

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

**VIII Конференция молодых ученых РМАНПО
с международным участием
«ГОРИЗОНТЫ МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ»**

Материалы конференции

Том II

Москва

2017

УДК 61.001-06.053

ББК 72ж

К 652

VIII Конференция молодых ученых РМАНПО с международным участием «Горизонты медицинской науки»: сборник материалов конференции; ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования». М.: ФГБОУ ДПО РМАНПО, 2017. Т. II. 322 с. ISBN 978-5-7249-2688-1

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 61.001-06.053

ББК 72ж

ISBN 978-5-7249-2688-1

© Российская медицинская академия
непрерывного профессионального
образования, 2017

Оглавление

1.	Мадрахимов Ж.М. ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С НЕАЛКОГОЛЬНЫМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ И ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА	24
2.	Майорская А.С. АНАЛИЗ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ ЗАТРАТАМИ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ	25
3.	Максумова Н.В. ВЫЯВЛЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ВЕТЕРАНОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ	27
4.	Макшиев А.Э. ПРИМЕНЕНИЕ ENDOCLOT В СОСТАВЕ КОМБИНИРОВАННОГО ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ	29
5.	Мартыненко А.С., Торопова А.Е. ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	31
6.	Мединская К.А., Коростелёва А.С. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА	34
7.	Мелкумян Э.Х. НОВЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ПРОФЕССИИ	36
8.	Миннигулов Р.М. РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ТАКТИКИ НАЗНАЧЕНИЯ АНТИКОАГУЛЯНТОВ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ	

	ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КОЛЕННОГО И ТАЗобедренного суставов	38
9.	Мишустин В.А. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ УВЕИТОВ	40
10.	Мордвинова Е.В., Козлова Н.С. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭРИТРОЦИТОВ И РЕОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА КРОВИ У БОЛЬНЫХ ИСТИННОЙ ПОЛИЦИТЕМИЕЙ	43
11.	Морозов А.М. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ БАКТЕРИОФАГОВ В УСЛОВИЯХ ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ	45
12.	Мугинова А.И., Чиброва В.Ю. ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА В ВОЗРАСТЕ ДО 1 ГОДА	47
13.	Мукашева Т.Ж., Калелов Ж.С. БОЛЕЗНЬ ПАРКИНСОНА: КОГНИТИВНЫЕ И НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ	49
14.	Мурадова Л.Ш., Муксинова М.Д., Желтоухова М.О. НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ДИАГНОЗОВ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА, ПОСТУПАЮЩИХ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ: ОПЫТ РАБОТЫ ЗА 2016 ГОД РЕГИОНАРНОГО СОСУДИСТОГО ЦЕНТРА ГКБ № 1 ИМЕНИ Н.И. ПИРОГОВА	50
15.	Муратов А.А. НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕОРГАННЫХ ЗАБРЮШИННЫХ ОПУХОЛЕЙ С	

	ВОВЛЕЧЕНИЕМ ПОЧКИ	52
16.	Мушина О.В. ДЕКОМПРЕССИЯ ЛОКТЕВОГО НЕРВА В ОБЛАСТИ КУБИТАЛЬНОГО КАНАЛА С ПРИМЕНЕНИЕМ ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА	54
17.	Мушьян И.А. СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ АНКЕТИРОВАНИЯ ПО ОПРОСНИКУ «ИНДЕКС СИМПТОМОВ РЕФЛЮКСА» И ГАСТРОСКОПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПОТОНУСНОЙ ДИСФОНИЕЙ	56
18.	Нагиева И.Э. НАУЧНАЯ И ПРАКТИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПРОФЕССОРА А.И. ДОЙНИКОВА В ДЕВЯНОСТЫЕ ГОДЫ ДВАДЦАТОГО ВЕКА	58
19.	Нам Ю.А. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ХНВ ПРИ МИОПИИ И ВОЗРАСТНОЙ МАКУЛЯРНОЙ ДЕГЕНЕРАЦИИ. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ	60
20.	Ненахова Ю.Н. РАННЯЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ НЕОАДЬЮВАНТНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ СО II- III СТАДИЯМИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	62
21.	Никитенко П.С. ВЛИЯНИЕ ВОЗРАСТА НА ВОССТАНОВЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНСУЛЬТА	64
22.	Николаева Е.А. СОСТОЯНИЕ СКОРОСТНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ КУРСА НАЗЕМНОЙ ГАЛО- И	

	СПЕЛЕОТЕРАПИИ	66
23.	Нямцу А.М. РАЗВИТИЕ МЕДИЦИНСКОЙ СТАТИСТИКИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ	68
24.	Облогина И.С. НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТА С АУТОИММУННЫМ ПОЛИЭНДОКРИННЫМ СИНДРОМОМ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	69
25.	Овсянко А.А. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕЖИМОВ СКАНИРУЮЩЕГО ЛАЗЕРНОГО ОФТАЛЬМОСКОПА ДЛЯ ВИЗУАЛИЗАЦИИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ГЛАЗНОГО ДНА	72
26.	Овчинников Д.А., Воробьев Е.А. ВЗАИМОСВЯЗЬ АКТИВНОСТИ МАТРИКСНЫХ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗ 2, 9 И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО КОГНИТИВНОГО ДЕФИЦИТА У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ АКШ	74
27.	Оганесян Д.Х. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ, ВЫЗВАННАЯ ДЕЙСТВИЕМ КОБАЛЬТА И ЦИНКА	76
28.	Огнева Л.Г. ОСОБЕННОСТИ НЕЙРО-ГУМОРАЛЬНЫХ МЕХАНИЗМОВ АДАПТАЦИИ У СТУДЕНТОВ К УЧЕБНОЙ НАГРУЗКЕ	78
29.	Оленина К.С. АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОРСЕТОТЕРАПИИ ПРИ СКОЛИОТИЧЕСКОЙ ДЕФОРМАЦИИ ПОЗВОНОЧНИКА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	80
30.	Омарова С.М. ХРОНИЧЕСКАЯ СТИМУЛЯЦИЯ СУБТАЛАМИЧЕСКОГО ЯДРА И ДОФАМИНОВЫЙ ДИЗРЕГУЛЯЦИОННЫЙ	

