецируется и сохраняется 1/3 ее ткани, и выполняется ее перемещение с питающим сосудом в сформированное окно в претрахеальных мышцах. Железу маркируют титановой меткой для облегчения ее идентификации при повторных вмешательствах в случае рецидива.

Клинический случай. Пациент В., 72 лет поступил в ГКБ им. С. П. Боткина с диагнозом: ХБП 5 ст. Поликистоз почек. Хронический пиелонефрит. Программный гемодиализ с 01.2019г. Вторичный гиперпаратиреоз. Аденома нижней левой околощитовидной железы. На дооперационном этапе выполнен комплекс лабораторно-инструментальных обследований, которые подтвердили диагноз.

В марте 2022 г. пациенту выполнена субтотальная паратиреоидэктомия по предложенной методике. Удаленные макропрепараты были направлены на гистологическое исследование. Продолжительность вмешательства составила 3 ч 40 мин. Кровопотеря минимальна. При интраоперационном мониторинге уровня ПТГ отмечена его нормализация: при ревизии операционного поля – 682 пг/мл, после удаления ОЩЖ – 32,1 пг/мл. Уровень общего кальция на 1-е сутки – 1,87 ммоль/л. При контрольном УЗИ мягких тканей в области оперативного вмешательства на 2 сутки – в предготранных мышцах лоцируется гиперэхогенная линейная структура (метка); рядом визуализируется гипоэхогенное образование с достаточно четкими контурами, округлой формы, умеренно неоднородной структуры, васкуляризированное – перемещенная ОЩЖ.

Послеоперационный период протекал без осложнений, явлений парестезии не было. Пациент выписан на 5-е сутки после операции.

Заключение. Выполнение субтотальной паратиреоидэктомии по предложенной методике позволяет достигнуть стабильного снижения уровня

паратгормона с сохранением функции оставшейся околощитовидной железы и возможностью малоинвазивной деструкции измененной ткани при рецидиве заболевания.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МАРКИРОВАННЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ БОРОВ ПРИ УДАЛЕНИИ РЕТИНИРОВАННЫХ ТРЕТЬИХ МОЛЯРОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Смирнов А.Д., Юсаев Т.А.

ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, Москва

Актуальность. Операция удаления нижних третьих моляров связана с большими рисками послеоперационных осложнений, в частности связанных с повреждением нижнего луночного нерва. Осложнения такого типа могут проявляться в виде отсутствия или длительного изменения чувствительности в зоне иннервации повреждённого нерва. С целью более прогнозируемого проведения вмешательства и исключения травматизации нерва при проведении фрагментации зуба и остеотомии авторами предлагается использование маркированных стоматологических боров. Анализ научной литературы свидетельствует об актуальности ятрогенной невропатии нижнечелюстного нерва. Возникающие в ходе хирургического лечения и существующие длительное время нарушения проводимости нижнечелюстного нерва значительно снижают качество жизни пациентов и требуют длительной реабилитации. Нарушение функции нерва различной степени возникает при непосредственной перфорации нижнечелюстного канала и травме нерва во время сложного удаления нижних моляров, что часто возникает вследствие невозможности точной оценки погружения бора на необходимую глубину.

Цель исследования. Установить степень травматичности, осложнений и времени операционного вмешательства при удалении нижних

ретенированных 8 зубов, имеющих горизонтальное положение с использование маркированных хирургических боров. А также оценить их мануальное удобство в использовании.

Материалы и методы. Были обследованы пациенты с жалобами на болевые ощущения в области нижней челюсти. Из подборки клинических случаев были исключены пациенты с соматической патологией, беременные и кормящие. Также были исключены пациенты, третьи моляры которых не имели признаки ретенции и/или дистопии, а также ось которых не располагалась горизонтально.

Всем пациентам, вошедшим в подборку, была выполнена конусно лучевая компьютерная томография нижней челюсти с целью оценки мезио-дистальной длины коронки, толщины кортикальной пластинки в области ретенированного зуба, а также расстояние от коронки третьего моляра до нижнечелюстного нерва. Выполняемые размеры и полученный результат в мм будет определять ту глубину, на которую будет выполняться фрагментация коронки зуба и/или выполняемая остеотомия. Для проведения остеотомии и фрагментации зуба используются твердосплавные хирургические боры, на которые нанесены маркировочные полосы, расположенные на разном расстоянии от верхушки рабочей части бора.

После проведения проводниковой и инфильтрационной анестезии в ретромолярной области выполнен разрез и отслоен полнослойный слизисто-надкостничный лоскут для визуализации операционного поля. Далее проводится фрагментация коронки зуба согласно заранее измеренному мезио-дистальному расстоянию коронки зуба. Далее проводилась экстракция полученных фрагментов, накладывались швы. Пациенты наблюдались 1 месяц после операционного вмешательства.

Результаты исследования. Экспериментальную выборку составили 20 испытуемых, 12 женщин и 8 мужчин. Средний возраст испытуемых составил 23,4 года. По данным КЛКТ средние значения длины коронок 8 зубов

в мезио-дистальном направлении составило 11,5 мм. Удаление ретенированных 8 зубов с помощью маркированных хирургических боров в среднем заняло 35 минут с учетом наложения швов. Ни в одном из клинических случаев в течение месяца после операции не было выявлено признаков повреждения нижнечелюстного нерва.

Выводы. Использование маркированных хирургических боров обеспечило математически точное планирование и выполнение операционного вмешательства, что в свою очередь обеспечило профилактику повреждения нижнечелюстного нерва, снизило инвазивность вмешательства. Использование маркированных хирургических боров позволило выполнить сложную манипуляцию в достаточно короткий временной промежуток. По наблюдениям авторов, использование маркированных хирургических боров мануально облегчило манипуляцию.

ПАТОЛОГИЯ ЗРИТЕЛЬНОГО АНАЛИЗАТОРА У ПАЦИЕНТОВ, ПРОХОДЯЩИХ ГЕМОДИАЛИЗ

Сонин Д.В., Кочергин С.А.

ФГБОУ ДО РМАНПО Минздрава России, Москва

МГОЦ ГБУЗ ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина (Боткинская больница), Москва

Хроническая болезнь почек (ХБП) - серьезная проблема общественного здравоохранения во всем мире. По данным эпидемиологических исследований считается, что ХБП поражает от 10% до 15% населения. ХБП определяется при стойком поражении почек (альбинурия) и/или снижении функции почек (скорость клубочковой фильтрации [рСКФ] <60 мл / мин / 1,73 м²). Основными причинами ХБП являются артериальная гипертензия и сахарный диабет. ХБП связана с повышенным риском смертности от сердечно-сосудистых заболеваний и

сниженным качеством жизни. Конечная стадия ХБП требует проведения заместительной почечной терапии (гемодиализ, перитонеальный диализ или трансплантация почки) По данным на 1.01. 2019 г. в нашей стране на ЗПТ находились 54 573 человек, 79%-на ГД; 17% - трансплантированы; 4% - ПД (Клиническая нефрология №2, 2021 стр.6-9 «Резолюция заседания рабочей группы по нефрологии комитета Государственной Думы по охране здоровья, Москва»).

Благодаря усовершенствованию технологий заместительной почечной терапии за последнее время, удалось добиться увеличения времени жизни таких больных в среднем на десятилетие, однако результаты лечения, до сих пор остаются неудовлетворительными из-за высокой летальности и низкого качества жизни пациентов на диализе.

У больных с ХБП уже на ранних стадиях чаще встречается патология глаз, чем в общей популяции. Болезни зрительного анализатора у пациентов с ХБП могут возникать из-за следующих факторов риска: диабет, артериальная гипертензия, метаболические нарушения, проведение ЗПТ, особенно гемодиализ. Гемодиализ – наиболее распространенный метод ЗПТ для лечения острой и хронической почечной недостаточности, при котором используются различные виды антикоагуляции, разные диализные мембраны. При этом наблюдаются выраженные колебания гемодинамики, что в конечном итоге приводит к патологии глаз.

Цель: данной работы является усовершенствование алгоритма оказания офтальмологической помощи больным, находящимся на гемодиализе. Задачами настоящей работы является анализ анатомических изменений глаза до и после гемодиализа, их взаимосвязь с общесистемными изменениями и разработка рекомендаций по ведению данных больных. Есть данные об анатомических и функциональных изменениях на глазах после прохождения гемодиализа. В последнее время данная проблема привлекает все больше внимания, изучаются постгемодиализные изменения роговицы,

хориоидеи, сетчатки, стекловидного тела, однако имеющиеся результаты противоречивы. Разные результаты наблюдаются и в исследованиях колебаний ВГД во время и после гемодиализа.

Материалы и методы: с помощью высокоточных современных методов диагностики (оптическая когерентная томография, оптическая когерентная томография-ангиография) была найдена корреляция между диабетической ретинопатией и периферической артериальной болезнью у пациентов, находящихся на программном гемодиализе. ОКТ-А показала себя как возможный инструмент для оценки риска такого серьезного осложнения во время гемодиализа, как интрадиализная гипотония. Подобные инструменты используются в полную мощность на клинической базе кафедры офтальмологии Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования - Московский городской офтальмологический центр ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ.

Особый интерес представляет группа пациентов с сахарным диабетом и макулярным отеком. Данная группа нуждается в специальных интравитреальных инъекциях, однако было обнаружено, что гемодиализ может положительно влиять на вышеуказанную когорту больных с настоящей патологией.

Резюме: Гемодиализ, являясь жизненно необходимой процедурой для пациентов с терминальной стадией ХПН, имеет как положительные явления для организма, так и отрицательные. Нашей задачей является совместная работа с нефрологами для своевременного выявления глазной патологии и ее лечения.

Вопрос об изменении органа зрения у пациентов, находящихся на гемодиализе, представляет неподдельный интерес. Офтальмологическая диагностика имеет огромное значение для своевременного выявления ранней патологии и предотвращения необратимых последствий как для органа зрения, так и для всего организма.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТОВ ПРЯМОГО ПРОТИВОВИРУСНОГО ДЕЙСТВИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С

Спиркина А.А., Лялина А.А.

ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, Киров

КОГБУЗ Инфекционная больница, Киров

Актуальность. Проблема лечения хронического гепатита С обусловлена широким распространением данного заболевания как в России, так и во всем мире, а также частым исходом в цирроз печени (в 15–30% случаев).

По данным ВОЗ, в 2020 г. в мире зарегистрировано более 71 млн больных с хроническим вирусным гепатитом С. Заболеваемость гепатитом С в России в 2020 г. составила 31 случай на 100 тыс. населения.

Цель работы: оценить эффективность безинтерфероновых схем терапии пациентов с хроническим вирусным гепатитом С.

Материалы и методы: Были изучены 44 истории болезни больных хроническим вирусным гепатитом С, начиная с января 2020 года по декабрь 2021 года, находящихся на лечении в КОГБУЗ «Инфекционная клиническая больница». Из них 16 мужчин и 28 женщин в возрасте от 18 до 70 лет. Средний возраст женщин: $55,4 \pm 2,2$ лет, мужчин: $51,4 \pm 3,8$ год. Длительность заболевания у пациентов составила $10,2 \pm 1,2$ лет. Диагноз подтвержден путем обнаружения РНК HCV в крови методом ПЦР. Всем пациентам перед началом лечения проведена фиброэластометрия печени. Противовирусная терапия ранее никому из наблюдаемых больных не назначалась. В ходе работы были выделены 2 группы пациентов. Первая группа (35 человек) получала препарат омбитасвир+паритапревир+ритонавир (12 недель). Второй группе (9 человек) назначен глекапревир+пибрентасвир (8–12 недель).

Статистическая обработка данных выполнена с помощью программного пакета Microsoft Excel. Обработка качественных показателей

проводилась с вычислением относительных величин, количественные показатели описывали с указанием среднего арифметического значения и величины стандартной ошибки.

Полученные результаты. В первую группу (35 человек) входили 23 (66%) женщины в возрасте $56,1 \pm 2,4$ года и 12 (34%) мужчин в возрасте $50,2 \pm 4,7$ лет. Все пациенты 1 группы имели 1в генотип. Вирусная нагрузка перед началом лечения была $1,9 \times 10^6 \pm 0,5 \times 10^6$ МЕ/мл, уровень АЛТ - $26 \pm 3,8$ Ед /л, АСТ – $27,6 \pm 2,9$ Ед/л, количество тромбоцитов – $164,6 \pm 12,9 \times 10^9$ /л. Степень фиброза у пациентов первой группы составила: F1-9%, F2-20%, F3-17%, F4-54% ($18,9 \pm 2,8$ кПа).

Большинство больных (86%) перенесли терапию удовлетворительно, 4 (14%) человека предъявляли жалобы на утомляемость в течение всего курса противовирусной терапии.

По окончании лечения в 1 группе исследуемых активность АЛТ и уровень тромбоцитов остались на прежних значениях. Активность АСТ несколько снизилась: $24,6 \pm 2,4$ Ед/л. Вирусная нагрузка не определялась. Фиброз уменьшился: $16,5 \pm 1,4$ кПа.

Во вторую группу входили 9 человек, из них 4 (44%) женщины в возрасте $52 \pm 6,5$ года, 5 (56%) мужчин в возрасте от $52 \pm 5,8$ года. У 3 пациентов (33%) был 3 генотип, у 6 (67%) – 1в генотип. Степень фиброза в группе составила: F1-22%, F3-11%, F4-67% ($18,8 \pm 4,1$ кПа).

Перед началом терапия вирусная нагрузка была $11 \times 10^6 \pm 9 \times 10^6$ МЕ/мл, уровень АЛТ – $38,1 \pm 17,4$ Ед /л, АСТ – $35,2 \pm 9,4$ Ед/л, тромбоцитов – $198,8 \pm 28,1 \times 10^9$ /л. Во второй группе 6 больных получили препарат глекапревир+пибрентасвир курсом 8 недель, еще 2 пациента - курсом 12 недель и 1 пациент после 4 недель лечения был снят с терапии в связи с гипербилирубинемией. У 22% данной группы нежелательным явлением терапии была головная боль, которая наблюдалась в первые 4 недели терапии. Показатели цитолиза в данной группе значительно снизились и составили:

АЛТ ($26,3 \pm 3,8$ Ед /л), АСТ ($26,3 \pm 4,5$ Ед/л.).

Отмечено значительное уменьшение количества тромбоцитов на 20% от исходного ($151,7 \pm 25,3 * 10^9$ /л). Средний показатель фиброза печени также снизился и составил $17,7 \pm 4,1$ кПа. Через 12 недель от начала терапии у всех больных вирусная нагрузка не определялась.

Выводы.

1. При терапии омбитасвиром+паритапревиром+ритонавиром вирусологический и гистологический ответ получен у всех пациентов с 1b генотипом хронического гепатита С.

2. Лечение глекапревиром+пибрентасвиром пациентов 1b и 3a генотипами в 100% случаев привело к вирусологическому ответу, а также снижению цитолиза и фиброзных изменений печени.

СПЕКТР ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ИНФЕКЦИИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ АКУШЕРСКОЙ РАНЫ ПОСЛЕ АБДОМИНАЛЬНОГО РОДРАЗРЕШЕНИЯ

Старикова Д.В., Богачева Н.В.

ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, Киров

Актуальность. Инфекция хирургической акушерской раны после оперативных родов в большинстве случаев обусловлена бактериальной контаминацией. Учитывая высокий риск развития инфекции после оперативных родов, обусловленный микробиологическим фактором, акушеры-гинекологи активно используют в клинической практике возможности современной микробиологической диагностики.

Цель: определить микробиологическое разнообразие возбудителей инфекции хирургической акушерской раны после кесарева сечения.

Материалы и методы. Материалом для лабораторных исследований

послужили отделяемое из цервикального канала и отделяемое раны из хирургической акушерской раны на передней брюшной стенке. Микробиологическую диагностику проводили в несколько этапов. На первом этапе выполнили посев на дифференциально-диагностические среды с целью выделения чистых культур микроорганизмов. На втором этапе проводили идентификацию микроорганизмов при помощи бактериологического анализатора «Vitek2 Compact» («BioMerieux», Франция). Статистическая обработка результатов исследования на персональном компьютере с использованием статистической программы R-4.0.2.