	СИНДРОМ ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА	82
31.	Османова Э.Р. РОЛЬ ГЕНА <i>VEGFA</i> В РАЗВИТИИ ВЛАЖНОЙ ФОРМЫ ВОЗРАСТНОЙ МАКУЛЯРНОЙ ДЕГЕНЕРАЦИИ	84
32.	Павликова О.А. ПРЕДИКТОРЫ ДОСТИЖЕНИЯ ПОЛНОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО ПАТОМОРФОЗА У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ПОЛУЧАЮЩИХ ПРЕДОПЕРАЦИОННУЮ ХИМИОТЕРАПИЮ	86
33.	Парусов А.И. СИНДРОМ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ – ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ ЦИТОХРОМА CYP2D6 НА ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ПРОПРАНОЛОЛА	89
34.	Перелыгина С.А., Егоршина Д.А. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ УЧАСТКОВЫХ ПЕДИАТРОВ С ДИСПАНСЕРНОЙ ГРУППОЙ ДЕТЕЙ (НА ПРИМЕРЕ БОЛЬНЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ)	91
35.	Пешков Г.К. ПРЕДИКТОРЫ ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ	92
36.	Писарева А. А., Бродин Д.В. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГИДРОЛИЗАТА ПЛАЦЕНТЫ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ ПОБОЧНЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ БОТУЛИНОТЕРАПИИ	94
37.	Полуэктов Ю.М., Александров Н.С., Авраамова С.Т. ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ РАМАН- ФЛУОРЕСЦЕНТНОЙ СПЕКТРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ	98

38. Поляков А.В.
МАЛОТРАВМАТИЧНЫЙ СПОСОБ ДОСТУПА ПРИ
АНЕВРИЗМАХ ВИЛЛИЗИЕВА КРУГА И ОБЪЕМНЫХ
ОБРАЗОВАНИЯХ ПЕРЕДНЕЙ И СРЕДНЕЙ ЧЕРЕПНЫХ
ЯМОК ЧЕРЕЗ ВЕРХНЕЕ ВЕКО 99
39. Потемкин И.А.
ЦИРКУЛЯЦИЯ ВИРУСА ГЕПАТИТА Е НА ТЕРРИТОРИИ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ 101
40. Привалова Н.И.
РЕАБИЛИТАЦИЯ МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ С СИНДРОМОМ
РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА 103
41. Прийма Е.Н.
ОБОСНОВАНИЕ РАЦИОНАЛЬНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ
ПРОТИВОВИРУСНЫХ СРЕДСТВ В ТЕРАПИИ ОСТРОГО
ГЕПАТИТА В 105
42. Прилуцкая С.Г.
ВЛИЯНИЕ ФАКТОРА БЕСПЛОДИЯ НА ТЕЧЕНИЕ
БЕРЕМЕННОСТИ, НАСТУПИВШЕЙ В РЕЗУЛЬТАТЕ
ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ 107
43. Пулатов Н.Н.
АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ
ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ 110
44. Пятайкина Е.И.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ШЕСТИВИНТОВОЙ
ТРАНСПЕДИКУЛЯРНОЙ СИСТЕМЫ ФИКСАЦИИ
ПРИ МНОГОУРОВНЕВЫХ ДЕГЕНЕРАТИВНО-
ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЗВОНОЧНИКА 111
45. Раупов Р.К.
МНЕНИЕ ВРАЧЕЙ О КАЧЕСТВЕ СТАЦИОНАРНОЙ

	МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА НЕЕ	113
46.	Рахматуллаева М.М. ЗНАЧИМОСТЬ УРОВНЕЙ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА	115
47.	Резницкий П.А. ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ДИВЕРТИКУЛЕЗА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ	117
48.	Рзянина А.А. БУЛЛЕЗНЫЙ ПЕМФИГОИД (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)	119
49.	Ригин Н.В., Мо Цзяньлиуань ПЕРЕХОДНАЯ МЕТАТАРЗАЛГИЯ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ МЕТАТАРЗАЛГИИ	121
50.	Рогова О. С. ЧАСТОТА И СТРУКТУРА ЗОБА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЙОДДЕФИЦИТНОМ РЕГИОНЕ	123
51.	Рождественский В.А. ИННОВАЦИОННЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ ИНСУЛЬТА	125
52.	Романова М.Ю. ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ У ЖЕНЩИН СО СЛАБОСТЬЮ РОДОВЫХ СИЛ, КОРРИГИРОВАННОЙ ОКСИТОЦИНОМ	127
53.	Романчук Н.П., Коровина Е.С. ПОЛИСОМНОГРАФИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ФОТОАКТИВАЦИИ ЦИРКАДИАННОЙ СИСТЕМЫ	129

54. Рудяк Е.А.
ВЛИЯНИЕ ГИПЕРГЛИКЕМИИ И ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ
НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ
МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ
БОЛЕЗНИ СРЕДИ АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ 131
55. Рыжикова К.А., Смирнов В.В., Созаева Ж.А.
ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА *CYP2C19*17* НА АГРЕГАЦИЮ
ТРОМБОЦИТОВ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ
СИНДРОМОМ, ПЕРЕНЕСШИХ ЧРЕСКОЖНОЕ КОРОНАРНОЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВО 133
56. Рыжикова М.Н., Тризна Е.Ю., Хабибрахманова А.М.
ИДЕНТИФИКАЦИЯ МОЛЕКУЛЯРНЫХ МИШЕНЕЙ
СУЛЬФОНИЛЬНОГО ПРОИЗВОДНОГО 2(5*H*)-ФУРАНОНА В
КЛЕТКАХ БАКТЕРИЙ 135
57. Рыткин Э.И., Рыжикова К.А., Созаева Ж.А.
ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНОВ *CYP2C19*,
ABCB1, *CYP3A5* И АКТИВНОСТИ ИЗОФЕРМЕНТА *CYP3A4*
НА ОСЛОЖНЕНИЯ ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО
ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ
КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ 137
58. Савостьянов И.В., Данильченко И.Ю.
ПОПЕРЕЧНАЯ ЛАПАРОТОМИЯ, КАК АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ
ОПЕРАТИВНЫЙ ДОСТУП ПРИ ЭКСТРЕННОЙ ПАТОЛОГИИ
ТОЛСТОЙ КИШКИ 139
59. Садова Н.В., Астафьев В.В., Скачкова Т.С., Смирнова В.С.
СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ РАННЕЙ
ВЕРИФИКАЦИИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ *STREPTOCOCCUS*
AGALACTIAE ИНФЕКЦИИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ 141

60.	Садыкова Э.Б. СООБЩЕНИЯ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ В СЕТИ ИНТЕРНЕТ В КАЧЕСТВЕ ИСТОЧНИКА ИНФОРМАЦИИ О НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ЭФФЕКТАХ ЛЕКАРСТВ	144
61.	Саламов Р.З, Созиева А.К. АПЛИКАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОБШИРНОЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ РАНОЙ	146
62.	Санникова Е.С. СТРУКТУРА НАРУШЕНИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЛА	148
63.	Саргсян А.Х. ПСИХОТЕРАПИЯ АЛКОГОЛИЗМА У ПАЦИЕНТОВ С ХАРАКТЕРНЫМИ ЧЕРТАМИ «НОВЕЙШЕЙ» СОЦИАЛЬНОЙ ЭПОХИ	150
64.	Сахаров В.Н. ПРОБЛЕМНЫЕ МОМЕНТЫ БИОЭТИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ, СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ МОДИФИКАЦИЕЙ ГЕНОМА КЛЕТОК	152
65.	Сергеева М.И. СРАВНЕНИЕ УРОВНЯ АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ ГЛАЗНОЙ ПОВЕРХНОСТИ ДО И ПОСЛЕ ПЕРВИЧНОЙ И ПОВТОРНОЙ ОПЕРАЦИИ ЛАЗИК	154
66.	Сеурко К.И., Коротков Д.А. КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ НИЖНЕЙ БРЫЖЕЕЧНОЙ АРТЕРИИ	156
67.	Сецко М.А. МИНЕРАЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ КОСТНОЙ ТКАНИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	158

68. Сидлецкая К.А.
ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ:
ОСОБЕННОСТИ Т-КЛЕТОЧНОГО ОТВЕТА И
ЦИТОКИНОВОЙ РЕГУЛЯЦИИ 160
69. Сидоренко Д.Р.
НАРУШЕНИЯ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО И
МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКИМ
АДЕНОИДИТОМ 162
70. Сидукова О.Л.
ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ДЕТЕЙ
ЛЕТНЕГО ОЗДОРОВИТЕЛЬНОГО ЛАГЕРЯ 163
71. Скалкина О.В.
ДИАГНОСТИКА АСИММЕТРИИ ЧЕРЕПА МЕТОДОМ
ТРЕХМЕРНОЙ СИММЕТРОСКОПИИ 166
72. Соколик Е.П.
КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ЭНЕРГОМОДУЛИРУЮЩЕГО
ДЕЙСТВИЯ НЕЙРОПЕПТИДНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ
ФОРМИРОВАНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ
ИНТОКСИКАЦИИ 167
73. Соколова В.В.
НЕКОТОРЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ
ИНФОРМИРОВАННОСТИ РОДИТЕЛЕЙ О ПРАВАХ
РЕБЕНКА В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ 169
74. Соколов А.А.
ОПТИМИЗАЦИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В
УРОЛОГИИ 171
75. Соколов А.В., Рыкалина Е.Б.
ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ

	ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ В СТАЦИОНАРЕ	173
76.	Сомов А.Н. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ	175
77.	Сошина М.М., Лопарева А.Е. ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ГЛАУКОМЫ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ	177
78.	Стрежнева Д.А. ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ И МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОРАЖЕНИЙ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА НА ФОНЕ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ АНТИТРОМБОЦИТАРНОЙ ТЕРАПИИ	180
79.	Стулова А.Н., Аливердиева М.А. БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КРОВИ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМОЙ	182
80.	Сударкина А.В. ВОЗМОЖНОСТИ МАГНИТО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ С ПОЛУЧЕНИЕМ ДИФФУЗИОННО-ВЗВЕШЕННЫХ ИЗОБРАЖЕНИЙ В ВИЗУАЛИЗАЦИИ ИНТРАТОРАКАЛЬНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ	184
81.	Сухорукова Н.А., Боков Р.О. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТОВ С НООТРОПНОЙ АКТИВНОСТЬЮ В НОВОЙ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ МОДЕЛИ «СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ»	186

82. Сушкова О.С.
ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ КОМПРЕССИОННОЙ
ЭЛАСТОГРАФИИ В РАННЕМ ПРОГНОЗИРОВАНИИ
ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ 188
83. Таджибова И.М.
ХИМИОЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ
МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫМ И РЕЦИДИВНЫМ РАКОМ
ПРЯМОЙ КИШКИ 189
84. Тарабрина О.В.
СОСТОЯНИЕ ФАКТОРОВ СИСТЕМНОГО И МЕСТНОГО
ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ СЕЗОННЫМ
АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ 191
85. Таратынова А.И.
КЛИНИЧЕСКИЕ ЧЕРТЫ РОЗАЦЕА У ЖЕНЩИН
РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА 193
86. Темирбулатов И.И., Иващенко Д.В.
ОЦЕНКА ДИНАМИКИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНОЙ
СИМПТОМАТИКИ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ
ОТМЕНЫ АЛКОГОЛЯ, ПРИНИМАЮЩИХ ФЕНАЗЕПАМ, В
ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛИМОРФНОГО ВАРИАНТА ГЕНА
CYP3A5 195
87. Терещенко М. А.
НЕИНВАЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ ИНФАНТИЛЬНЫХ
ГЕМАНГИОМ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ 197
88. Терещенко О.В., Крюков А.В.
ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ
НОВЫХ ОРАЛЬНЫХ АНТИКОАГУЛЯНТОВ 199