Результаты и их обсуждение. В исследование вошли 38 пациенток в возрасте от 16 до 41 года, средний возраст составил $27,22 \pm 0,69$ лет. В первую группу вошли 17 пациенток без инфекции хирургической акушерской раны после кесарева сечения (МКБ O82.1). Во вторую группу – 21 пациентка с инфекцией хирургической акушерской раны после кесарева сечения (МКБ O86.1).

По результатам исследования следует, что у 16 (76,0%) пациенток с инфекцией хирургической акушерской раны после кесарева сечения обнаружили патогенные микроорганизмы в цервикальном канале. Среди выделенных микроорганизмов идентифицировали *Escherichia coli*, *Staphylococcus saprophiticus*, *Proteus mirabilis*, *Enterococcus faecalis*, *Staphylococcus haemolyticus*, *Streptococcus spp.*

Статистически значимыми микроорганизмами в посевах из цервикального канала стали *Staphylococcus saprophiticus* в 26,8% случаев ($p=0,0054$), в 25,4% случаев – *Escherichia coli* ($p=0,0054$). В группе пациенток без инфекции хирургической акушерской раны после кесарева сечения вышеперечисленные микроорганизмы отсутствовали.

Также, в посевах из раны на передней брюшной стенке выявили, что у 15 пациенток (71,8%) с инфекцией хирургической акушерской раны после кесарева сечения были обнаружены патогенные микроорганизмы в посевах из

раны. Среди выделенных микроорганизмов идентифицировали *Escherichia coli*, *Staphylococcus saprophiticus*, *Streptococcus spp*, *Enterococcus faecalis*, *Acinetobacter baumannii*, *Citrobacter koseri*, *Candida*, *Staphylococcus epidermidis*. Статистически значимыми микроорганизмами в посеве из отделяемого хирургической акушерской раны стали *Escherichia coli* в 22,5% случаев ($p=0,010$), в 16,9% – *Staphylococcus saprophiticus* ($p=0,033$), в 8,5% – *Streptococcus spp*. ($p=0,033$), в 5,6% – *Enterococcus faecalis* ($p=0,05$), в 4,2% – *Staphylococcus epidermidis* ($p=0,003$).

Выводы.

1. Выявили значимый спектр микроорганизмов, выделенных из цервикального канала у пациенток с инфекцией хирургической раны после кесарева на передней брюшной стенке, а именно, *Staphylococcus saprophiticus*, *Escherichia coli*.

2. Выявили значимый спектр микроорганизмов, выделенных из хирургической раны на передней брюшной стенке после кесарева сечения, а именно, *Escherichia coli*, *Staphylococcus saprophiticus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Streptococcus spp.*, *Enterococcus faecalis*.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОМАЛИЗУМАБА В ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Студенцова А.В., Киршина И.А.

ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России, Омск

Цель исследования: Оценить эффективность терапии препаратом омализумаб у пациентов с бронхиальной астмой (БА).

Задачи: 1. Дать клиническую характеристику больным БА, нуждавшимся в терапии омализумабом. 2. Описать динамику состояния пациентов за год терапии омализумабом.

Материалы и методы. Проанализированы данные медицинских карт стационарного больного (форма № 003/у) 11 пациентов с БА, проходивших терапию омализумабом в Областной детской клинической больнице г. Омска за период 2017-2021 гг. Оценивалось клиническое течение заболевания до и спустя 1 год после начала терапии омализумабом. Для анализа контроля над астмой использовался вопросник Asthma Control Test (ACT). Для медико-статистического анализа использовали методы описательной статистики для малых выборок в Statistica 10. Сравнение двух независимых переменных осуществлялось с помощью критерия Манна-Уитни (U), двух зависимых - критерия Вилкоксона (W). Качественный анализ двух зависимых переменных выполнялся посредством критерия Кохрена (Q). Критический уровень значимости p составил 0,05.

Результаты. В период 2017–2021 гг. терапию омализумабом получали 11 детей, из них 7 мальчиков, 4 девочки. Подавляющее большинство детей имели тяжёлую БА (9 человек, 81,8%), среднетяжелая БА была установлена у 2 (18,2%) пациентов. Дебют симптомов заболевания был отмечен в возрасте 2,0 [2,0; 5,0] лет. Диагностический поиск занял 1,0 [0,0; 2,0] года, диагноз БА был установлен в 4,0 [3,0; 7,0] лет. Отягощённый наследственный анамнез по атопии отмечен у 8 (73,0%) человек, полисенсibilизация к различным классам аллергенов установлена в 7 (63,4%) случаях, при этом наиболее часто регистрировалась пищевая и пыльцевая сенсibilизация - по 6 (54,5%) детей.

Установлено, что симптомы БА у детей с пищевой сенсibilизацией начались в более раннем возрасте, чем у детей, не имевших её (U, $p = 0,030$). Характеризуя выборку детей, потребовавших терапии омализумабом, обращает на себя внимание значительная коморбидность данных пациентов: аллергический ринит наблюдался у 11 (100,0%) пациентов, атопический дерматит в 6 (54,5%) случаях, с избыточной массой тела и ожирение у 5 (45,4%) детей и аллергический конъюнктивит у 2 (18,1%) человек.

Основным показанием для применения омализумаба служила БА с

атопическим компонентом среднетяжелого и тяжёлого течения, не контролируемая с помощью высоких доз ингаляционных глюкокортикостероидов и β 2-агонистов длительного действия, что отмечалось в исследуемой выборке. Медиана возраста начала терапии омализумабом составила 13 [11; 14] лет. Во время лечебного периода препарат вводили подкожно каждые 2 или 4 недели, дозу и кратность введения выбирали в зависимости от уровня сывороточного IgE и массы тела больного. По истечении 1 года терапии омализумабом отмечена значительная положительная динамика в состоянии пациентов.

Существенно сократилась частота приступов БА - со 156 [12; 365] до 3 [2; 20] приступов в год (W , $p=0,003$), причём наилучшая динамика наблюдалась среди детей с нормальной массой тела, в то время как у детей с избыточной массой тела и ожирением частота приступов через год терапии была выше (U , $p=0,004$). Уменьшилась тяжесть приступов за счёт отсутствия случаев применения преднизолона во время обострения и снижения частоты острых респираторных заболеваний, протекающих с бронхообструктивным синдромом (Q , $p=0,008$ и $p=0,002$ соответственно).

По данным спирометрического обследования зарегистрировано уменьшение выраженности обструктивных нарушений вентиляции - форсированная жизненная ёмкость лёгких возросла с 80 [75; 89]% до 90 [80; 96]% (W , $p=0,045$), объём форсированного выдоха за 1 секунду - с 77 [72; 94] до 93 [81; 100]%, (W , $p=0,023$). При анализе лабораторных данных не установлено существенной динамики уровня сывороточного IgE. Исходно высокие значения общего IgE 757,5 [365,0; 932,4] МЕ/мл подтверждали атопический генез БА. После начала терапии омализумабом его уровень значимо не изменился, составив 755,4 [631,0; 982,5] МЕ/мл (W , $p=0,075$). По результатам вопросника АСТ на старте терапии пациенты набирали 17 [15; 18] баллов, что свидетельствовало о неконтролируемом течении БА. Через год применения препарата результат теста составил 22 [18; 24] балла, что

подтверждало эффективность омализумаба в достижении контроля над БА (W , $p=0,037$).

Выводы. У пациентов с atopической БА терапия омализумабом в течение 1 года способствует достижению контроля над заболеванием.

– Т –

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИИ СТРЕМЕНИ В РОССИИ

Тарасова О.Ю., Ершова Е.Н.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва

Актуальность. Отосклероз – заболевание, для которого характерно ремоделирование костной капсулы лабиринта и прогрессирующее снижение слуха по кондуктивному типу, вследствие фиксации стремени в окне преддверия. Данная патология чаще встречается у лиц молодого возраста, преимущественно женщин. Гистологически подтвержденный отосклероз выявляется у 10–12% пациентов европеоидной расы. Хирургия стремени, на сегодняшний день, является одной из самых сложных, но в то же время успешных отологических операций.

Цель. Изучить основные аспекты хирургии стремени в России с использованием анкеты-опросника.

Материалы и методы. В качестве инструмента исследования был использован опросник, опубликованный в журнале *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology* в 2016г. Опросник содержит 27 вопросов, связанных с основными моментами хирургического лечения отосклероза. Вариантами ответа являются «да» или «нет». В исследовании приняли участие 33 врача-оториноларинголога из разных регионов РФ. Была выполнена обработка полученных данных в программе Statistica.

Результаты. Проведенное нами исследование позволило определить основные положения протокола хирургии стремени, которые остаются дискуссионными в настоящее время.

Результаты исследования: 1. Наиболее предпочтительной методикой хирургии стремени в России является стапедотомия (75.7% опрошенных). 2. В год большинство специалистов выполняют более 30 операций. 3. Большинство из опрошенных используют комбинацию наркоза и местной анестезии. 16 врачей из 33 сообщили, что на операции под местной анестезией присутствует анестезиологическая бригада. 4. При одностороннем процессе специалисты (81,8%) будут рекомендовать стапедопластику. 5. Большинство врачей рекомендуют использование слухового аппарата до проведения хирургии. 6. При двустороннем процессе и успешно проведенной операции на одном ухе, специалисты в большинстве случаев рекомендуют проводить операцию на втором ухе через 6–12 месяцев. 7. Наиболее часто используемым протезом является титановый протез К-пистон. 8. Для закрытия фенестрации овального окна 81,8% хирургов используют лоскут соединительной ткани (фасция, надхрящница). 9. Наиболее частой тактикой при «фонтанировании» преддверия является закрытие фистулы жиром. 10. При возвращении кондуктивной тугоухости, рекомендуют проведение ревизионной хирургии. 11. Воздержаться от авиаперелетов в основном рекомендуется в течение 1–6 месяцев. 12. Обучающиеся приветствуются в операционной во время стапедопластики, в основном при условии, что они проявляют интерес к отохирургии.

Выводы. Анализ полученных результатов и данных литературы показал, что на сегодняшний день нет единого мнения по поводу некоторых аспектов хирургии стремени. Необходимо проведение дальнейших исследований с последующей разработкой клинических рекомендаций.

СЫВОРОТОЧНЫЕ КАНАЛЬЦЕВЫЕ МАРКЕРЫ ПОЧЕЧНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ У РЕЦИПИЕНТОВ ПОЧЕЧНОГО ТРАНСПЛАНТАТА

Ткаченко О.В.

Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя»,
Минск, Республика Беларусь

Цель и задачи исследования: поиск ранних предикторов развития осложнений у беременных с почечным трансплантатом; исследование концентрации сывороточных канальцевых маркеров почечного повреждения у данной категории пациентов.

Материалы и методы. В исследование была включена 91 беременная женщина: 57 беременных после трансплантации органов (23 – ретроспективный этап и 34 – проспективный этап: 25 – с почечным трансплантатом и 9 – с трансплантатом печени, из них 3 беременности после симультанных трансплантаций – почки и поджелудочной железы – 1, печени и почки с рено-портальной транспозицией – 2) и 34 практически здоровых беременных женщины, подобранных по принципу «случай-контроль». Помимо общеклинических лабораторных показателей, исследовалась концентрация сывороточных канальцевых маркеров почечного повреждения: цистатина С, нейтрофильного желатиназа-ассоциированного липокалина (neutrophil gelatinase-associated lipocalin, NGAL) и печеночной формы белка, связывающего жирные кислоты, (fatty acid-binding protein, liver, L-FABP).

Результаты исследования. Результаты исследования показали, что у беременных с почечным трансплантатом концентрация цистатина С достоверно выше концентрации в группе практически здоровых беременных, что свидетельствует о наличии изменений фильтрационной функции и более высоком риске развития преэклампсии у беременных с почечным трансплантатом по сравнению со здоровыми беременными.

При этом высокий уровень цистатина С сохраняется не только в динамике беременности, но и в послеродовом периоде, что свидетельствует о необходимости проведения медицинской профилактики преэклампсии и превентивного лечения нарушений фильтрационной функции, начиная с этапа планирования беременности и включая весь послеродовой период.

Концентрация NGAL у беременных с почечным трансплантатом в подгруппе пациентов с преэклампсией составила 63,38 (46,68–70,82) нг/мл и была значимо выше, чем у беременных с почечным трансплантатом без преэклампсии – 18,12 (12,8–22,26) нг/мл, $U=4,0$, $p=0,023$, что свидетельствует о применимости NGAL для определения степени предрасположенности к развитию преэклампсии у пациентов с почечным трансплантатом и возможности формирования группы высокого риска, требующей применения расширенной схемы медицинской профилактики и лечения.

Прием метаболических и липотропных средств способствовал нормализации обмена липидов и сопровождался снижением общего холестерина с 7,99 (6,70–9,00) ммоль/л у пациентов ретроспективной группы до 5,90 (5,10–6,55) ммоль/л у пациентов проспективной группы, $U=17,0$, $p=0,029$, что сопровождалось соответствием значений концентрации белка, связывающего жирные кислоты L-FABP в проспективной группе пациентов с почечным трансплантатом диапазону значений у практически здоровых пациентов 213,8 (93,37–275,4) нг/мл и 189,4 (168,4–208,3) нг/мл соответственно, $U=32,0$, $p=0,959$, что свидетельствует о сохранной функции трансплантата в динамике беременности, отсутствии канальцевого повреждения, сопровождающегося увеличением концентрации L-FABP в сыворотке крови на фоне продуцирования его клетками проксимальных канальцев в ответ на ишемию, с выявлением значимых различий между II и III триместрами – 213,8 (93,37–275,4) нг/мл и 164,1 (115,1–254,1) нг/мл соответственно, $T_w=18,0$, $p=0,025$, что свидетельствует о сбалансированном, на фоне разработанного лечения, внутриклеточном липидном гомеостазе и

ненарушенном метаболизме жирных кислот в фетоплацентарной системе: у беременных с почечным трансплантатом на фоне проводимого лечения изменение концентрации L-FABP в динамике беременности сохранило характерный для физиологического течения беременности обратный градиент с максимальным уровнем в 1-ом и 2-ом триместре беременности и значимым снижением к моменту родоразрешения и в послеродовом периоде.

Выводы. Сывороточные канальцевые маркеры помимо диагностики ранней стадии почечного повреждения могут быть использованы у беременных с почечным трансплантатом для диагностики и прогнозирования осложнений беременности.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЕЗНИ ВИЛЛЕБРАНДА

Тонких В.И., Киршина И.А.

ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России, Омск

Областная детская клиническая больница, Омск

Актуальность. Болезнь Виллебранда (БВ) – наиболее распространённая фенотипически гетерогенная коагулопатия с аутосомно-доминантным, реже аутосомно-рецессивным типом наследования. Клинические проявления сходны с гемофилией. Обнаруживается двойной дефект гемостаза фактора Виллебранда (vWF) и фактора свертывания крови VIII (FVIII)

Цель исследования. Выявить основные диагностические маркёры БВ у детей.

Материалы и методы. Изучены данные анамнеза заболевания 25 пациентов с гемофилией и 13 пациентов с БВ. Статистический анализ полученных данных осуществлялся с использованием STATISTICA v.10.0. Проверка статистических гипотез проводилась путём выявления различий

между сравниваемыми группами заболеваний с применением р-критерия Манна-Уитни для количественных признаков и Фишера – для качественных. Пороговым уровнем значимости было принято значение p менее 0,05.

Результаты. У детей с БВ значительно больше времени затрачивалось на диагностический поиск: при БВ 0,9 [0,4; 3,0] лет против 0,0 [0,0; 0,5] лет при гемофилии (Манна-Уитни, $p=0,006$). Первым эпизодом геморрагического синдрома при БВ являлось спонтанное носовое кровотечение, что является специфичным для БВ (Фишера, $p=0,0001$). В то же время при гемофилии кровоточивость была спровоцирована в большинстве случаев малыми ятрогенными вмешательствами: внутримышечное введение препаратов, вакцинация согласно национальному календарю, а также забор крови из пяточки на исследование в роддоме для проведения неонатального скрининга. В ходе анализа лабораторных исследований выявлено, что при снижении уровня vWF наблюдается опосредованное дефицитом переносчика снижение уровня FVIII за счёт его ускоренного разрушения. Однако при гемофилии активность фактора свертывания опускается до более низких значений, нежели при БВ за счет его нарушения синтеза: 0 [0; 20] % при гемофилии, 50 [30; 60]% при БВ (Манна-Уитни, $p=0,0001$). Для дифференциальной диагностики БВ и гемофилии исследовался уровень vWF , показатель которого при гемофилии в наблюдаемой группе соответствовал 90 [80; 90]%, а при БВ – 20 [10;40]%. Его снижение специфично для БВ. При исследовании агрегатограммы функция тромбоцитов была устойчива у всех пациентов с гемофилией, что не сказать о БВ (Фишера, $p=0,0006$). При проведении коагулологического скрининга у пациентов с БВ в 46% случаев наблюдалось нарушение агрегации тромбоцитов с основным индуктором – ристоцетином ($vWF:RCo$). Профилактическая терапия была назначена согласно действующим клиническим рекомендациям 18 (72%) пациентам с гемофилией и 3 (23%) детям с БВ (Фишера, $p=0,006$). Гематомы (Фишера, $p=0,016$) и гемартрозы (тест Фишера, $p=0,006$) как наиболее частые поводы для

обращения за медицинской помощью были характерны для детей с гемофилией. Основным же проявлением БВ, требовавшим проведения терапии в условиях стационара, являлось носовое кровотечение (Фишера, $p=0,035$).

Заключение. Подозревать БВ следует у пациентов мужского и женского пола со спонтанными носовыми кровотечениями, имеющих указание в наследственном анамнезе на аналогичные симптомы у родственников обоего пола, а также на обильные менструальные кровотечения у женщин. При лабораторной диагностике БВ наблюдаются умеренное снижение уровня FVIII, значительное снижение уровня vWF и нарушение агрегации тромбоцитов с ристоцетином. Дальнейшее течение БВ у детей младшего школьного возраста характеризуется рецидивами спонтанных носовых кровотечений.

ОЦЕНКА 6-ЛЕТНИХ РЕЗУЛЬТАТОВ СТРАТЕГИИ TREAT-TO-TARGET У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ С ПОМОЩЬЮ ОПРОСНИКА PSAID-12

**Тремаскина П.О., Воробьёва Л.Д., Глухова С.И., Коротаева Т.В.,
Лиля А.М.**

ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой, Москва

Актуальность. Опросник оценки качества жизни, связанного со здоровьем (КЖЗС) у пациентов с псориатическим артритом (ПсА) PSAID-12 является надёжным инструментом для оценки воздействия заболевания на пациентов. В настоящее время нет данных об использовании PsAID-12 для оценки долгосрочных результатов стратегии treat-to-target (T2T) у пациентов с ПсА.

Цель исследования. Оценить 6-летние результаты лечения согласно стратегии T2T у пациентов с ПсА с помощью опросника оценки КЖЗС PSAID-

12.

Материалы и методы. В исследование вошло 50 пациентов (24 мужчины и 26 женщин) с ПсА, соответствующих критериям CASPAR (2006). Средний возраст $45 \pm 12,1$ лет, медиана (Ме) длительности ПсА 82 [66;97] месяца (мес.), Ме наблюдения 72 [58;89] мес., длительность псориаза 122 [89;189] мес. На ранней стадии ПсА (до 2-х лет) все пациенты лечились согласно основным положениям стратегии Т2Т в течение 24 мес.

После окончания наблюдения пациенты посещали визиты ревматолога по требованию, лечение назначалось в зависимости от активности ПсА, на основании клинических рекомендаций. Через 6 лет наблюдения всем пациентам проведено стандартное ревматологическое клиническое обследование, включающее оценку индекса активности ПсА DAPSA, подсчёт энтезитов и дактилитов, оценку псориатического поражения ногтей и площади кожного псориаза BSA (%), а также оценку КЖСЗ (самостоятельное заполнение опросника PsAID-12). Оценка $PsAID-12 \leq 4$ рассматривается как «приемлемое состояние пациента» (PASS), $PsAID-12 > 4$ определяется как худшее качество жизни. Достижение ремиссии ПсА по индексу DAPSA определяется при ≤ 4 , низкая активность заболевания (НАБ) ≤ 14 , умеренная активность (УАБ) ≤ 28 , высокая активность (ВАБ) > 28 . Результаты представлены в виде: Ме [Q25-Q75], $M \pm SD$, тест Манна-Уитни. Корреляционную связь оценивали критерием Спирмена (r). Значения $p < 0,05$ принимались за статистически значимые.

Результаты. Спустя 6 лет наблюдения за пациентами, лечившихся согласно стратегии Т2Т на ранней стадии ПсА, ремиссия выявлена у 17 из 50 пациентов (34%). Общий балл PsAID-12 составил $2,62 \pm 2,1$. PASS наблюдался у 38 из 50 пациентов (76%). PsAID-12 значимо коррелирует с показателем активности ПсА - DAPSA ($r=0,75$, $p < 0,05$). $PsAID > 4$ достоверно коррелирует с наличием дактилита ($r=0,33$, $p < 0,05$), тяжестью псориаза ($BSA > 3$) и псориатическим поражением ногтей ($r=0,41/r=0,38$, $p < 0,05$) соответственно. У

пациентов, находившихся в ремиссии/НАБ по DAPSA общий балл PsAID достоверно ниже, чем у пациентов с УАБ/ ВАБ ПсА - $1,34 \pm 0,99$ и $4,89 \pm 1,84$ соответственно ($p < 0,0001$). Все пациенты, находившиеся в ремиссии и НАБ достигли PASS по PsAID.

Заключение. Согласно наблюдению за пациентами, пролеченными в Т2Т на ранней стадии ПсА, PSAID-12 ассоциируется с тяжестью псориаза и наличием дактилитов. PsAID-12 является полезным инструментом для оценки долгосрочных результатов Т2Т, включая достижение ремиссии и НАБ по DAPSA.

ОЦЕНКА РОЛИ ЦИТОКИНОВ В ВОСПАЛЕНИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ НОСА ПРИ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ

Туровская А.А., Попов А.С., Трушина Е.Ю., Костина Е.М.

ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Пенза

Введение. Аллергическая бронхиальная астма (АБА) представляет собой хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей. Нередко АБА сочетается с другими аллергическими заболеваниями: аллергическим ринитом (АР), аллергическим конъюнктивитом (АК), атопическим дерматитом (АтД). Наиболее часто АБА диагностируется в детском возрасте. Для дошкольного возраста в качестве коморбидного состояния может выступать аденоидная гипертрофия (АГ). Увеличение и/или воспаление глоточной миндалины могут существовать одновременно с аллергическим ринитом и вызывать сходные симптомы. Концепция «единый дыхательный путь» демонстрирует практически одновременное вовлечение слизистой оболочки и лимфоидной ткани респираторного тракта при воспалительном процессе вирусной, бактериальной или аллергической этиологии. Изучение роли цитокинов в иммунопатогенезе типов воспаления у пациентов с АБА и

сочетанной патологией верхних дыхательных путей является актуальной проблемой. Наибольшее число работ посвящено изучению роли спонтанной и индуцированной продукции цитокинов в сыворотке крови. Определение цитокинов в назальном секрете при аллергических заболеваниях отражает локальные иммунные механизмы воспаления, что может улучшить диагностику АБА и АР и эффективность противовоспалительной терапии.

Цель исследования. Изучить уровень цитокинов IL-4, IL-5, IL-10, IL-8, IL-18, TNF- α в назальном секрете у детей с аллергической бронхиальной астмой и сочетанной патологией верхних дыхательных путей.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие дети в возрасте от 2 до 10 лет. Включенные пациенты были разделены на группы: с диагнозом АР (n=32), АГ (n=25) и сочетанной патологией АР+АГ+АБА (n=38). Контрольную группу составили 12 здоровых детей. Выполнено комплексное клиничко-лабораторное и аллергологическое обследование. Уровень цитокинов определяли в назальном секрете. Концентрацию IL-4, IL-5, IL-10, IL-8, IL-18, TNF- α определяли в назальном секрете методом твердофазного иммуноферментного анализа (ИФА) и выражали в пг/мл.

Результаты и обсуждение. У пациентов в группе АБА+АР+АГ статистически значимо были повышены уровни IL-4, IL-5 и IL-10 в сравнении с контрольной группой ($p < 0,05$).

Данная тенденция наблюдалась и в группе пациентов с АР ($p < 0,05$). IL-4 является одним из медиаторов аллергической реакции, Th2 типа иммунного ответа. IL-4 активирует молекулы клеточной адгезии в эндотелии сосудов, что приводит к миграции иммунокомпетентных клеток в очаг воспаления, способствует дифференцировке Th2-лимфоцитов, определяет синтез аллергических антител.

IL-5 является хемоаттрактантом для эозинофилов. Повышенный показатель IL-5 у детей с АР+АБА+АГ демонстрирует пример аллергического (эозинофильного) воспаления.

IL-10 имеет широкий спектр действия с выраженным иммуносупрессивным эффектом: подавляет пролиферацию и активность Т-клеток, продукцию синтеза ряда цитокинов. IL-10 выступает в роли иммунного регулятора активности Th1 и Th2 типа иммунного реагирования, поддерживая иммунологический баланс.

По IL-8 и IL-18 достоверно значимых результатов в группах с АБА+АР+АГ и только АР в сравнении с контрольной группой получено не было ($p > 0,05$).

Полученные результаты отражают тенденцию формирования одного типа воспаления дыхательных путей у больных как с АБА, так и с АР, независимо от нозологии. Присоединение к АБА аденоидной гипертрофии не влияет на выраженность аллергического воспаления.

Возможно возникновение АГ на фоне аллергического воспаления. При этом АГ усиливает выраженность и интенсивность назальной обструкции. В группе пациентов с АГ выявлено значимое повышение уровня IL-5, IL-10 и TNF- α . Повышенный уровень IL-8 и TNF- α ассоциируются с хроническими и острыми воспалительными состояниями и коррелирует с тканевой инфильтрацией нейтрофилов. IL-18, влияя на секрецию IFN γ , быстро активирует клетки моноцитарно-макрофагальной системы и снижает активность Th2 типа иммунного ответа. Повышение уровня IL-5 возможно наблюдается в ответ на неспецифическую активацию эозинофилов инфекционными антигенами.

Выводы. Предполагаем, что продукция изучаемых цитокинов повышается в ответ на вирусные и бактериальные патогены при АГ, что поддерживает и усиливает воспаление в аденоидных вегетациях. Уровень изучаемых цитокинов отражает тип воспаления слизистой оболочки дыхательных путей и может использоваться для диагностики аллергического заболевания, определяя выбор персонализированной терапии.

**ПРАВОПРИМЕНЕНИЕ СТАТЬИ 118 ЧАСТИ ВТОРОЙ УК РФ
(ПРИЧИНЕНИЕ ТЯЖКОГО ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ ПО
НЕОСТОРОЖНОСТИ, СОВЕРШЕННОЕ ВСЛЕДСТВИЕ
НЕНАДЛЕЖАЩЕГО ИСПОЛНЕНИЯ ЛИЦОМ СВОИХ
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ОБЯЗАННОСТЕЙ)
К МЕДИЦИНСКИМ РАБОТНИКАМ**

Уткин Н.Н., Горбачев В.И., Нетесин Е.С., Сумин С.А., Горбачева С.М.
ИГМАПО – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Иркутск

Введение: увеличение обращений граждан в правоохранительные органы и суды на действия медицинских работников, связанные с ненадлежащим оказанием медицинской помощи или причинением вреда здоровью, закономерно привело к увеличению количества возбуждаемых уголовных дел. Отсутствие адекватной законодательной базы и основополагающих документов способствует усугублению сложившейся ситуации с правовой незащищенностью медицинских работников, порой доводя ее до абсурда, выражающегося в хорошо известной фразе – «клиент всегда прав».

Все эти обстоятельства, безусловно, вынуждают врачей повышать не только свой образовательный уровень в медицинской специальности, но и ликвидировать пробелы в юридической грамотности.

Цель исследования: провести анализ уголовных дел в отношении медицинских работников, возбужденных по части 2 статьи 118 Уголовного кодекса Российской Федерации (УК РФ) (Причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности, совершенное вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей), для выявления проблемных аспектов в оказании медицинской помощи населению.

Материалы и методы: проведен поиск уголовных дел, возбужденных по части 2 статьи 118 УК РФ против медицинских работников по открытым электронным базам данных: судебные решения РФ и государственная автоматизированная система Российской Федерации «Правосудие».

Результаты: Глубина поиска: с января 2015 г. по июнь 2021 г. Проведен анализ судебных решений по уголовным делам против медицинских работников. Найдено 43 уголовных дела. Среди специалистов, привлекаемых к уголовной ответственности по второй части 118 статьи Уголовного кодекса РФ подавляющее большинство составили акушеры-гинекологи, хирурги и анестезиологи-реаниматологи. Определены наиболее значимые и часто допускаемые недостатки оказания медицинской помощи врачами этих специальностей.

У акушеров-гинекологов это: неправильная тактика ведения родов, задержка оперативного вмешательства путем операции кесарева сечения.

У хирургов – дефекты, связанные с несвоевременной, либо неверной трактовкой полученных инструментальных или лабораторных данных, а также с неверной тактикой оперативного лечения.

У анестезиологов-реаниматологов - недооценка рисков трудной интубации трахеи, отсутствие адекватного динамического наблюдения за пациентами в отделении АиР.

Из проведённого исследования выявлено, что основным видом наказания было ограничение свободы на срок от пяти месяцев до двух лет шести месяцев. Как дополнительная мера наказания применено лишение права заниматься медицинской деятельностью на срок от одного года до трёх лет.

Заключение: увеличение количества часов при изучении клинических дисциплин, юридическая подготовка кадров смогли бы намного уменьшить количество допускаемых дефектов у медицинских работников при исполнении ими своих профессиональных обязанностей.

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ САРКОПЕНИИ
В РОССИЙСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ ПАЦИЕНТОВ
С ОПУХОЛЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА**

Федоринов Д.С., Дикова Т.С., Лядов В.К.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва

Актуальность. Саркопения, или истощение скелетной мускулатуры, выявляется более чем у половины пациентов с распространенными опухолями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) на момент начала лечения. Как компонент раковой кахексии, саркопения является следствием активации опухолевыми клетками катаболических процессов и перестройки метаболизма пациента.

Цель. Оценить частоту встречаемости саркопии у пациентов с опухолями пищевода, желудка, поджелудочной железы и колоректального рака на момент начала химиотерапии (1 линия, неоадьювантная, адьювантная).

Пациенты и методы. В ходе гранта РФФ №20–75–10158 проводится проспективное наблюдательное исследование.

151 пациент (женщины – 75, мужчины – 76) впервые получающих химиотерапию по поводу рака пищевода (4%), рака желудка (29%), рака поджелудочной железы (19%), колоректального рака (48%) включены в исследование с октября 2020 по апрель 2022 г. Средний возраст равен $63,7 \pm 10,3$ года. 70 пациентов получали химиотерапию 1 линии, 42 пациента получали адьювантное лечение, 38 пациентов начали лечение с неоадьювантной химиотерапии.

По аксиальному срезу, выполненному на уровне тела третьего поясничного позвонка, определяется площадь (см^2) мышечной ткани.

Отношение полученного показателя площади скелетной мускулатуры на уровне L3 позвонка к квадрату роста пациента является «скелетно-мышечным индексом L3» (СМИ L3). Пороговыми значениями СМИ L3, ниже которых состояние расценивается как саркопения, считают 52,4 см²/м² для мужчин и 38,5 см²/м² для женщин.

Результаты. На момент начала лечения саркопения была выявлена у 65% (99) пациентов. Из них, у 8% (8) имелось саркопеническое ожирение. При этом, на момент начала лечения у пациентов с IV стадией саркопения встречалась в 71,4% случаев, при III стадии – 57,6%, при II стадии - 67%. Столь высокий процент саркопении даже на ранних стадиях может, свидетельствовать в пользу агрессивного течения данной группы опухолей.