89.	Тимошок В.Л. НОРМАЛИЗАЦИЯ СОКРАТИМОСТИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА НА ФОНЕ СМЕНЫ КАРДИОСТИМУЛЯЦИИ НА ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВУЮ У ДЕТЕЙ	201
90.	Титов О.Ю. ПЕРЕХОДНЫЕ ИЗВИЛИНЫ: ВОЗРОЖДЕНИЕ ЗАБЫТОГО НЕЙРОАТОМИЧЕСКОГО КОНЦЕПТА	202
91.	Топурия Г., Абдулаев М.А., Топузов Э.Г., Авдеев А.М. ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВНЫХ ПАХОВЫХ ГРЫЖ У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ	204
92.	Троицкий В.И. ВЫСЕВ <i>S.AUREUS</i> С ПОВЕРХНОСТИ МЕСТНОГО ОЧАГА ВОСПАЛЕНИЯ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ПРИСУТСТВИИ MRSA У БОЛЬНЫХ РОЖЕЙ В ГЛУБИНЕ ОЧАГА ВОСПАЛЕНИЯ	206
93.	Трофимова А.Г. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ, ПОЛУЧАЮЩИХ ЗАМЕСТИТЕЛЬНУЮ ПОЧЕЧНУЮ ТЕРАПИЮ МЕТОДОМ ГЕМОДИАЛИЗА	208
94.	Трошин В.В., Цыганов А.С. ВЛИЯНИЕ ВНУТРИБРЮШНОГО ДАВЛЕНИЯ НА ЦИРКУЛЯЦИЮ ГРАМОТРИЦАТЕЛЬНОЙ МИКРОФЛОРЫ И РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ПРЕСЕПТИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ (ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)	210
95.	Трощенко Ю.С. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ЭПИЛЕПСИИ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ	212
96.	Ульянова Е.Д. ОСОБЕННОСТИ ОБЩЕНИЯ С ОНКОБОЛЬНЫМ РЕБЕНКОМ	213

97. Умаров Д.А.
МЕТОД ДИКСА-ХОЛЛПАЙКА В ДИАГНОСТИКЕ
ДОБРОКАЧЕСТВЕННОГО ПАРАКСИЗМАЛЬНОГО
ПОЗИЦИОННОГО ГОЛОВОКРУЖЕНИЯ 217
98. Умбетов Е.А., Махамбеткул А.К.
АНАЛИЗ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПО ПОВОДУ
ДИСПЛАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА 219
99. Усова Е.Н.
УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ КАЧЕСТВОМ ОКАЗАНИЯ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ КАК ФАКТОР СОЦИАЛЬНОГО
САМОЧУВСТВИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ
ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С 221
100. Учаева О.Н.
ВЗГЛЯД КЛИНИЦИСТА НА ПРОБЛЕМУ ДИАГНОСТИКИ
КРАСНУХИ У БЕРЕМЕННЫХ 223
101. Фалеева Т.Г.
ИССЛЕДОВАНИЕ КОЛИЧЕСТВА ДНК В ПОТОЖИРОВОМ
ВЕЩЕСТВЕ, ОСТАВЛЕННОМ ЧЕЛОВЕКОМ НА
ПОВЕРХНОСТИ ОБЪЕКТОВ ИЗ ИСКУССТВЕННОЙ КОЖИ 225
102. Федоринов Д.С.
СРАВНЕНИЕ ЧАСТОТЫ НОСИТЕЛЬСТВА АЛЛЕЛЬНЫХ
ВАРИАНТОВ CYP2C19*2, CYP2C19*3,
АССОЦИИРОВАННЫХ С РАЗВИТИЕМ РЕЗИСТЕНТНОСТИ К
КЛОПИДОГРЕЛУ, У ПАЦИЕНТОВ С ОКС РУССКОЙ И
ЯКУТСКОЙ ЭТНИЧЕСКИХ ГРУПП 227
103. Федорова М.С.
ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ МЕР НА
СТАДИИ ПРОЕКТИРОВАНИЯ 229

104. Фидаров А.Ф., Зурина И.М.
СОЗДАНИЕ БИОИНЖЕНЕРНОЙ КОНСТРУКЦИИ НА
ОСНОВЕ 3D КЛЕТОЧНОЙ КУЛЬТУРЫ 231
105. Филин И.А.
СЛУЧАЙ ГЕРПЕС-АССОЦИИРОВАННОГО
МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТА
С РАЗВИТИЕМ ВНУТРИБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ 233
106. Фимушкина Н.Ю.
МИКРОХИРУРГИЧЕСКАЯ ГЕТЕРОТОПИЧЕСКАЯ
АУТОТРАНСПЛАНТАЦИЯ ЦЕЛЬНОГО ЯИЧНИКА:
КОНЦЕПЦИЯ ВНЕДРЕНИЯ ТЕХНОЛОГИИ В
КЛИНИЧЕСКУЮ ПРАКТИКУ 235
107. Фомина Р.В.
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ
СЕЛЕЗЕНКИ В УСЛОВИЯХ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ 237
108. Фоса Д.А.
ОПТИМИЗАЦИЯ МУЛЬТИМОДАЛЬНОГО
ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ЦИЛИНДРИЧЕСКОЙ
ЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ МЕТАПЛАЗИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ
ПИЩЕВОДА 239
109. Хацукова Б.Н.
СИНДРОМ СУХОГО ГЛАЗА ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ
ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ В И С 242
110. Хведелидзе М.Г. Харбедия Ш.Д.
НЕКОТОРЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА
СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КОЖИ И ПОДКОЖНОЙ КЛЕТЧАТКИ 244
111. Хомова Н.А., Султанов С.А.
АССОЦИАЦИИ ГЕНЕТИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ С

- ВОЗНИКНОВЕНИЕМ КАЗЕОЗНОЙ ПНЕВМОНИИ У
БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ 246
112. Хуснутдинова Ю.С., Лавриенко А.В.
СООТВЕТСТВИЕ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА АМБУЛАТОРНО-
ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ СТАНДАРТАМ ПЕРВИЧНОЙ
МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ 248
113. Цукрова О.В.
ОЦЕНКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РИСКА РАБОЧИХ
ХРОМОВОГО ПРОИЗВОДСТВА ПО МАТЕРИАЛАМ
АТТЕСТАЦИИ РАБОЧИХ МЕСТ 250
114. Цыреторова С.С.
ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И
ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА БУРЯТСКОЙ
ПОПУЛЯЦИИ 252
115. Чеботарева А.Д.
ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ
ДЕМЕНЦИИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ НЕЙРОДЕГЕНЕРАТИВНЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЯХ НА ОСНОВЕ ГЕНЕТИЧЕСКОГО
ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА MDR1 254
116. Черневский Д.К.
РОЛЬ ГЕНЕТИЧЕСКОГО АНАЛИЗА В ДИАГНОСТИКЕ
СИНДРОМА ВЯЛОГО РЕБЕНКА НА ПРИМЕРЕ
КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ ВРОЖДЕННОЙ МЕРОЗИН-
НЕГАТИВНОЙ МЫШЕЧНОЙ ДИСТРОФИИ 256
117. Черников А.В.
ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА *CYP3A5* (6986A>G,
rs776746) НА ПОКАЗАТЕЛИ УРОВНЯ РАВНОВЕСНОЙ
КОНЦЕНТРАЦИИ ГАЛОПЕРИДОЛА У ПАЦИЕНТОВ С

	АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ	259
118.	Чесноков В.А. МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОВЕДЕНИЯ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ СЪЕМНЫМИ ПЛАСТИНОЧНЫМИ ПРОТЕЗАМИ	260
119.	Чимагомедова А.Ш., Султанова С.Г. ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ДЕМЕНЦИИ С ТЕЛЬЦАМИ ЛЕВИ	262
120.	Чопикян А.А. Кирилюк Т.И. РЕГИОНАЛЬНЫЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПО ВИРУСУ ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА В РЕСПУБЛИКЕ КРЫМ	263
121.	Чопикян А.А., Кирилюк Т.И. ОЦЕНКА РИСКА ФОТОКАНЦЕРОГЕНЕЗА У НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КРЫМ	265
122.	Чукина М.А. НОЗОКОМИАЛЬНАЯ ПНЕВМОНИЯ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА: РЕЗУЛЬТАТЫ РЕТРОСПЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ	266
123.	Шакмаева М.А., Хромцова Ю.А. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА САМОЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ	268
124.	Шарафутдинов И.С., Павлова А.С. БАКТЕРИЦИДНОЕ ДЕЙСТВИЕ ПРОИЗВОДНОГО 2(5H)- ФУРАНОНА В ОТНОШЕНИИ КЛЕТОК <i>STAPHYLOCOCCUS</i> <i>AUREUS</i>	270
125.	Шарифова Х.М. СОСТОЯНИЕ УРОВНЯ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО ОБМЕНА ПЕЧЕНИ И ОБЪЕМА СОСУДИСТОГО КОМПОНЕНТА ЧЕРЕЗ	

	3 ЧАСА ПОСЛЕ РАЗВИТИЯ ОСТРОЙ СТРАНГУЛЯЦИОННОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ	271
126.	Шарова И.О., Бобынцев Я.И., Коршикова О.В., Веденьева В.В. ВЛИЯНИЕ КОЭНЗИМА Q-10 И РАННЕЙ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ РЕГИОНАРНОЙ СОКРАТИМОСТИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА	274
127.	Шахбазян Н.П. ОПЫТ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА "ОЗУРДЕКС" В ТЕРАПИИ ПОСТТРОМБОТИЧЕСКОГО МАКУЛЯРНОГО ОТЕКА	276
128.	Шахиджанова В.С., Иващенко Д.В. ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНОВ СУР2С9*2 И СУР2С9*3 НА ДИНАМИКУ ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ТЕРАПИИ СИНДРОМА ОТМЕНЫ АЛКОГОЛЯ БЕНЗОДИАЗЕПИНОВЫМИ ТРАНКВИЛИЗАТОРАМИ	278
129.	Шевелева Е. М. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СОЦИАЛЬНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ ГБУЗ ЛО «ВЫБОРГСКОЙ ДЕТСКОЙ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ» НА ПРИМЕРЕ ИНФЕКЦИОННОГО И СОМАТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЙ	280
130.	Шевцова В.И., Котова Ю.А., Зуйкова А.К. СНИЖЕНИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ ЦИНКА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У КУРЯЩИХ	281
131.	Шилкина О.С. ОШИБКИ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО И ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО МЕНЕДЖМЕНТА ЮНОШЕСКОЙ МИОКЛОНИЧЕСКОЙ ЭПИЛЕПСИИ	283

132. Шимкина Н.Ф.
НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ САХАРНОГО
ДИАБЕТА 1 ТИПА НА ФОНЕ РАЗНЫХ МЕТОДОВ
ИНСУЛИНОТЕРАПИИ 284
133. Ших Н.В.
ИЗУЧЕНИЕ АССОЦИАЦИИ МЕЖДУ КЛИНИЧЕСКОЙ
ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ АМЛОДИПИНА И ГЕНЕТИЧЕСКИМИ
ОСОБЕННОСТЯМИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ
ГИПЕРТЕНЗИЕЙ I-II СТ 287
134. Шодиев Д.Р., Некрасова М.С.
ВЛИЯНИЕ ЭКЗОГЕННОГО МЕЛАТОНИНА НА СОСТОЯНИЕ
ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ БЕЛКОВ У КРЫС С
МОДЕЛЬЮ АЛИМЕНТАРНОГО ОЖИРЕНИЯ 290
135. Шпилева С.А.
ВЫЯВЛЕНИЕ НЕМОТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ БОЛЕЗНИ
ПАРКИНСОНА И ИХ СВЯЗЬ С МОТОРНЫМИ
НАРУШЕНИЯМИ 293
136. Шубкина А.А.
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПРИОБРЕТЕННОГО
ПЛОСКОСТОПИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И
СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА 295
137. Шуев Г.Н., Рыжикова К.А.
ЧАСТОТА ПОЛИМОРФИЗМА *SLCO1B1*5 (c521T>C)* В
РАЗНЫХ ЭТНИЧЕСКИХ ГРУППАХ РОССИИ 297
138. Шукалюкова А.К.
ОЦЕНКА КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА У
РЕЦИПИЕНТОВ ТРАНСПЛАНТАТА ПОЧКИ 299
139. Щеголеватых В.А., Петровская К.Е.
IgA/IgG ПУЗЫРЧАТКА. СЛУЧАЙ ИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ

	ПРАКТИКИ	301
140.	Щербакова Е.В. ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИАНГИОГЕННОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИЕЙ И ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМОЙ	303
141.	Щурова Е.Ф. ОЦЕНКА ОТНОШЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ К ИММУНОПРОФИЛАКТИКЕ	305
142.	Юдин А.А. СРАВНЕНИЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ КТ-ВОЛЮМЕТРИИ ПРИ БИЛОБАРНОМ МЕТАСТАТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ ПЕЧЕНИ В РУЧНОМ И ПОЛУАВТОМАТИЧЕСКИХ РЕЖИМАХ	307
143.	Юдицкий А.Д., Юдицкая С.В. ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЛАЦЕНТ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ С ЗАДЕРЖКОЙ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ	309
144.	Al-Trawneh O.V. CORRECTION OF METABOLIC DISORDERS AND OXIDATIVE STRESS IN PATIENTS WITH HYPERTENSION DIABETES MELLITUS 2 TYPE	311
145.	Veretelnyk O., Prokopenko K., Prokopenko A. APPLICATION OF MATHEMATICAL MODELING FOR COMPARATIVE ANALYSIS OF DIFFERENT HEALTH CARE SYSTEMS	313
146.	Moskaleva P.V., Shilkina O.S. COGNITIVE DISORDERS IN JUVENILE MYOCLONIC EPILEPSY	314

147.	Podpryadova A.A.	
	GENERAL ASPECTS OF MEDICAL REHABILITATION	316
148.	Pomogaybo K.G.	
	STRATEGY OF PUBLIC HEALTH CARE FOR OBESITY	
	PREVENTION	318
149.	Ulugbekova B. D.	
	PREVENTION OF TUMORAL DISEASES	320

ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С НЕАЛКОГОЛЬНЫМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ И ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Мадрахимов Ж.М., студент 7 курса, лечебный факультет, кафедра
подготовки ВОП

Научный руководитель: Юлдашов Ж.А., асс.кафедры подготовки ВОП
Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии, г.Ургенч,
Узбекистан

Цель исследования: изучить особенности метаболизма у пациентов с неалкогольным стеатогепатитом (НАСГ) и нарушенной массой тела.

Материал и методы. В зависимости от индекса массы тела (ИМТ) 85 больных НАСГ (47 мужчин и 38 женщин, средний возраст $(56,8 \pm 4,6)$ года) были разделены на две группы. В 1-й ($n=43$) ИМТ составил $(33,07 \pm 3,12)$ кг/м², во 2-й ($n=42$) – $(26,04 \pm 4,22)$ кг/м². Изучали функциональное состояние печени, липидный спектр, С-реактивный протеин (СРП), малоновый диальдегид (МДА) сыворотки крови, индекс НОМА-IR.

Результаты. Повышение активности АСТ в 1,7 и АЛТ в 2,4 раза ($p<0,001$) отмечено у пациентов 1-й группы и в 1,9 раза ($p<0,001$) – 2-й; увеличение прямого билирубина наблюдалось в 2,7 и 2,1 раза ($p<0,001$) соответственно. В 1-й группе содержание общего холестерина (ХС) было в среднем на 22% выше, чем во 2-й ($p<0,01$), триглицеридов (ТГ) – на 26% ($p<0,01$), ХС ЛПНП – на 28% ($p<0,01$), а уровень ХС ЛПВП на 26% ниже ($p<0,01$). Индекс НОМА-IR составил $3,81 \pm 0,77$ и $2,92 \pm 0,42$ соответственно ($p<0,05$) и коррелировал с ИМТ у пациентов 1-й группы ($r=0,64$; $p<0,05$). Содержание СРП в 1-й группе было на 44% выше в сравнении со 2-й группой ($p<0,01$) и коррелировало с отношением ТГ/ХС ЛПВП ($r=0,44$; $p<0,01$), содержанием ХС ЛПНП ($r=0,47$; $p<0,001$), ХС ЛПОНП ($r=0,49$; $p<0,001$) и уровнем фибронектина ($r=0,44$; $p<0,001$). Содержание МДА в

плазме было повышенным в обеих группах – $0,97 \pm 0,14$ и $0,88 \pm 0,16$ соответственно, $p < 0,01$, и коррелировало с ХС ЛПНП ($r = 0,54$; $p < 0,01$) и ХС ЛПОНП ($r = 0,51$; $p < 0,01$).

Выводы. Течение НАСГ у лиц с нарушенной массой тела проявляется более выраженными изменениями системного воспаления и оксидантного стресса, метаболического статуса, проатерогенной модификацией липопротеидов сыворотки крови и факторов фиброобразования, что влияет на формирование инсулинорезистентности.

АНАЛИЗ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ ЗАТРАТАМИ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Майорская А.С., старший преподаватель кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсом экономики и управления здравоохранением
ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, г. Самара

Актуальность проведенного исследования заключается в том, что основная часть денежных средств здравоохранения до сих пор распределяется вне зависимости от реальных показателей работы медицинских учреждений. Во многих медицинских организациях недостаточно развиты методы управленческого учета затрат и анализа финансово-хозяйственной деятельности организации, что говорит об отсутствии полноценной системы управления затратами в этих организациях.

Целью работы является оценка использования системы управления затратами в медицинской организации. Для достижения цели поставлены такие задачи: провести анализ системы управления затратами в медицинской организации и дать качественную оценку системы управления затратами в медицинской организации.

Материалы и методы. Объектом исследования выступает Самарская городская больница. Предметом исследования является система управления

затратами, сформированная в процессе поступления и распределения финансовых средств в медицинской организации. При проведении данного исследования использовались такие методы, как: статистический, аналитический, экономический. Проведен анализ структуры финансирования базы исследования, системы управления затратами, используемой в медицинской организации, проанализированы плановые и фактические показатели в динамике.

Результаты исследования. Плановые доходы в 2013 году составили 237 646 734,77 рублей, в 2014 – 273 182 457,38 рублей, в 2015 – 289 128 270,15 рублей, кассовые доходы в 2013 году – 232 183 676,25 рублей, в 2014 – 270 744 093,69 рублей, в 2015 – 275 753 793,85 рублей, при этом фактические доходы 2013 года составили 223 906 666,36 рублей, 2014 - 239 510 333,18 рублей и в 2015 – 304 306 083,09 рублей. Также необходимо представить данные о расходах в анализируемый период. Плановые расходы в 2013 году составили 237 646 734,77 рублей, в 2014 – 289 105 488,91 рублей, в 2015 – 305 385 533,25 рублей, кассовые расходы в 2013 году – 215 628 628,35 рублей, в 2014 – 270 238 600,24 рублей, в 2015 – 274 984 311,07 рублей, при этом фактические расходы 2013 года составили 241 011 918,10 рублей, 2014 – 290 743 102,75 рублей и в 2015 – 304 135 652,95 рублей.