Заключение. 65% пациентов с колоректальным раком на момент начала лечения имеют саркопению, что согласуется с мировыми данными. Высокая частота саркопении в дебюте заболевания характерна даже для ранних стадий опухолевого процесса.

ЧАСТОТА НОСИТЕЛЬСТВА АЛЛЕЛЬНЫХ ВАРИАНТОВ ГЕНОВ ФЕРМЕНТОВ МЕТАБОЛИЗМА ЦИТОСТАТИКОВ У ПАЦИЕНТОВ С ОПУХОЛЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Федоринов Д.С., Дикова Т.С., Лядов В.К.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва

Актуальность. В метаболизме лекарственных средств выделяют 4 этапа: всасывание (absorption), распределение (distribution), инактивация (metabolism) и выведение (excretion) - ADME. На каждом из указанных этапов присутствует белок-переносчик или фермент, от скорости работы которого зависят фармакокинетические параметры лекарственного средства. В ряде исследований обнаружены некоторые генетические перестройки, включая

однонуклеотидные полиморфизмы в генах биомаркеров ADME-процессов, являющиеся предикторами низкой эффективности или, напротив, высокой токсичности лекарств, которые используются при лечении опухолей ЖКТ, включая препараты платины, иринотекан, 5-фторурацил.

Цель. Оценить частоту носительства аллельных вариантов генов DPYD, XPC, GSTP1, MTHFR, ERCC1, UGT1A1, TYMPS, NQO1, CYP3A5, CYP2C8, SLC31A1, CDA, кодирующих ферменты, участвующие в метаболизме цитостатиков в российской популяции пациентов с опухолями ЖКТ.

Пациенты и методы. В ходе гранта РФФИ №20–75–10158 проводится проспективное наблюдательное исследование. 118 пациентов (женщины – 50%, мужчины – 50%) впервые получающих химиотерапию по поводу рака пищевода (2,6%), рака желудка (25.5%), рака поджелудочной железы (18.6%), колоректального рака (53,3%) включены в исследование с октября 2020 по апрель 2022 г. Средний возраст равен $62,6 \pm 10,6$ года. 53 пациента получали химиотерапию 1 линии, 40 пациента получали адъювантное лечение, 25 пациентов начали лечение с неoadъювантной химиотерапии.

Методом гибридизационного анализа на биологических микрочипах были определены полиморфизмы генов DPYD, XPC, GSTP1, MTHFR, ERCC1, UGT1A1, TYMPS, NQO1.

Методом полимеразной цепной реакции в реальном времени были определены полиморфизмы генов CYP3A5, CYP2C8, SLC31A1, CDA.

Результаты. Частота носительства аллельного варианта DPYD rs75017182 составила 3.5%, DPYD rs2297595 – 13%, XPC rs2228001 – 40%, GSTP1 rs1695 – 31%, ERCC1 rs3212986 – 21%, ERCC1 rs11615 – 35%, UGT1A1 rs8175347 – 31,8%, TYMPS rs151264360 – 35%, NQO1 rs1800566 – 41%, CYP3A5*3 (rs776746) - 8%, CYP2C8 rs10509681 – 11%, CYP2C8*3 (rs11572080) – 10%, CYP2C8*4 (rs1058930) – 3%, SLC31A1 rs2233914 – 13%, CDA*2 rs2072671 – 24%.

Заключение. В российской популяции с опухолями ЖКТ, получающих цитостатическую терапию, в 3–41% случаев встречается носительство аллельных вариантов генов, кодирующих ферменты метаболизма химиопрепаратов, что может быть связано с изменением скорости метаболизма препарата и, как следствие, его эффективности.

Данные, полученные в текущем исследовании, могут быть полезны при изучении влияния выявленных аллельных вариантов на эффективность и безопасность химиотерапии в российской популяции пациентов.

ЛАЗЕРНАЯ ДЕСТРУКЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ ГЕМОРРОЯ

**Фролов С.А., Кузьминов А.М., Вышегородцев Д.В., Майновская О.А.,
Трубачева Ю.Л., Фоменко О.Ю., Королик В.Ю., Богормистров И.С.,
Батталова А.М.**

ФГБУ НМИЦ колопроктологии им. А.Н. Рыжих Минздрава России, Москва

Геморрой является наиболее распространенным колопроктологическим заболеванием. Геморроидэктомия, выполняемая в различных модификациях наряду с высокой эффективностью сопровождается такими недостатками, как выраженный послеоперационный болевой синдром возникающего в следствии длительного периода заживления послеоперационных ран, что увеличивает сроки нетрудоспособности. Применение лазерной деструкции в лечении геморроя позволяет существенно снизить болевой синдром, сопровождается отсутствием ран в анальном канале, что ведет к сокращению периода трудовой реабилитации.

Цель работы. Оценить эффективность применения диодного лазера с длиной волны 1940 нм при лечении пациентов с геморроем 2 и 3 стадии.

Материалы и методы. В ФГБУ НМИЦ колопроктологии им. А.Н. Рыжих Минздрава России методом лазерной деструкции внутренних

геморроидальных узлов оперированы 31 пациент из них 10 (32,3%) больных со 2 стадией и 21 (67,7%) с 3 стадией геморроидальной болезни. Медиана возраста больных составила 37 (25–59) лет. Лечебный эффект методики заключается в лазерной деструкции кавернозной ткани внутреннего геморроидального узла с применением диодного лазера с длиной волны 1940 нм.

Результаты. На этапе освоения методики у 3 (9,7%) пациентов возникло интраоперационное осложнение в виде кровотечения из геморроидального узла, что потребовало выполнения геморроидэктомии. В раннем послеоперационном периоде у 3 (9,7%) пациентов диагностирован отек наружных геморроидальных узлов и у 1 (3,2%) пациента развился тромбоз наружного геморроидального узла. Интенсивности болевого синдрома оценивалась по шкале ВАШ, так, уже к 7 дню после операции, болевой синдром у 93% пациентов не превышал 1 балла. У 3(9,7%) пациентов, которым была выполнена геморроидэктомия, в связи с развившимся кровотечением, выполнялось морфологическое исследование геморроидальных узлов с целью оценки глубины термического воздействия лазера с длиной волны 1940 нм, которая в среднем составила 600 мкм. Отдаленные результаты оценивались в сроки через 1, 3, 6 месяцев после операции. Ни в одном случае рецидивов заболевания выявлено не было, это было подтверждено данными трансректального исследования с доплерографией, которое диагностировало снижение скоростных показатели кровотока по конечным ветвям верхней прямокишечной артерии в 2–3 раза по сравнению с дооперационными данными. Выполненная сфинктерометрия у 28 (90,3%) показывает отсутствие травматического воздействия лазера на запирающий аппарат прямой кишки.

Заключение. Использование диодного лазера с длиной волны 1940 нм в хирургическом лечении геморроя показало его безопасность и высокую эффективность, однако требуется проведение дальнейшего исследования с

целью определения оптимального энергетического воздействия на кавернозную ткань геморроидального узла.

ОСОБЕННОСТИ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ЗРЕЛОСТИ И РАННЯЯ ПОСТНАТАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ОТ БЕРЕМЕННОСТЕЙ, НАСТУПИВШИХ В РЕЗУЛЬТАТЕ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Фурсова А.Д.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва

Актуальность. В современном мире все больше детей рождаются в результате применения вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ). Так, по данным национального регистра в России только в 2019 г., благодаря ВРТ, наступило 45068 беременностей и в последующем произошло 29065 родов. Увеличение в педиатрической популяции числа детей, рожденных с помощью ВРТ, определяют необходимость изучения различных аспектов состояния их здоровья для раннего выявления возможных особенностей и, при необходимости, своевременной их коррекции.

Цель исследования. Изучить морфофункциональные особенности и раннюю постнатальную адаптацию у доношенных детей, рожденных от беременностей, наступивших в результате ВРТ.

Задачи исследования. Проанализировать антропометрические показатели, провести оценку степени морфофункциональной зрелости, оценить темпы ранней постнатальной адаптации и частоту развития транзиторных неонатальных состояний у детей, рожденных от беременностей в результате ВРТ.

Материалы и методы. Проанализировано 60 историй болезни доношенных детей, рожденных путем операции кесарева сечения в родильном доме ГБУЗ ГКБ им. С.С. Юдина ДЗМ. Плановое оперативное родоразрешение проводилось при сроках гестации 38–39 недель. Причинами оперативных родов являлись: тазовое предлежание плода, отягощенный соматический анамнез матери, а также наличие рубца на матке после предыдущих оперативных родов. Новорожденные были разделены на две группы:

основную (дети от беременностей, наступивших с помощью ВРТ, n=30), контрольную (дети от естественных беременностей, n=30).

Результаты исследования. Анализ полученных результатов показал, что у детей основной группы имела место тенденция к более частому проявлению морфофункциональной незрелости, преимущественно за счет пониженного мышечного тонуса и рефлекторной возбудимости, что проявлялось низкой оценкой по шкале Баллард. На фоне морфофункциональной незрелости у 1/3 детей основной группы была отмечена тенденция к снижению массо-ростового показателя (в основном за счет неглубокого дефицита массы тела), в то время как у детей, рожденных от естественной беременности указанные особенности имели место лишь в 10% случаев.

Учитывая оперативное родоразрешение, все новорожденные в первые дни жизни находились на искусственном вскармливании адаптированной смесью. При этом у детей основной группы значительно чаще отмечались токсическая эритема и тенденция к более длительной и выраженной физиологической убыли массы тела.

Выводы. Выявленные особенности морфофункциональной зрелости и ранней постнатальной адаптации у новорожденных детей от беременностей, наступивших в результате ВРТ, определяют необходимость уточнения их причин для разработки эффективных лечебно-профилактических мероприятий, что подчеркивает актуальность продолжения начатого нами исследования.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКОВ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ВИЧ/ВГС КО-ИНФЕКЦИИ

Хаматова А.А., Чеботарева Т.А.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва

Цель: Усовершенствовать прогнозирование рисков перинатальной передачи вирусов иммунодефицита человека (ВИЧ) и гепатита С (ВГС) на основе комплексного подхода: оценки клинических характеристик и использования молекулярно-генетического метода.

Задачи: Определить клинико-иммунологические и вирусологические особенности течения ВИЧ/ ВГС ко-инфекции у детей, родившихся от матерей, ко-инфицированных ВИЧ/ВГС. Установить клинико-иммунологические и вирусологические риски перинатальной передачи ВИЧ, ВГС и ко-инфекции ребенку.

Материалы и методы: Проведен анализ 160 амбулаторных карт пациентов (80 пар мама-ребенок, в которых матери ко-инфицированы ВИЧ/ВГС), находящихся на учете в МГЦ СПИД. Установлено, что наличие ко-инфекции ВГС у ВИЧ-инфицированных детей ведет к прогрессированию заболевания и более быстрому переходу из 3 в 4 стадию. У ВИЧ/ВГС ко-инфицированных детей тяжесть течения инфекций и клинические симптомы более выражены по сравнению с моно-ВИЧ инфицированными детьми. Чаще всего и большей разновидности осложнения отмечаются у детей, реализовавших инфицирование, особенно ВИЧ-инфицирование и ВИЧ/ВГС ко-инфицирование. По перинатальной передаче вирусов пары поделены на 4 группы: в 1 – дети с ВИЧ/ВГС ко-инфекцией (19 пар), во 2 – дети с ВИЧ-инфекцией (17 пар), в 3 – дети с ВГС-инфекцией (19 пар), в 4 – не реализовавшие инфицирование (25 пар). Факторы риска перинатальной передачи вирусов: употребление матерями психоактивных веществ (ПАВ);

курение во время беременности; определяемая вирусная нагрузка (ВН) ВГС во время беременности, ВН ВИЧ >1000 коп/мл; отсутствие своевременной (с 13й недели гестации) трехэтапной профилактики перинатальной передачи ВИЧ (ППМР), были оценены с помощью анализа Отношения Шансов (ОШ) и Относительного Риска (ОР). Сравнение 1, 2, 3 групп проводилось с 4 группой. Уровень значимости оценивали с помощью точного двустороннего критерия Фишера (p).

Результаты: Группа 1: Употребление ПАВ в 1 группе было у 15 (79%) матерей, в 4 группе—у 10 (40%) матерей. ОШ=5,6250 (от 1,4399 до 21, 9739), ОР=2,8500 (от 1,1271 до 7,2069), p=0,01442; ВН ВИЧ выше 1000 коп/мл в 1 группе у 19 (100%) матерей, в 4 группе—у 2 (8%) матерей. ОШ=366,6000 (от 16,5944 до 8098,8725), ОР=42,5455 (от 2,7283 до 663,4703) p<0,000001; Определяемая ВН ВГС в 1 группе у 19 (100%) матерей, в 4 группе—у 8 (32%) матерей. ОШ=80,2941 (от 4,3119 до 1495,2095), ОР=25,0714 (от 1,6124 до 389,8404), p<0,000001; Отсутствие полноценной своевременной ППМР в 1 группе было у 19 (100%) матерей, в 4 группе—у 2 (8%) матерей. ОШ=366,6000 (от 16,5944 до 8098,8725), ОР=42,5455 (от 2,7283 до 663,4703), p<0,000001. Курение во время беременности в 1 группе у 9 (47%) матерей, в 4 группе—у 14 (56%) матерей. ОШ=0,7071 (от 0,2135 до 2,3426), ОР=0,8217 (от 0,4167 до 1,6204), p=0,76131.

Группа 2: Употребление ПАВ во 2 группе было у 13 (76%) матерей, в 4 группе—у 10 (40%) матерей. ОШ=4,8750 (от 1,2301 до 19,3199), ОР=2,6848 (от 1,0470 до 6,8843), p=0,02856; Преждевременные роды во 2 группе у 9 (53%) матерей, в 4 группе—у 2 (8%) матерей. ОШ=12,9375 (от 2,2923 до 73,0175), ОР=3,1705 (от 1,6408 до 6,1262), p=0,00286. Кормление грудью ребенка во 2 группе у 4 (24%) матерей, в 4 группе все дети были на искусственном вскармливании. ОШ=17,0000 (0,8503 до 339,8690), ОР=2,9231 (от 1,8808 до 4,5429), p=0,02126.

Группа 3: Употребление ПАВ в 3 группе было у 10 (53%) матерей, в 4

группе—у 10 (40%) матерей. ОШ=1,6667 (от 0,4996 до 5,5595), ОР=1,3333 (от 0,6773 до 2,6250), $p=0,54299$; Курение во время беременности в 3 группе у 11 (58%) матерей, в 4 группе—у 14 (56%) матерей. ОШ=1,0804 (от 0,3236 до 3,6065), ОР=1,0450 (от 0,5251 до 2,0796), $p=1,00000$. Девочек в 3 группе—13 (68%) детей, в 4 группе—12 (48%) детей. ОШ=2,3472 (от 0,6755 до 8,1563), ОР=1,6467 (от 0,7689 до 3,5264), $p=0,22658$.

Выводы: Проведенный анализ показал, что употребление женщиной ПАВ, ВН ВИЧ выше 1000 коп/мл, определяемая ВН ВГС, отсутствие своевременной полноценной трехэтапной ППМР являются факторами риска перинатальной передачи ВИЧ/ВГС ко-инфекции; употребление женщиной ПАВ, вирусная нагрузка ВИЧ выше 1000 коп/мл, отсутствие полной ППМР, преждевременные роды и кормление грудью новорожденного являются факторами риска перинатальной передачи ВИЧ, что совпадает с данными отечественных и зарубежных авторов.

Употребление ПАВ, курение, женский пол плода в нашем исследовании, как факторы риска, не влияют на перинатальную передачу ВГС, что не совпадает с данными отечественных и зарубежных авторов.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ АФФЕКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ВЕСТИБУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Хромова А.В., Замерград М.В.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва

ГБУЗ ГKB им. С.П. Боткина (Боткинская больница), Москва

Актуальность. Ведение пациентов с различными вестибулярными расстройствами часто сопряжено со значительными трудностями. Они обусловлены разнообразием заболеваний вестибулярной системы, полиморфизмом клинических проявлений, отсутствием общепризнанных

подходов к лечению. Дополнительные сложности создают аффективные расстройства, нередко, сопутствующие вестибулярным заболеваниям, затрудняющие их диагностику, лечение и реабилитацию.

Цель. Определение выраженности аффективных нарушений при наиболее распространённых заболеваниях вестибулярной системы.

Пациенты и методы исследования. В исследование включено 32 пациента с жалобами на головокружение вестибулярного характера, проявляющееся как субъективно, так и по данным неврологического обследования. Всем пациентам проводилась оценка неврологического статуса, стандартное клиническое нейровестибулярное исследование, включающее исследование спонтанного нистагма, пробу с встряхиванием головы, пробу Хальмаги, исследование позиционного нистагма, пробы Ромберга и Фукуда. Уровень тревоги и депрессии оценивался по Госпитальной шкале тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) и по тесту Спилберга. Выраженность головокружения оценивалась Шкалой оценки головокружения (DHI).

Результаты. Возраст пациентов колебался – от 26 до 92 лет, в среднем составив – $59,2 \pm 8,5$ лет. У пациентов с доброкачественным пароксизмальным позиционным головокружением (ДППГ) средний возраст – $60,1 \pm 12,0$ лет, с вестибулярным нейронитом (ВН) – $50,8 \pm 2,12$ лет, с мигрень ассоциированным головокружением (МАГ) – $56,28 \pm 9,9$ лет. Среди всех пациентов было 26 (81,2%) женщин и всего 6 мужчин (18,8%). Из всех пациентов: у 15 человек (46,8%) – ДППГ, у 10 (31,3%) человек – ВН, у 7 (21,9%) – МАГ.

В общей группе исследуемых: по HADS среднее значение уровня тревоги – $8,3 \pm 2,8$ балла, депрессии – $5 \pm 4,2$ балла, среднее значение DHI – $65 \pm 7,1$ баллов, реактивная тревога (РТ) по шкале Спилберга – $52,6 \pm 2,1$ баллов, личная тревога (ЛТ) – $47,75 \pm 0,7$ баллов. В группе пациентов с ДППГ средний уровень тревоги по HADS составил – $8,6 \pm 2,1$ балла, депрессии – $4,8$

$\pm 0,71$ балла. По шкале DHI выраженность головокружения – $61,7 \pm 11,3$ балла. РТ по шкале Спилбергера достигла - $50,86 \pm 8,5$ баллов, а ЛТ - $48,8 \pm 4,2$ баллов.

В группе исследуемых с ВН среднее значение тревоги по HADS - $5,8 \pm 4,2$ баллов, депрессии - $4,2 \pm 3,5$ балла. По данным DHI среднее значение - $73 \pm 11,3$ балла, РТ по шкале Спилбергера - $52 \pm 13,4$ балла, а ЛТ - $45,3 \pm 10,6$ баллов. У исследуемых с МАГ среднее значение тревоги по HADS - $10,7 \pm 8,5$ баллов, депрессии - $6,6 \pm 4,2$ баллов. Среднее значение по DHI составило – $60,6 \pm 4,2$ баллов. По данным шкалы Спилбергера РТ – $57 \pm 7,8$ баллов, а ЛТ - $49 \pm 3,5$ баллов. Сравнение уровня тревоги и депрессии в трех исследуемых группах показало: тревога по HADS, у пациентов с МАГ, была достоверно выше, чем в других группах сравнения ($p < 0,05$).

Выводы.

1. Пациенты с вестибулярными нарушениями характеризовались повышенным уровнем тревоги: до субклинических значений по шкале HADS и до умеренных по шкале Спилбергера. 2

. Среди трех исследуемых групп наибольший уровень тревоги отмечался у пациентов с МАГ: среднее значение тревоги было достоверно выше, чем у пациентов с ВН и ДППГ ($p < 0,05$)

3. Уровень тревоги у пациентов с вестибулярными головокружениями достоверно не зависел от выраженности головокружения по данным шкалы DHI ($p > 0,05$).

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЗАВОРОТА СИГМОВИДНОЙ КИШКИ

Цулеискири Б.Т., Зайцев Г.А., Пилюс Ф.Г.

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

Актуальность: Кишечная непроходимость наиболее часто встречается в возрасте 40–70 лет. Одной из причин толстокишечной непроходимости является заворот сигмовидной кишки (СК). Как наиболее распространенная форма он достигает 15% от всех видов странгуляционной кишечной непроходимости. Летальность от кишечной непроходимости, обусловленной заворотом СК, составляет 14–16%. В случаях некроза СК летальность может достигать 70–78%. Доминирующими причинами высокой летальности и гнойно-септических осложнений (25–80%) являются: преобладание лиц пожилого и старческого возраста, поздняя обращаемость больных и значительный процент диагностических ошибок, а также тактические ошибки в принятии решений на всех этапах лечения.

Цель: улучшение результатов диагностики и лечения заворота толстой кишки путем оптимизации лечебно-диагностического алгоритма.

Материалы и методы: За период 2015-2020 гг. в ГБУЗ НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ пролечено 28 пациентов с заворотом СК. Из них было 13 (46,4%) женщин и 15 (53,6%) мужчин. Средний возраст пациентов составил 69 лет.

В первые 6 часов от начала заболевания поступило 20 (71,4%) пациентов, через 12 часов 5 (17,9%) пациентов и 3 (10,7%) пациента поступили позднее 24-х часов. Из всех пациентов 12 (42,6%) были в тяжелом состоянии, 16 (57,4%) пациентов - средней степени тяжести.

Основными симптомами заболевания являлись боль в животе, вздутие живота, рвота, прекращение отхождения газов и стула. Всем пациентам при

поступлении были выполнены инструментальные методы диагностики: рентгенологическое исследование брюшной полости, по показаниям контрастное исследование толстой кишки методом бариевой клизмы (ирригоскопия), УЗИ органов брюшной полости, колоноскопия, КТ брюшной полости и диагностическая лапароскопия.

Результаты: Чувствительность рентгенологического метода составила 89% (88%–22 из 25 больных или 92%–23 из 25 больных), чувствительность обзорного рентгенологического исследования, дополненная бариевой клизмой (ирригоскопией), составила 100%.

Чувствительность ультразвукового метода составила 57%, однако при дополнении к исследованию доплерографии чувствительность повысилась до 72%.

Чувствительность КТ составила 75%. Чувствительность колоноскопии среди исследуемых составила 96%.

В исследовании при выполнении колоноскопии была выполнена эндоскопическая деторсия у 15 (64,3%) пациентов.

Выполненные операции у пациентов с заворотом СК: видеолапароскопическое устранение заворота СК – у 3 (10,7%) пациентов; срединная лапаротомия, деторсия и резекция СК, выведение концевой колостомы – у 5 (17,9%) пациентов; лапаротомия, деторсия СК у 12 (42,9%) пациентов, из них сигмопексия выполнена у 8 (35,7%) пациентов. Среди пациентов после эндоскопической деторсии кишки осложнений в раннем послеоперационном периоде не наблюдалось.

У двух пациентов были повторные госпитализации с клинико-инструментальной картиной заворота СК, выполнены операции: лапаротомия, деторсия и сигмопексия к париетальной брюшине; лапаротомия, резекция сигмовидной кишки и выведение концевой колостомы.

Послеоперационные осложнения наблюдались у 3 (17,7%) пациентов: у двух пациентов окклюзионный тромбоз икроножных вен (II по Clavien-

Dindo), у одного пациента абсцесс брюшной полости, дренированный под УЗ наведением (IIIa по Clavien-Dindo). Было 3 (10,7%) летальных исхода (V по Clavien-Dindo). Одна пациентка после лапаротомии, деторсии СК, устранения заворота и двое пациентов после лапаротомии, резекции сигмовидной кишки, выведения концевой колостомы.

Выводы: При поступлении пациентов с толстокишечной непроходимостью и подозрении на заворот СК при рентгенологическом исследовании показано назначение экстренной бариевой клизмы (ирригоскопии), что позволяет правильно и точно установить данный диагноз в короткие сроки. При постановке диагноза заворота СК возможно использование колоноскопии для диагностической и лечебной цели. Оперативные вмешательства из лапаротомного доступа являются жизнесберегающими, но относятся к разряду паллиативных вмешательств и не позволяют избегать ряда послеоперационных осложнений.

Небольшое количество наблюдений, не позволяет получить статистически достоверные результаты, что требует дальнейшего изучения вопроса, использование разных методов диагностики, лечения, хирургических вмешательств и набор пациентов с заворотом СК для убедительной достоверности результатов.

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВНУТРИСУСТАВНЫХ И
МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ
С ОСТЕОАРТРОЗОМ КОЛЕННОГО СУСТАВА**

Чернышов С.И., Энгельгард М.Г., Зеленьяк К.Б.
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва

Актуальность. Остеоартроз является прогрессирующим дегенеративно-дистрофическим хроническим заболеванием, которое характеризуется дегенерацией хрящевой ткани в суставах, что приводит к боли и уменьшению объема движений. Признанным методом лечения остеоартроза на поздних стадиях процесса является хирургический. Однако современный подход к лечению остеоартроза подразумевает максимальное отдаление хирургического лечения с помощью консервативной терапии.

Цель. Повышение эффективности консервативного лечения пациентов с остеоартрозом коленного сустава. Провести сравнительный анализ внутрисуставного и малоинвазивного методов лечения (плазма, обогащенная тромбоцитами (platelet rich plasma – PRP), аутологичная жировая ткань (stromal vascular fraction – SVF), внутрисуставные инъекции гиалуроновой кислоты, радиочастотная денервация у пациентов с остеоартрозом коленного сустава.

Материалы и методы: Данные 102 пациента в возрасте от 30 до 60 лет, с рентгенологически подтвержденным остеоартрозом 2–3 степени по оценочной шкале Kellgren-Lawrence, которые были рандомизированы в четыре группы. Каждый пациент получил лечение в соответствии со своей группой.

В первой группе 30 пациентов получили три внутрисуставные инъекции 4 мл гиалуроновой кислоты с периодичностью одна инъекция в неделю.

Во второй группе 30 пациентам после забора 10 мл венозной крови

было произведено ее центрифугирование и фракционирование. Затем произведено внутрисуставное введение в коленный сустав PRP с периодичностью одна процедура в неделю в количестве трех инъекций.

В третьей группе 24 пациентам после проведения липофилинга и подготовки аутологичной жировой ткани было выполнено однократное внутрисуставное введение полученных в результате центрифугирования 4 мл лиофилизата аутологичной жировой ткани - SVF.

В четвертой группе 18 пациентам после предоперационной подготовки в условиях операционной была выполнена радиочастотная денервация по триггерным точкам вокруг коленного сустава.

Для последующего наблюдения использовалась десятибальная визуальная аналоговая шкала (ВАШ) и индекс остеоартроза университетов Западного Онтарио и Макмастера (WOMAC). Клинические оценки результатов проводились после лечения через 1, 2, 3 недели, через 1 и 3 месяца.

Результаты. Коленные суставы, пролеченные с использованием аутологичной жировой ткани (SVF), показали значительное улучшение средних показателей ВАШ и WOMAC через 3 месяца после процедуры по сравнению с исходным уровнем (ВАШ 43.2%, WOMAC – 62.8%). Напротив, средние значения ВАШ и WOMAC в других группах показали меньшее улучшение: гиалуроновая кислота (ВАШ - 33.2%, WOMAC - 44.1%), PRP (ВАШ - 38.4%, WOMAC - 50.3%) РЧД (ВАШ - 33.9%, WOMAC - 41.7%). Значимых исходных различий между группами обнаружено не было. Безопасность была подтверждена отсутствием серьезных нежелательных явлений в течение 3-х месяцев наблюдения.

Выводы. Результаты этого исследования показывают, что терапия аутологичной жировой тканью SVF может более эффективно облегчить боль улучшить функцию у пациентов с остеоартрозом коленного сустава в сравнении с другими методами лечения.

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕВИЗИОННОЙ ИЗОЛИРОВАННОЙ
МИКРОДИСКЭКТОМИИ И МИКРОДИСКЭКТОМИИ
В СОЧЕТАНИИ С ЗАДНИМ ПОЯСНИЧНЫМ МЕЖТЕЛОВЫМ
СПОНДИЛОДЕЗОМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВОВ ГРЫЖ ДИСКА
ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА**

Чехонацкий В.А., Кузнецов А.В., Древаль О.Н.
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва

Введение. На сегодняшний день не существует единого мнения по вопросу оптимальной тактики хирургического лечения рецидивов грыж диска, предпочтение изолированно декомпрессивному или декомпрессивно-стабилизирующему методу лечения отдается сугубо на основании опыта и предпочтениям оперирующего хирурга.

Dower и соавторы отмечают значительное снижение болевого синдрома у пациентов, перенесших изолированную микродискэктомию, в сравнении с микродискэктомией со стабилизирующим вмешательством, отмечая преимущества в группе фиксации в виде минимальной тракции дурального мешка, также более высокую вероятность развития рецидивов грыж диска и ликвореи в группе с изолированной микродискэктомией.

Wang и соавторы отмечают более низкую травматичность изолированной микродискэктомии, меньший объём кровопотери, общей стоимости оперативного лечения, однако, в то же время, отмечают снижение риска последующих реопераций по поводу рецидива грыжи диска в группе с декомпрессивно-стабилизирующими операциями относительно группы с ревизионной изолированной микродискэктомией, прослеживая тенденцию к уменьшению травматизации невральных структур и ликвореи в группе с декомпрессивно-стабилизирующими вмешательствами.

Цель: Анализ эффективности ревизионной микродискэктомии и микродискэктомии с задним поясничным межтеловым спондилодезом (PLIF)

в сочетании с 4-х винтовой транспедикулярной фиксацией (ТПФ) при лечении рецидивов грыж диска поясничного отдела позвоночника.

Материалы и методы. В исследование включены 61 (32 мужчины и 29 женщин) пациент с рецидивами грыж межпозвонкового диска на уровне поясничного отдела позвоночника после стандартной микродискэктомии. Группа I - 30 пациентов с однократным рецидивом грыжи диска, которым была выполнена изолированная ревизионная микродискэктомия. Группа II - 31 пациент с однократным рецидивом грыжи диска, которым была выполнена ревизионная микродискэктомия с PLIF и ТПФ.

Результаты. При оценке послеоперационных результатов по ВАШ через 6 месяцев болевой синдром в исследуемых группах значимо не различался ($p > 0,05$), однако через 12 и 36 месяцев после оперативного лечения данный показатель был значительно ниже в группе изолированной микродискэктомии ($p < 0,05$).

При анализе сравниваемых групп пациентов по шкале Nurick и Macnab, Oswestry отмечаются рост показателей регресса болевого синдрома и снижение качества жизни в группе пациентов с декомпрессивно-стабилизирующей операцией в сравнении с группой, получившей лечение в объеме изолированной микродискэктомии ($p < 0,05$).

В группе пациентов с изолированной микродискэктомией отмечается наименьший объем кровопотери (174 мл против 658 мл), наименьшая длительность операции (1 час 57 минут против 4 часов 22 минут), наименьшее время лучевой нагрузки (10,4 сек против 61,2 сек), однако встречаемость ликвореи и повреждения невральных структур составила 6,4%, в то время как в группе пациентов со стабилизацией ликворея и травма невральных структур не встречалась.

При анализе частоты реоперации повторный рецидив грыжи диска поясничного отдела позвоночника после ревизионной микродискэктомии без фиксации был отмечен в 6,5% случаев (2 пациента), в то время как в группе

пациентов с декомпрессивно-стабилизирующим вмешательством реоперация отмечается в 3,3% (1 случай) по поводу миграции кейджа с компрессией невральных структур.