Управление доходами и расходами в ГБУЗ СО «Самарская городская больница» не эффективно. При анализе плана ФХД в 2014 и 2015 году было выявлено превышение расходов над доходами, что говорит о бюджетном дефиците, который произошел за счет снижения поступлений из областного бюджета в 5,29 раз в 2015 году и значительное увеличение расходов по статье «Прочие услуги» на 18 408 442,96 руб. В целом, по приведенным данным можно сказать, что плановые, кассовые, фактические доходы не соответствуют плановым, кассовым и фактическим расходам, и данная ситуация не изменяется на протяжении всего анализируемого периода. Это говорит о проблемах в медицинской организации, начиная с планирования

финансовой деятельности и заканчивая реальными показателями бухгалтерского и управленческого учета.

Выводы. Таким образом, мы видим несоответствие плановых, кассовых и фактических как поступлений, так и расходов, что говорит об отсутствии текущего оперативного контроля за расходами по статьям затрат. Это связано с тем, что в медицинской организации система управления затратами используется частично, а именно: составляется план финансово-хозяйственной деятельности и проводится общий анализ затрат (сопоставление плановых и фактических показателей за год). Для улучшения финансового положения данной медицинской организации необходимо использовать целостную систему управления затратами.

ВЫЯВЛЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ВETERANОВ БОВЕЫХ ДЕЙСТВИЙ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ

Максумова Н.В., асс. кафедры функциональной диагностики

Руководитель: Поздняк А.О., д.м.н., доц.

КГМА – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО, г. Казань

Цель исследования. Разработка программы раннего выявления сердечно-сосудистой патологии у ветеранов боевых действий на амбулаторном этапе обследования.

Материалы и методы. Обследовано 88 участников боевых действий в Афганистане и Чечне в возрасте от 28 до 60 лет, средний возраст – $48,9 \pm 6,6$ года ($M \pm \sigma$). Из них 76 человек – ветераны боевых действий в Афганистане, средний возраст – $49,7 \pm 5,7$ года ($M \pm \sigma$), 12 – участники контртеррористических операций в Чечне, средний возраст – $44,3 \pm 9,8$ года ($M \pm \sigma$).

Всем пациентам проводилось стандартное обследование в соответствии с приказом МЗ РФ от 03.12.2012 г. №1006н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения». Далее проводилось обследование по специально разработанной программе (расширенное обследование) с добавлением методов:

- вычисление лодыжечно-плечевого индекса (ЛПИ) с применением системы ангиологического скрининга с автоматическим измерением систолического АД и лодыжечно-плечевого индекса с использованием аппарата МИТАР-012-«Р-Д»;
- исследование variability ритма сердца (ВРС) в течение 5 минут с помощью комплекса диагностики функциональных изменений сердечного ритма «Кардиоанализатор «Эксперт-01».

Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью компьютерной программы Statistica 8.0. Средние значения представлены в виде $M \pm \sigma$. Анализ качественных признаков проводили методом χ^2 .

Результаты и обсуждение. При стандартной диспансеризации из заболеваний сердечно-сосудистой системы (ССС) выявлено 74 случая: артериальная гипертензия (АГ) – 29 случаев (39,2%), хроническая артериальная недостаточность нижних конечностей (ХАН НК) – 19 (25,7%), ишемическая болезнь сердца (ИБС) – 16 (21,6%), нарушения ритма сердца – 10 (13,5%).

Использование новых методов диагностики (анализ ВРС и вычисление ЛПИ) в ходе диспансеризации позволило дополнительно выделить группы риска пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями: пациенты с симпатикотонией и дезадаптацией и пациенты с измененными значениями ЛПИ; все они были дополнительно обследованы на предмет наличия у них сердечно-сосудистых заболеваний.

На этапе расширенного обследования ветеранов патология сердечно-сосудистой системы была выявлена в достоверно большем количестве случаев – 122 ($p < 0,001$): АГ – 35 (28,7%), ИБС – 21 (17,2%); выявлено

достоверно больше случаев ХАН НК – 41 (33,6%) ($p < 0,001$) и нарушений ритма сердца – 25 (20,5%) ($p = 0,008$).

Выводы.

1. Расширение стандартной диспансеризации ветеранов боевых действий методами анализа variability ритма сердца и вычисления лодыжечно-плечевого индекса показало свою результативность в выявлении заболеваний сердечно-сосудистой системы, а именно нарушений ритма сердца и хронической артериальной недостаточности нижних конечностей.

2. Ветераны боевых действий с выявленными на амбулаторном этапе симпатикотонией и дезадаптацией, а также измененными значениями ЛПИ должны расцениваться как пациенты группы риска по наличию сердечно-сосудистых заболеваний и требуют дополнительного обследования сердечно-сосудистой системы.

ПРИМЕНЕНИЕ ENDOCLOT В СОСТАВЕ КОМБИНИРОВАННОГО ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Макшиев А.Э., аспирант кафедры хирургии

Руководитель: Коржева И.Ю., д.м.н., проф. кафедры эндоскопии

ФГБОУ ДПО РМАНПО, г. Москва

Актуальность. Гастродуоденальные кровотечения язвенной этиологии (ГДКЯЭ) являются наиболее грозным осложнением язвенного поражения желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК), которое развивается у каждого 7-10-го пациента с хронической язвенной болезнью, что во многом определяет показатели летальности в экстренной хирургии. Зарубежные же авторы ГДКЯЭ практически всегда ассоциируют в первую очередь с массовым приемом нестероидных противовоспалительных препаратов. Не всегда удается остановить ГДКЯЭ консервативными мерами, частота рецидивов кровотечения (РК) даже после комбинированного эндоскопического гемостаза (ЭГ) составляет 10-30%, поэтому хирурги прибегают к экстренным операциям, которые сопряжены с

высокой летальностью, составляющей по некоторым данным 8-20%. Все это требует поиска эффективных методик ЭГ и мер по предупреждению РК за счет его прогнозирования.