Выводы: При исследовании клинических результатов хирургического лечения пациентов с рецидивами грыж диска в группе пациентов с декомпрессивно-стабилизирующим вмешательством отмечается двукратное снижение риска развития ликвореи, отсутствие реопераций по поводу рецидива грыжи диска, однако отмечается характерные для имплантируемых стабилизирующих систем осложнения - миграция кейджа с компрессией невральных структур, требующая хирургической коррекции, что, тем не менее, также в два раза меньше, чем показатель реопераций в группе с ревизионной микродискэктомией без стабилизации. В то же время при анализе полученных данных выявлено, что ревизионная изолированная микродискэктомия в послеоперационном периоде показывает значительно более высокие показатели скорости восстановления пациентов, возвращения их в привычной трудовой деятельности и имеет меньшую интенсивность болевого синдрома в раннем и отсроченном послеоперационном периоде, однако имеет статистически более высокий риск развития рецидива грыжи диска, интраоперационной травмы невральных структур и развития ликвореи.

ЦИСТОСТОМИЧЕСКИЙ ДРЕНАЖ КАК ПРЕДИКТОР ТЕЧЕНИЯ РАННЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПОСЛЕ ПОЗАДИЛОННОЙ АДЕНОМЭКТОМИИ

Чехонацкий И.А., Лоран О.Б.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва

Актуальность: Многие пациенты, страдающие гиперплазией простаты, экстренно госпитализируются в урологические стационары с

клиникой острой задержки мочеиспускания. Часто, таким пациентам, в случае неэффективности консервативной терапии, выполняется троакарная цистостомия, что в свою очередь влияет на функциональное состояние детрузора. Одним из наиболее распространенных методов лечения гиперплазии простаты свыше 80 см³ является позадилоная аденомэктомия (ПАЭ).

Цель исследования: оценить роль наличия цистостомического дренажа на течение раннего послеоперационного периода позадилоной аденомэктомии.

Материалы и методы: Хирургическое лечение гиперплазии простаты методом ПАЭ выполнено 109 пациентам в урологической клинике ГБУЗ ГKB им. С.П. Боткина ДЗМ за период с сентября 2019 по декабрь 2021 года.

Пациенты разделены на две группы: I группа – 65 (59,6%) пациентов без цистостомического дренажа, II группа – 44 (40,4%) пациента с выполненной не менее 1 месяца назад троакарной цистостомией.

Выполнена послеоперационная оценка следующих показателей: продолжительность операции, уровень снижения гемоглобина спустя 24 часа после операции, время функционирования промывной системы, продолжительность катетеризации и госпитализации.

Результаты: У пациентов I группы, без цистостомического дренажа, по сравнению с пациентами с наличием цистостомы – II группой, отмечалась меньшая продолжительность операции: 77.15 ± 15.1 и 91.10 ± 21.2 минут, соответственно ($p < 0.05$). Кроме того, результаты анализа пациентов I группы демонстрируют меньшую среднюю интраоперационную кровопотерю: 17.5 ± 7.9 г/л и 22.4 ± 9.7 г/л, соответственно ($p < 0.05$). Выявлены достоверные различия и в продолжительности функционирования промывной системы, катетеризации и госпитализации: вышеперечисленные параметры были меньше у пациентов в группе без цистостомического дренажа: 1.9 ± 1.1 против 2.9 ± 1.2 дней ($p < 0.05$), 6.5 ± 2.5 против 7.6 ± 2.4 дней, ($p < 0.05$) и 6.9 ± 1.5

против 7.3 ± 1.6 дней ($p < 0.05$), соответственно.

Выводы: Результаты проведенного анализа демонстрируют достоверное негативное влияние предварительной цистостомии на продолжительность операции, величину интраоперационной кровопотери, а также на продолжительность орошения мочевого пузыря, катетеризации и времени пребывания в стационаре.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ СО СЛОЖНЫМИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ГРЫЖАМИ ПО МЕТОДИКЕ «SANDWICH»

Чертова А.Д., Гогия Б.Ш., Аляутдинов Р.Р.

ФГБУ НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского Минздрава России,
Москва

Введение: Реконструкция сложных грыж передней брюшной стенки является актуальной проблемой герниологии. Эта проблема продиктована высоким процентом рецидивов и значительными техническими трудностями в выборе правильного подхода к тактике лечения таких пациентов. Несмотря на распространенность сложных грыж передней брюшной стенки в настоящий момент не существует единого мнения относительно наиболее подходящей техники протезирования для устранения грыжевого дефекта. Клинических рекомендаций по лечению данного вида грыж в настоящее время нет. В связи с чем была произведена оценка результатов лечения больных со сложными послеоперационными вентральными грыжами по новой методике «Sandwich».

Цель работы: оценить результаты лечения больных со сложными послеоперационными вентральными грыжами (ПОВГ) по методике «Sandwich».

Материалы и методы: проведен ретро- и проспективный анализ результатов лечения 13 больных со сложными послеоперационными вентральными грыжами (критерии N.J. Slater et al., 2013), оперированных по методике «Sandwich» (использовании двух эндопротезов в разных слоях передней брюшной стенки друг над другом) в период с 12.01.2015 по 12.11.2021; женщин было 6, мужчин – 7; средний возраст - $59 \pm 11,2$. Согласно критериям N.J. Slater et al. (2013) у 6 пациентов с первичными грыжами ширина грыжевых ворот составляла >10 см, у 3 из которых имела место «потеря домена» (соотношение объема грыжевого выпячивания к объему брюшной полости $>20\%$), 6 пациентов имели рецидив грыжевого выпячивания после ранее выполненного эндопротезирования, из них у 4 пациентов также наблюдалась «потеря домена», и у 1 пациента была выявлена боковая грыжа с шириной грыжевых ворот >10 см. Соотношение объема грыжевого выпячивания к объему брюшной полости у пациентов с «потерей домена» составляло от 20% до 67%. Ширина грыжевых ворот варьировала от 8 до 20см. Клинически значимая соматическая патология: алиментарное ожирение – 8 (61,5%); сахарный диабет II типа – 4 (30,7%); ХОБЛ – 1 (7,7%); артериальная гипертензия 10 (76,9%); онкология 5 (38,4%) больных. Многократное оперирование в одной области в анамнезе отмечалось у 9 пациентов (69,2%). Длительность грыженосительства варьировала от года до 22 лет, в среднем $3,9 \pm 5,8$ лет. Местные осложнения на момент поступления наблюдались у 2 (15,4%) больных, из них гнойные свищи передней брюшной стенки у 1 (7,7%) пациента, и трофическая язва у 1 (7,7%) пациента. Все больные были оперированы под эндотрахеальным наркозом. Общая продолжительность операции составляла от 115 до 645 минут. Выбор варианта пластики по методике «Sandwich» определялся индивидуально. Были использованы следующие варианты: IPOM+onlay (7 пациентов, 53,8%), Sublay+onlay (5 пациентов, 38,4%) и IPOM+sublay (1 пациент, 7,7%). В связи с развитием

общих осложнений 2 пациента (15,3%) провели в ОРИТ до 2 и 3 суток соответственно.

Результаты: Местные осложнения в раннем послеоперационном периоде отмечались у 8 (61,5%) больных: серома – 7 (53,8%) больных, гематома послеоперационной раны – 1 (7,7%) больной. В послеоперационном периоде 4 (30,7%) пациентам потребовалась чрескожная аспирация сером под УЗ-контролем. В результате все серомы разрешились в течении 1 месяца. Общие осложнения в раннем послеоперационном периоде наблюдались у 2 (15,3%) больных, которые нуждались в проведении интенсивной терапии. Летальных случаев зафиксировано не было. Длительность пребывания больных в стационаре после операции в среднем $15 \pm 5,1$ дней. Сроки наблюдения за больными составили от 6 месяцев до 2 лет. У 1 (7,7%) пациента через 2 года образовался лигатурный свищ. Из числа оперированных рецидива ПОВГ зафиксировано не было. У методики «Sandwich» есть множество модификаций и общей их особенностью является то, что они используются при больших и гигантских послеоперационных грыжах, где классические методы открытой пластики, такие как метод sublay, метод открытого IPOM и метод разделения компонентов являются недостаточными. Частота рецидивов в опубликованных исследованиях составляет от 0 до 13,3%. Методика «Sandwich», рассмотренная в данном наблюдении, заключается в использовании двух эндопротезов в разных слоях передней брюшной стенки друг над другом, обеспечивая двойное укрепление передней брюшной стенки при сложных послеоперационных вентральных грыжах.

Выводы и рекомендации: Методика «Sandwich» является ценным методом для пластики грыжевых ворот у больных со сложными ПОВГ. Мы предлагаем эту методику в качестве альтернативы к использованию у этой сложной категории больных.

**АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФНОГО ВАРИАНТА ГЕНА IL-6
С ВЕРОЯТНОСТЬЮ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ
БОЛЕЗНИ ЛЁГКИХ В БЕЛОРУССКОЙ ПОПУЛЯЦИИ**

Шабаев Г.В., Хотько Е.А.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск,
Республика Беларусь

Введение. Хроническая обструктивная болезнь лёгких (ХОБЛ) – это социально значимое, стремительно распространяющееся заболевание, для которого характерно ограничение воздушного потока в лёгких вследствие хронической воспалительной реакции в дыхательных путях. При этом хроническое воспаление обычно является результатом воздействия патогенных частиц или газов.

Одним из составляющих патогенеза ХОБЛ является наличие генетической предрасположенности. Молекулярные изменения включают в себя синтез воспалительными клетками интерлейкинов, которые усиливают хемотаксис лейкоцитов в легочную ткань.

Различные полиморфизмы генов, кодирующих синтез интерлейкинов, могут обуславливать разный уровень экспрессии гена: аномальное усиление синтеза провоспалительных интерлейкинов, либо снижение выработки противовоспалительных медиаторов.

При ХОБЛ активированные макрофаги, Т-клетки, фибробласты и клетками сосудистого эндотелия синтезируют провоспалительный цитокин – интерлейкин-6 (IL-6). Он является важнейшим медиатором острой фазы воспаления, его основные функции заключаются в стимуляции лейкоцитопоеза, пролиферации и дифференцировки В- и Т-клеток.

Цитогенетическая локализация гена IL-6 – 7p15.3. Промотор гена имеет многочисленные регуляторные сайты, которые контролируют индукцию его

синтеза. Основную роль в активации транскрипции гена интерлейкина-6 играет регуляторный сайт связывания универсального ядерного фактора транскрипции «каппа-би» (NF- κ B) через который действуют интерлейкин 1 и фактор некроза опухоли- α . В промоторе гена IL-6 обнаруживаются однонуклеотидные полиморфизмы. Одним из полиморфизмов промотора данного гена является rs1800795 (-174G>C), при котором в 174 положении вместо гуанина (G) появляется цитозин (C). Такая однонуклеотидная замена влияет на эффективность транскрипции гена и, соответственно, количество вырабатываемого интерлейкина-6.

Цель. Определить связь полиморфизма rs1800795 (-174G>C) гена интерлейкина-6 с вероятностью развития хронической обструктивной болезни лёгких у жителей Республики Беларусь.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на выборке из 190 человек, из которых 95 имели диагноз ХОБЛ и составляли опытную группу, и 95 человек являлись здоровыми лицами – контрольная группа. Забор биологического материала и работа с участниками исследования осуществлялись на базе Минского клинического консультативно-диагностического центра.

Для изучения полиморфизма rs1800795 ДНК выделялась из образцов крови испытуемых с помощью набора NucleoSpin Blood согласно методике производителя (MACHERY-NAGEL, Германия).

Определение генотипов осуществлялось методом ПЦР «в реальном времени» с помощью детектирующего амплификатора ДТ-322 («ДНК-Технология», РФ) с использованием TaqMan-зондов. Аллели регистрировались в программе q-PCR на основании флюоресценции не позже 32 цикла амплификации. Программы «IBM SPSS Statistics 23» и «Microsoft Excel» использовались для статистической обработки данных. В целях обнаружения значимых различий в носительстве генотипов среди пациентов и здоровых лиц вычислялся критерий χ^2 . Также рассчитывались параметр

отношения шансов (ОШ) и 95%-ный доверительный интервал (ДИ) для оценки вероятности развития ХОБЛ.

Результаты и обсуждение. При анализе распределения частот генотипов полиморфизма rs1800795 IL-6 не обнаружено отклонений от равновесия Харди-Вайнберга ни в группе пациентов ($\chi^2=0,38$, $p=0,54$), ни в группе здоровых лиц ($\chi^2=3,57$, $p=0,06$), что свидетельствует о репрезентативности исследуемых выборок.

Проведённое сравнение частот распределения генотипов показало, что частоты генотипов полиморфизма rs1800795 у лиц, страдающих ХОБЛ, существенно отличаются от частот в группе здоровых лиц ($\chi^2=6,88$, $p=0,03$). При этом характерна ассоциация генотипа СС с пониженной вероятностью развития ХОБЛ – отношение шансов 0,42 (95%ДИ=0,22-0,82).

Выводы. Результаты проведённого исследования позволяют сделать следующий вывод: носительство генотипа СС полиморфного варианта rs1800795 гена интерлейкина-6 ассоциировано со снижением вероятности развития ХОБЛ у жителей Республики Беларусь.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТЕРАПИИ ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИНУСИТА НЕКОНТРОЛИРУЕМОГО ТЕЧЕНИЯ ПРЕПАРАТОМ ДУПИЛУМАБ

Шайхутдинова Э.Ф.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва

ФБУ ЦКБ Гражданской авиации, Москва

Введение: Полипозный риносинусит – полиэтиологическое заболевание, характеризующееся воспалением слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух с образованием и рецидивирующим ростом

назальных полипов. Если ведущим механизмом в формировании назальных полипов является Т2-тип иммунного ответа, то течение болезни может стать неконтролируемым, что ведет к скорым рецидивам и формированию сопутствующей бронхиальной астмы. В такой ситуации хирургическое лечение дает временный эффект и является паллиативным.

В 2019 году консенсус EUFOREA одобрил лечение тяжелых форм полипозного риносинусита с помощью моноклональных антител.

Первым рекомендованным препаратом стал дупилумаб, ингибирующий рецептор к IL-4 и IL-13. Терапевтический эффект этого препарата дает большие перспективы в ведении пациентов с неконтролируемым течением полипозного риносинусита, чем привлек внимание не только оториноларингологов, но и аллергологов-иммунологов, пульмонологов.

Цель исследования: На примере клинического случая показать терапевтический эффект биологической терапии дупилумабом у пациента с неконтролируемым течением полипозного риносинусита и внутриорбитальным осложнением в анамнезе.

Клинический случай: У пациента А. 55 лет в 1997 г. был установлен диагноз: аспирин-индуцированное респираторное заболевание. Дебют болезни начинался с формирования неатопической бронхиальной астмы легкой степени тяжести, позднее была установлена реакция на НПВС в виде бронхоспазма и неконтролируемый рост назальных полипов.

С 2004 по 2020 год пациенту было выполнено 4 эндоскопических полисинусотомии, последняя в 2020 г. сопровождалась кровоизлиянием в правую орбиту с нарушением функции медиальной прямой мышцы глаза в послеоперационном периоде.

Через полгода после проведенного хирургического лечения на фоне базисной терапии у пациента был зафиксирован быстрый рост назальных полипов с усугублением жалоб и значительным снижением качества жизни.

Пациент соответствовал 4 критериям из 5 по назначению биологической терапии, согласно EPOS 2020, в связи с чем ему было рекомендовано и начато лечение дупилумабом 300 мг подкожно каждые 2 недели.

Результаты и их обсуждение: Оценка эффективности лечение проводилась по критериям, предложенным EPOS 2020. Субъективное состояние пациента оценивалось с помощью опросника SNOT-22 каждые 2 недели. Объективные данные включали в себя эндоскопию полости носа каждые 2 недели и КТ околоносовых пазух перед началом терапии и спустя 16 недель. После 8 инъекций отмечается выраженная положительная динамика по 4 критериям из 5: регресс назальных полипов; улучшение качества жизни; улучшение обоняния; уменьшение влияния бронхиальной астмы.

Выводы: Таким образом, применение дупилумаба у пациентов с полипозным риносинуситом неконтролируемого течения является эффективным и многообещающим методом лечения, позволяющим не только уменьшить симптоматику и значительно улучшить качество жизни больного, но и избежать рецидива заболевания, а также повторных эндоскопических полисинусотомий.

ВЕСТИБУЛЯРНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВАМИ РАВНОВЕСИЯ

Шаповалова М.В., Замерград М.В.

ФГБОУ ДПО РМАНПО, Москва

Актуальность: В последние годы в большинстве стран, в том числе и в России, наблюдается увеличение продолжительности жизни, что приводит к заметному нарастанию доли пожилых людей среди населения. Расстройства равновесия и рецидивирующие падения важная проблема, с которой нередко сталкиваются пожилые пациенты.

По некоторым данным, распространенность нарушений равновесия среди пожилых людей в возрасте 65—69 лет составляет 13%, в возрасте старше 70 лет — 35%, а в возрасте старше 85 лет — 46% [Osoba MY., 2019, Verghese J., 2005]. Распространенность падений в возрасте старше 65 лет достигает 28% [Bergen G., 2016].

Уточнение роли вестибулярных нарушений в развитии неустойчивости в пожилом возрасте имеет несомненное практическое значение, поскольку будет способствовать оптимизации терапевтических подходов к расстройствам равновесия.

Цель исследования. Оптимизация диагностики вестибулярных нарушений и разработка программы вестибулярной реабилитации у пациентов пожилого и старческого возраста с расстройствами равновесия.

Материал и методы. Обследование 65 пациентов (50 пациентов в возрасте 60-90 лет с расстройствами равновесия; 15 пациентов 60-90 лет без расстройств равновесия) включало: сбор анамнеза, неврологический осмотр, нейровестибулярное исследование (исследование спонтанного нистагма, скрытого нистагма (в пробе с встряхиванием головы) и позиционного нистагма с использованием видеорегистрации; исследование вестибулоокулярного рефлекса с использованием видеоимпульсного теста; шаговый тест Фукуды; оценка ходьбы и равновесия (компьютерная стабилметрия; оценка мобильности и риска падений пациента с помощью теста «TUG» (TimedUpandGo test); тест Тинетти; тест наклона вперед для оценки риска падений; шкала оценки головокружения (DHI); шкала оценки риска падений Морзе; визуальная аналоговая шкала выраженности расстройств равновесия; шкала субъективной оценки выраженности симптомов неустойчивости /расстройства равновесия); исследование когнитивных функций (монреальская шкала оценки когнитивных функций; тест поворота фигуры на 1800); оценка аффективных и поведенческих нарушений (Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS).

Результаты. Средний возраст пациентов составил от 65,11±1,86 лет, М:Ж=10:55, средняя длительность заболевания – 2,21±1,78 года. Одно и двусторонние вестибулярные нарушения по данным видеоимпульсного теста выявлены у 37% пациентов (gain <0.7). Зрительно-пространственные нарушения по данным теста рисования часов, копирования фигуры, тест поворота фигуры на 180 наблюдались у 35% пациентов, причем наблюдается прямая зависимость между нарушениями зрительно-пространственных функций и данными видеоимпульсного теста. У 30% пациентов наблюдается высокий уровень тревоги и депрессии по данным теста HADS.

Выводы:

1. Вестибулярные расстройства выявляются более чем у трети пожилых пациентов, имеющих расстройства равновесия.
2. У пациентов, имеющих вестибулярные расстройства, чаще выявляются специфические когнитивные расстройства, прежде всего в виде нарушения зрительно-пространственных функций.
3. Пожилые пациенты с более выраженными расстройствами равновесия чаще имеют различные аффективные расстройства в виде тревоги и депрессии.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ КАМНЕЙ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

Шапошникова О.А.

ФГБОУ ВО Российский государственный социальный университет, Москва

Введение. Мочекаменная болезнь занимает ведущие позиции в структуре оказания специализированной помощи в клинической практике урологических стационаров с распространенностью в популяции, составляющей не менее 5% населения. При этом ежегодный прирост

заболеваемости этой патологией стабильно находится в пределах 0,5–5,3%.

Лечение больных с мочекаменной болезнью в настоящее время осуществляется следующими способами: 1) консервативная терапия (наблюдение+метафилактика); 2) дистанционная литотрипсия; 3) уретероскопия и ретроградная интратрениальная хирургия; 4) перкутанная нефролитотомия и антеградная уретеролитотрипсия; 5) открытая и лапароскопическая хирургия.

Определим, на чем основывается выбор метода лечения камней внешних мочевых путей: клиническая ситуация, выбор пациента, личный опыт, оснащённость клиники, рекомендации РОУ, EAU и AUA, публикации с высокой доказательной базой.

Цель. На основании оригинальных статей отечественных и зарубежных авторов провести анализ современных подходов к лечению камней верхних мочевых путей.

Материалы и методы. Произведен анализ литературы по данной теме с использованием поисковых систем Google Scholar, Scopus, CrossRef.

Результаты. При неотягощенных случаях предпочтение отдается консервативной терапии. С 1994 г. по 2017 г. опубликовано 70 исследований, и в общей сложности исследовано 6642 пациента. У 64% пациентов отошел камень на фоне консервативной терапии, из них 75% камни <5мм. Среднее время отхождения составило 17 дней (диапазон варьировался от 6–29 дней). У 1% пациентов отмечались побочные эффекты от консервативной терапии. В течение месяца у 75% больных с камнями мочеточников <5мм отмечается самостоятельное отхождение на фоне консервативной терапии.

Выбор любого метода лечения должен основываться на достижении максимального клиренса камня, минимальной морбидности для больного, минимальной инвазии, максимальной эффективности, низкой частоте осложнений и минимуме койко-дней.

Один из эффективных методов лечения – контактная

(трансуретральная) уретеро- нефролитотрипсия (УРС). Методика позволяет под контролем зрения не только разрушить и удалить весь камень мочеточника и/или почки, но ликвидировать при необходимости сужения мочеточника или лоханочно-мочеточникового сегмента, являющиеся причиной образования камней и препятствующие их отхождению.

Другой эффективный метод – дистанционная литотрипсия (ДЛТ). Среднее число УРС, необходимых для лечения камней ≤ 10 мм в проксимальном, среднем и дистальном мочеточнике, составляет 1,01, 1,00 и 1,00 соответственно. Напротив, соответствующее среднее количество первичных ДЛТ для камней в этих местах составляет 1,34, 1,29 и 1,26 соответственно.

Выводы. При выборе пациентом лечения врач должен обсудить с пациентом преимущества и недостатки как ДЛТ, так и УРС, включая анестезию, осложнения, необходимость в повторных процедурах.

Осложнения сопоставимы между двумя процедурами, за исключением более частой перфорации мочеточника при УРС, чем при ДЛТ. Следует отметить, что симптомы нижних мочевых путей и боли чаще встречаются у пациентов, подвергающихся УРС, чем ДЛТ из-за более частого (рутинного) использования стентов. Если успешное лечение за одну процедуру является наиболее важным решающим фактором для пациента, УРС является превосходным вариантом лечения. Если не инвазивность и более низкий риск осложнений имеют первостепенное значение, тогда ДЛТ может быть более подходящим выбором лечения.

Со временем более инвазивные методы уступают место мало инвазивным. Инструменты больших диаметров меняются на более маленькие диаметры, но и современные инструменты в неумелых руках могут привести к плохим последствиям.

ОЦЕНКА АНТИХОЛИНЕРГИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК, НАХОДЯЩИХСЯ НА СТАЦИОНАРНОМ ЛЕЧЕНИИ

Шаталова Н.А., Кочетков А.И.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва

Актуальность: многие часто назначаемые лекарственные средства (ЛС) имеют антихолинергическую активность, которая проявляется различными системными нежелательными реакциями. В настоящее время частота и структура назначений препаратов с антихолинергической активностью у пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП) и хронической болезни почек (ХБП) изучена недостаточно.

Цель: оценить уровень антихолинергической нагрузки (АХН) у пациентов с ФП в сочетании с ХБП, находящихся на стационарном лечении.

Задачи: 1) проанализировать данные листов назначений пациентов с ФП в сочетании с ХБП на предмет уровня АХН; 2) оценить распределение ЛС с антихолинергической активностью среди пациентов с ФП в сочетании с ХБП.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ 339 историй болезни кардиологического отделения госпиталя ветеранов войн №2 с использованием шкалы АХН. В зависимости от скорости клубочковой фильтрации пациенты были разделены на 3 группы: 1 группа – пациенты без ХБП и с ХБП С1,С2 (n=101, средний возраст 80 лет [73; 88], 45 мужчин), 2 группа - пациенты с ХБП С3А (n=147, средний возраст 85 лет [78; 90], 42 мужчины), 3 группа – пациенты с ХБП С3Б и С4 (n=91, средний возраст 82 года [88; 92], 18 мужчин).

Результаты: Медиана суммарного балла по шкале АХН составляла: в 1 группе - 1 [0;2], во 2 группе - 1 [1;2], в 3 группе - 1 [1;2] (p=0,123 между группами 1 и 2, p=0,052 между группами 1 и 3, p=0,469 между группами 2 и 3).

3).

В листах назначения препараты с антихолинергической нагрузкой отсутствовали (суммарный балл «0» по шкале АХН) у 28 пациентов (29%) в 1 группе, у 27 пациентов (18,4%) во 2 группе, у 21 больного (23%) в 3 группе ($p=0,056$ между группами 1 и 2, $p=0,374$ между группами 1 и 3, $p=0,379$ между группами 2 и 3).

Количество пациентов, имеющих общий балл «1» по шкале АХН, в группе 1 составило 37 человек (37%), в группе 2 - 64 человека (43,5%), в группе 3 - 26 человек (28,6%) ($p=0,277$ между группами 1 и 2, $p=0,235$ между группами 1 и 3, $p=0,021$ между группами 2 и 3).

Суммарный балл «2» по шкале АХН наиболее часто встречался в группе 2 (33 пациента, 36%), затем следовали группа 1 - 28 пациентов (28%) и группа 3 - 37 пациентов (25%) ($p=0,194$ между группами 2 и 3, $p=0,653$ между группами 1 и 2, $p=0,429$ между группами 1 и 3).

Количество пациентов с суммарным баллом «3» по шкале АХН в группе 1 составило 8 человек (8%), в группе 2 - 15 человек (10,2%), в группе 3 - 12 человек (13,2%) ($p=0,542$ между группами 1 и 2, $p=0,233$ между группами 1 и 3, $p=0,481$ между группами 2 и 3).

Пациенты с суммарным баллом «4» по шкале АХН в 1 группе 1, в группах 2 и 3 данное количество баллов имелось у 2 пациентов (соответственно, 1,4% и 2,1%, $p>0,05$ между группами).

Среди пациентов с суммарным баллом «1» в 1 и 2 группах из препаратов с антихолинергической активностью чаще всего назначали метопролол (18 человек (18%) и 39 человек (26,5%), соответственно) а также фуросемид (11 человек (11%) и 20 человек (13,6%), соответственно). В 3 группе на первом месте оказался фуросемид (13 человек, 14,2%, далее следовал метопролол (12 человек, 13%).

Во всех группах у пациентов с общим баллом «2» наиболее часто встречалась комбинация метопролола и фуросемида (оба ЛС по 1 баллу по

шкале АХН): в 1 группе – 15 пациентов (15%), во 2 группе - 18 пациентов (12,2%), в 3 группе - 19 пациентов (21%).

У пациентов с суммарным баллом “3” по шкале АХН наиболее частыми сочетаниями препаратов с антихолинергической активностью, являлись в 1 группе комбинация метопролола, фуросемида, изосорбида динитрата и комбинация метопролола, фуросемида, дигоксина (по 3 пациента (3%) для каждой из комбинаций). Во 2 группе наиболее часто встречалась комбинация метопролола, фуросемида и изосорбида динитрата (6 пациентов, 4%). В 3 группе чаще всего (7 пациентов, 7,7%) встречалась комбинация метопролола, фуросемида и изосорбида динитрата.

Выводы: у пациентов с ФП и сопутствующей ХБП, выраженность АХН возрастает с увеличением стадии ХБП. При этом наиболее часто среди препаратов с антихолинергической активностью врачи назначали метопролол, фуросемид, изосорбида динитрат как в монотерапии, так и в комбинации.

ВЛИЯНИЕ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ НА РАЗВИТИЕ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ РЕАКЦИЙ ПРОТИВОВИРУСНЫХ СРЕДСТВ У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19

Шевчук Ю.В.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва

Цель исследования. Оценить влияние сопутствующей лекарственной терапии на развитие нежелательных лекарственных реакций, в частности, значимого повышения печеночных трансаминаз, у пациентов с COVID-19, получающих противовирусную терапию.

Материалы и методы. 62 пациента с диагностированной инфекцией COVID-19 и получающие противовирусную терапию. Все пациенты были разделены на 3 группы в зависимости от получаемых противовирусных

препаратов: группа 1 – фавипиравир (n=22), группа 2 – ремдесивир (n=23), группа 3 – терапия фавипиравиром с последующей заменой на ремдесивир (n=17). Проводилась оценка сопутствующей лекарственной терапии на потенциальные межлекарственные взаимодействия с помощью системы Drug Interaction Checker и на предмет гепатотоксичных свойств. До назначения и в конце противовирусной терапии оценивались уровни аланинаминотрансферазы (АЛТ) и аспартатаминотрансферазы (АСТ), в результате чего каждая группа была разделена на 2 подгруппы – с повышением уровней АЛТ и АСТ на противовирусной терапии и без повышения этих показателей.

Результаты. В 1 группе у 7 (31,82%) пациентов (все женщины, средний возраст 63 ± 9 лет) отмечено повышение уровня АЛТ, у 5 из них – АСТ. Среднее значение потенциально опасных (major) межлекарственных взаимодействий составило 0,71 (n=0-2, встречаемость – 57,14%), потенциальных взаимодействий со средней степенью значимости (moderate) – 3,43 (n=0-13, встречаемость – 71,43%), среднее значение количества потенциально гепатотоксичных препаратов – 2,57 (n=1-4).

Вторая подгруппа – без повышения печеночных трансаминаз – составила 68,18% (53,33% женщины, 46,67% – мужчины, средний возраст 71 ± 10 лет). Среднее значение взаимодействий major – 0,33 (n=0-1, встречаемость – 33,33%), moderate – 3,67 (n=0-15, встречаемость – 60%), среднее значение количества препаратов, потенциально обладающих гепатотоксичностью – 1,87 (n=1-4).

В обеих подгруппах отсутствовали межлекарственные взаимодействия, повышающие риск гепатотоксичности. Во 2 группе у 10 (43,48%) пациентов (женщины – 70%, мужчины – 30%, средний возраст 67 ± 12 лет) отмечалось повышение уровня АЛТ и/или АСТ: 9 пациентов – повышение уровня АЛТ, 6 пациентов – АСТ. Среднее значение межлекарственных взаимодействий major составило 0,8 (n=0-2, встречаемость – 60%), moderate –

3,9 (n=0-13, встречаемость – 80%), среднее значение количества потенциально гепатотоксичных препаратов – 2,7 (n=1-5), межлекарственных взаимодействий, повышающих риск гепатотоксичности – 1,1 (n=0-3, встречаемость – 70%).

Вторая подгруппа составила 56,52% (61,54% женщины, 38,46% – мужчины, средний возраст 60±19 лет). Среднее значение взаимодействий major – 0,62 (n=0-2, встречаемость – 53,85%), moderate – 3 (n=0-11, встречаемость – 69,23%), среднее значение количества потенциально гепатотоксичных препаратов – 2,23 (n=1-4), межлекарственных взаимодействий, повышающих риск гепатотоксичности – 0,69 (n=0-3, встречаемость – 46,15%).

В 3 группе у 6 (35,29%) пациентов (все женщины, средний возраст 63±7 лет) отмечено повышение уровня АЛТ, у 4 из них – АСТ. Среднее значение межлекарственных взаимодействий major – 1,67 (n=0-3, встречаемость – 66,67%), moderate – 7 (n=3-11), среднее значение количества потенциально гепатотоксичных препаратов – 3,5 (n=2-5), межлекарственных взаимодействий, повышающих риск гепатотоксичности – 1,5 (n=0-3, встречаемость – 83,33%). Вторая подгруппа составила 64,71% (54,55% – женщины, 45,45% – мужчины, средний возраст 73±9 лет).

Среднее значение межлекарственных взаимодействий major – 0,82 (n=0-2, встречаемость – 63,64%), moderate – 2,18 (n=0-6, встречаемость – 90,91%), среднее значение количества потенциально гепатотоксичных препаратов – 2 (n=1-3), межлекарственных взаимодействий, повышающих риск гепатотоксичности – 0,55 (n=0-2, встречаемость – 45,45%).

Выводы. Во всех исследуемых группах противовирусная терапия в большинстве случаев не приводила к повышению уровня печеночных трансаминаз. Однако отмечается тенденция к увеличению частоты случаев повышения уровня печеночных трансаминаз в зависимости от количества межлекарственных взаимодействий и одновременно принимаемых

гепатотоксичных препаратов.

МИОПЕРИКАРДИТ И COVID-19. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Шевчук Ю.В., Кирова А.Г.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва

Введение. Имеются данные о том, что вирус COVID-19 может вызывать поражение сердечно-сосудистой системы, вызывая перикардиты и миокардиты.

Клинический случай. Пациентка 38 лет поступила в ГБУЗ ГКБ им. С.С. Юдина ДЗМ. В анамнезе заболевания: за 6 дней до госпитализации отметила диффузные боли в мышцах по всему телу, проведённый курс массажа положительного эффекта не дал. В связи с сохранением болевого синдрома, присоединением болей в позвоночнике, усиливающихся на вдохе, нарастающей слабостью, появлением отёков на ногах была госпитализирована.

При обследовании: в общем анализе крови лейкоциты – $16,2 \cdot 10^9/\text{л}$, нейтрофилы – $13,9 \cdot 10^9/\text{л}$, другие показатели – в пределах нормальных значений; в биохимическом анализе крови – уровень С-реактивного белка (СРБ) 177,54 мг/л, D-димера – 2268,0 нг/мл, тропонина I – 309,100 пг/мл (норма 8,400 - 18,300), в динамике через 4 часа - 281,700 пг/мл, прокальцитонин – в норме. Результат исследования на рибонуклеиновую кислоту (РНК) COVID-19 методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) отрицательный. Определение антител IgG к SARS-CoV-2–31.82 (<10), IgM – 00.28 (<2). Электрокардиография: синусовая тахикардия, нормальное положение электрической оси сердца, элевация сегмента ST во всех отведениях, депрессия PQ до 1 мм в I, II, aVF, V4-V6. Компьютерная томография органов грудной клетки (КТ ОГК) – двусторонний малый гидроторакс с наличием

гиповентиляционных, дисаэлектатических изменений на фоне застоя в малом круге кровообращения, КТ-признаки начальных проявлений интерстициального отека легких, гидроперикард. Результаты эхокардиографии: стенки аорты утолщены, гипокинезия среднего нижнего, базального нижнего сегментов левого желудочка (ЛЖ), глобальная сократимость миокарда ЛЖ умеренно снижена, расширение полости левого предсердия, разделение листков перикарда за задней стенкой ЛЖ – 0,4 см, за боковой стенкой ЛЖ – 0,4 см, за передней стенкой правого желудочка – 0,4 см. Допплеровский анализ: митральная регургитация 1-2 степени (ст.), трикуспидальная регургитация 1-2 ст., легочная регургитация 1 ст., систолическое давление легочной артерии 33,0 мм рт. ст. Коронароангиография – в пределах нормы. Микробиологическое исследование крови на стерильность – без роста. Магнитно-резонансная томография сердца с контрастированием: признаки миоперикардита.

Учитывая клинико-лабораторные и инструментальные данные, установлен диагноз: острый миоперикардит, осложнённый недостаточностью кровообращения 2Б стадии, 3 функциональный класс. Проводилась противовоспалительная, диуретическая и эмпирическая антибактериальная терапия.

В результате терапии отмечено снижение уровня СРБ до 94,68 мг/л, лейкоцитов до $11,1 \cdot 10^9$ /л, нейтрофилов до $9,3 \cdot 10^9$ /л, снижение выраженности проявлений сердечной недостаточности. Однако пациентка стала отмечать эпизоды гипертермии до $37,4-38,5^\circ\text{C}$, в связи с чем было проведено повторное исследование на РНК COVID-19 методом ПЦР, результат – положительный, по данным КТ ОГК в динамике инфильтративных и очаговых изменений не выявлено.

Ввиду этого пациентка была переведена в ГБУЗ ГKB №15 им. О.М. Филатова ДЗМ с диагнозом: новая коронавирусная инфекция COVID-19. При поступлении отмечалась лихорадка до $37,7^\circ\text{C}$, кашель, одышка. Общий

анализ крови – норма, СРБ – 95,13 мг/л. Определение антител IgG к SARS-CoV-2–43.33 (<10), IgM – 00.56 (<2). Данные эхокардиографии: камеры сердца не расширены, локальная сократимость ЛЖ не нарушена, глобальная насосная функция ЛЖ не снижена, диастолическая функция ЛЖ не нарушена, митральная недостаточность 1 ст., трикуспидальная недостаточность 1 ст., гидроперикард от незначительного до умеренного.

Была продолжена проводимая терапия, назначена противовирусная, антикоагулянтная и муколитическая терапия. На фоне проводимой терапии отмечалась положительная динамика: нормализация температуры тела, лабораторных показателей, по данным эхокардиографии – уменьшение расхождения листков перикарда. Повторное исследование на РНК COVID-19 методом ПЦР, результат – отрицательный. Вследствие чего пациентка была выписана на амбулаторный этап лечения.

Заключение. В данном случае манифестация миоперикардита «маскировалась» миалгией в различных группах мышц, болями в позвоночнике, впоследствии было выявлено инфицирование вирусом SARS-CoV-2. Учитывая тропность этого вируса к рецепторам ангиотензинпревращающего фермента 2, он может обуславливать развитие данного заболевания.

ОСТРЫЕ НЕЙРОИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ Г. НОВОКУЗНЕЦКА В ПЕРИОД 2013-2017 ГГ.

Шеметов А.В., Сергеенко Г.М.

НГИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Новокузнецк;

ГБУЗ КДКБ им. проф. Ю.Е. Малаховского, Новокузнецк

Введение: Острые нейроинфекции (НИ) полиморфная группа заболеваний, включают в себя множество различных форм, связанных с

повреждением ЦНС микробными агентами (прионы, вирусы, бактерии, грибы, простейшие) и сопровождаются воспалительной реакцией со стороны оболочек, сосудов и нервных клеток мозга.

В зависимости от локализации подразделяют на энцефалиты (поражение собственно паренхимы головного мозга), менингиты (поражение мозговых оболочек), миелиты (поражение тканей спинного мозга). В общей НИ составляют 3–5%, однако тяжесть поражения и частота инвалидизирующих проявлений обуславливают актуальность их изучения.

Пациенты и методы: Было проанализировано 146 историй болезней пациентов в возрасте 1 месяц – 17 лет, госпитализированных в Городскую детскую клиническую больницу №4 г. Новокузнецка в период 2013-2017гг., с воспалительными заболеваниями ЦНС. Сбор материала производился в программе Microsoft Office Excel 2007®, статистический анализ производился в STATISTICA 10®.

Общее число вирусных НФ составило 80%(n=117), из них энтеровирусным менингитом представлены 77% (n=90), энцефалитами около 2%(n=3), бактериальные гнойные менингиты составляют почти 18% (n=26), туберкулезный менингит 2%(n=3). В 20% случаев НФ с серозным характером (n=120) и в 46,1% с гнойным характером (n=26) изменений в спинномозговой жидкости (СМЖ), этиология так и не была выяснена.

В структуре гнойного менингита с верифицированным возбудителем заболевания преобладали *N.Meningitidis* (n=7), *H.influenzae* (n=3), *S.pneumoniae* и *S.agalactiae* по 2 случая. В возрастных категориях также выявлена тенденция к повышению возраста детей, переносящих НИ. Так возрастная группа 2мес-1год составила 14,4% (n=21), 1-3 года 13,7% (n=20), более 3 лет 71,9% (n=105). Доля детей младше 3 лет с бактериальным гнойным менингитом (БГМ) составила 73,1% (n=19).

Выводы: 1. У детей в структуре НИ преобладают менингиты.

2. По этиологической верификации нейроинфекций свидетельствует о

преобладающей роли вирусных агентов в развитии нейроинфекций по сравнению с бактериальными и иными возбудителями

3. Среди вирусов преобладают энтеровирусы, а среди бактерий – менингококки.

4. В группе БГМ преобладали менингиты менингококковой этиологии и 73% случаев имели место у детей в возрасте до 3 лет.

ПОЗДНЯЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ НОВОРОЖДЕННЫХ

Шеметов А.В., Сергеенко Г.М.

НГИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Новокузнецк;

ГБУЗ КДКБ им. проф. Ю.Е. Малаховского, Новокузнецк

Введение: Геморрагическая болезнь новорожденных (ГрБН) – заболевание, характеризующееся возникновением кровотечений, вызванных дефицитом витамин К зависимых факторов свертывания (II, V, VII, IX, X). В зависимости от возраста ребенка, выделяют раннюю (0–24 часа), классическую (1–7 дни жизни) и позднюю (1 неделя - 6 месяцев) формы.

Обязательная профилактика дефицита витамина К, позволила снизить частоту классической и поздней форм ГрБН в развитых странах менее 0,02:100000, без профилактики показатель колеблется от 4,4 до 7,2 на 100 000 родов. Критериями постановки диагноза ГрБН являются удлинение протромбинового времени и АЧТВ при нормальном тромбиновом времени, снижение ПТИ, повышение МНО и, как правило, нормальный уровень фибриногена и количества тромбоцитов, повышенная концентрация PIVKA II (> 10 нг / мл).

Цель: обобщение данных собственных наблюдений поздней геморрагической болезни новорожденных.

Пациенты и методы: В нашей работе рассмотрены 12 случаев поздней

ГрБН, проходивших лечение в КДКБ г. Новокузнецка в период 2013-2017 гг. Сбор материала производился в программе Microsoft Office Excel 2007®, статистический анализ производился в STATISTICA 10®.

Общее число живорождений по г.Новокузнецку в отчетный период составил 36222, таким образом заболеваемость поздней ГрБН в г Новокузнецк был существенно выше составила 33,1 на 100000 родов.

Все дети находились исключительно на грудном вскармливании. На сроке гестации 36 недель путем кесарева сечения родился 1 ребенок, остальные роды были срочными (из них 2 путем кесарева сечения).. Викасол в роддоме вводился двум детям из 12, в одном случае документирован отказ матери от проведения профилактики викасолом. Средний возраст детей при поступлении составил 34,4 дней (min 19, max 44), средняя масса тела при рождении у данной группы детей была 3121,6 г., а при поступлении - 3973,5 г., таким образом средняя прибавка в массе составила 851,9 г. У 9 детей производилось измерение уровня билирубина и в 7 случаях документирована гипоконъюгационная желтуха со средним уровнем общего билирубина 108,5(Ме 100,6) мкмоль/л и прямой фракции 41,7(Ме 34,0) мкмоль/л.

Остальные лабораторные данные при поступлении представлены следующим образом. АЧТВ (в секундах) среднее 102,9 (Ме 120,0); ПТВ (в секундах) среднее 93,4 (Ме 120,0); ПТИ (%)среднее 14,4 (Ме 0,0); МНО среднее 4,0 (Ме 4,0); Тромбиновое время (в секундах) среднее 100,7 (Ме 120,00), Лейкоциты (10^9 /л) среднее 15,03 (Ме 13,7), Гемоглобин (г/л) среднее 100,6 (Ме 103,5), Эритроциты (10^{12} /л) среднее 3,12 (Ме 3,22), Тромбоциты (10^9 /л) среднее 391,5 (Ме 368,0).

Из 12 представленных пациентов у 3 была кровоточивость из мест инъекций и заборов крови, у одного - кровотечение из пуповинной раны, у 2 - кишечное кровотечение (мелена). У 6 детей, при поступлении, документированы внутричерепные кровоизлияния (ВЧК) (3 субдуральных гематомы и 3 субарахноидальных кровоизлияния). Трем детям в связи с

большим объемом ВЧК и развитием дислокационного синдрома потребовалось экстренное нейрохирургическое вмешательство. Дети с ВЧК находились на длительной ИВЛ, 3 из 6 детей в исходе заболевания имели тяжелый неврологический дефицит с инвалидизацией.

Выводы:

1. Общая заболеваемость поздней формой ГрБН по г.Новокузнецку за период 2013–2017 гг., значительно превышала общемировой уровень. Данный факт требует более углубленного изучения.

2. К группе наибольшего риска развития поздней ГрБН относятся здоровые новорожденные, находящиеся на грудном вскармливании, имеющие высокие ежемесячные прибавки массы тела, гипоконъюгационную желтуху с явлениями холестаза в периоде новорожденности.

3. Низкий уровень информирования населения о преимуществах профилактики дефицита витамина К и настороженность родовспомогательных и амбулаторных медицинских служб, кратно увеличивает риски возникновения ГрБН.

4. Появление доступных энтеральных/парентеральных форм витамина К1, включение в стандарт ухода за новорожденными обязательной профилактики ГрБН позволяет практически полностью (0–0,01 на 100000 родов) исключить возникновение заболевания.

ТЕЧЕНИЕ И ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19 ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Шумкова П.В.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва

Родильный дом № 20 ГБУЗ ГКБ им. Д.Д. Плетнёва ДЗМ, Москва

Актуальность. С начала пандемии в Российской Федерации

официально было зарегистрировано более 17000000 случаев заболевания новой коронавирусной инфекцией. Доказано, что заболеваемость у беременных COVID-19 выше, чем в популяции за счет изменения иммунного статуса и повышения восприимчивости к вирусам и бактериям.

Цель. Провести анализ течения беременности, родов, перинатальных исходов у женщин, перенесших новую коронавирусную инфекцию на разных сроках гестации.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный и проспективный анализ 76 случаев заболевания новой коронавирусной инфекции во время беременности в сроках 4–37 недель гестации.

Полученные результаты. Женщины были разделены на группы: 26,3% (n=20) перенесли Covid-19 в первом триместре беременности, 38,2% (n=29) во втором, 35,5% (n=27) в третьем. В первой и третьей группе 4 женщины были вакцинированы вакциной «ГАМ-Ковид вак» во время беременности, во второй одна. 80% из них перенесли Covid-19 в легкой форме, одна женщина была госпитализирована с двухсторонней пневмонией и получала лечение в условиях стационара. Угроза выкидыша в 1 триместре была диагностирована у 29% женщин. Беременность осложнилась нарушением маточно-плацентарного кровотока у 51,7% женщин во 2-й группе, у 33,3% в 3-й. В первой и третьей группах роды у всех женщин произошли в срок, во второй группе у 6,8% (n=2) произошли преждевременные роды на сроке 36 недель. Наиболее частыми осложнениями в родах стали: преждевременный разрыв плодных оболочек (ПРПО) и дистресс плода в 1 группе – 15% и 5%, во 2 – 20,6% и 3,4%, в 3- 11,1% и 11,1% соответственно.

Выводы. Почти в половине случаев беременность у женщин, перенесших новую коронавирусную инфекцию, сопровождалась нарушением маточно-плацентарного кровотока. Подавляющее число родов были своевременными. ПРПО наиболее часто наблюдался у женщин, переболевших во втором триместре беременности, дистресс плода – в третьем.

ХIII Конференция молодых ученых
с международным участием
«ТРАНСЛЯЦИОННАЯ МЕДИЦИНА:
ВОЗМОЖНОЕ И РЕАЛЬНОЕ»
Материалы конференции

Подписано в печать_23.05.2022
Заказ № 94

Формат 60x80¹/₁₆
Печ. л. 18,75

Российская медицинская академия непрерывного
профессионального образования
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России
ул. Баррикадная, д. 2/1, стр. 1, Москва, 125993
Электронный адрес www.rmapo.ru
E-mail: rmapo@rmapo.ru



Москва, 2022