Цель исследования. Оценка эффективности применения EndoClot™ в качестве одного из агентов двух- или трехкомпонентного эндоскопического гемостаза (ДКЭГ или ТКЭГ) у пациентов с ГДКЯЭ.

Материалы и методы. Исследование основано на результатах лечения пациентов с ГДКЯЭ, находившихся на лечении в ГКБ им. С.П. Боткина в период 2015-2016 гг. Общее количество клинических наблюдений равно 80. Среди пациентов мужчин было больше, чем женщин (53 против 27), возраст пациентов варьировал от 34 до 87 лет, а средний возраст составил $64 \pm 14,8$ лет. В зависимости от характера первичного ЭГ все клинические наблюдения пациентов с ГДКЯЭ разделены на 2 группы: в первую группу вошли клинические наблюдения ($n=40$), в которых в составе ДКЭГ ($n=10$) или ТКЭГ ($n=30$) использован гемостатический порошок EndoClot™; во вторую группу вошли клинические наблюдения ($n=40$), в отношении которых предпринималась попытка традиционного комбинированного ЭГ с использованием любых двух рутинно используемых методик гемостаза (инъекционная, термокоагуляционная, механическая). Основная и контрольная группы сопоставимы по полу: преобладали пациенты мужского пола – 24 (60,0%) и 29 (72,5%) соответственно; возрасту: средний возраст – $63,9 \pm 15,3$ и $64,1 \pm 14,6$ соответственно; локализации язвы: преобладали язвы ДПК – 23 (57,5%) и 22 (55,0%) соответственно и интенсивности кровотечения по J.A. Forrest ($p>0,05$).

Результаты. Окончательного ЭГ удалось добиться в 92,5% наблюдений основной группы и 82,5% – контрольной. Стоит отметить, что большинство пациентов из основной группы имели высокий ОАР и зачастую в нее включались пациенты, у которых традиционной комбинированной эндоскопической терапией не удалось достичь гемостаза. РК в основной группе отмечен в 4 (10,0%) наблюдениях, а в контрольной группе – в 8 (20,0%). Все случаи РК основной группы обусловлены хроническими язвами и развивались не ранее 3 суток от

момента ЭГ (в среднем на 4-е сутки), а в контрольной группе все РК развились в первые 2-е суток, из которых 50,0% обусловлены острыми язвами. Наиболее часто как в основной, так и в контрольной группе РК развивался при дуоденальных локализациях (75,0% и 62,5% соответственно). Оперативная активность в основной группе оказалась заметно ниже, чем в контрольной группе, составив при этом соответственно 7,5% и 15,0%, а обусловленная ею летальность в основной группе вовсе отсутствовала (0,0%), а в контрольной группе составила 16,7%.

Заключение. EndoClot™ проявил себя как эффективный компонент комбинированного ЭГ. Аппликация EndoClot™ оказалась наиболее эффективной при кровотечениях из острых язв. Применение EndoClot™ позволяет в большинстве случаев добиться устойчивого гемостаза, уменьшить показатели РК, оперативной активности и послеоперационной летальности.

ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Мартыненко А.С., Торопова А.Е., студенты 6-го курса лечебного факультета
Руководитель: Темникова Е.А., д.м.н., проф. кафедры внутренних болезней и
поликлинической терапии

ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России, г. Омск

По данным регистров, изучавших пациентов с острым коронарным синдромом, сердечная недостаточность имеется в анамнезе у 39,5-48,2% пациентов в России и у 13-37,5% пациентов – в других странах. Однако особенности клинических проявлений острого коронарного синдрома при имевшейся ранее СН изучены мало. В нескольких исследованиях было показано, что пациенты с СН при ОКС старше, среди них преобладают женщины, у них чаще имеется сопутствующая патология, они позже госпитализируются. В России исследований СН при ОКС не опубликовано.

Цель исследования. Выявление особенностей клинических проявлений острого коронарного синдрома у пациентов с хронической

сердечной недостаточностью, поступивших в отделение неотложной кардиологии городской больницы скорой помощи № 1 г. Омска (Россия).

Мы обследовали всех пациентов, поступавших в отделение неотложной кардиологии в течение 3 месяцев с диагнозом «острый коронарный синдром». У всех пациентов были проведены опрос, осмотр и анализ предшествовавших медицинских исследований для определения наличия в анамнезе ХСН. Диагноз ХСН выставлялся соответственно алгоритму, предложенному европейским обществом кардиологов в 2016 г. Проведен анализ клинических признаков в группах пациентов с ОКС, имевших проявления ХСН в анамнезе и без ХСН в анамнезе. Использованы методы описательной статистики и сравнение групп с применением критерия Mann - Whitney U-test. Критический уровень значимости нулевой статистической гипотезы (p) принимался равным 0,05. Цифровые данные абсолютные описаны в виде $M \pm \sigma$, где M – среднее выборочное, σ – стандартное отклонение, относительные в процентах.

Критериям диагноза «острый коронарный синдром», по рекомендациям европейского общества кардиологов, соответствовало 67 пациентов (их средний возраст составил $64,4 \pm 12,77$ (36-89 лет), 70% были мужчины). 50 человек (74,6%) имели признаки ХСН в анамнезе. В группе лиц с ХСН средний возраст был достоверно больше ($67,1 \pm 11,76$ (40-89 лет) против $56,5 \pm 12,63$ (36-79 лет), $p < 0,001$). Тенденция к большему количеству женщин среди лиц с ХСН по сравнению с пациентами без ХСН статистической значимости не достигла. 18% пациентов с СН имели при поступлении ФК III-IV. У пациентов с СН регистрировалось в 1,5 раза больше коморбидных заболеваний ($6,0 \pm 2,23$ против $3,7 \pm 2,31$, $p = 0,001$). Не получено статистически достоверных различий в группах по частоте инфаркта миокарда с подъёмом ST, инфаркта миокарда без подъёма ST, нестабильной стенокардии.

Наиболее частыми жалобами пациентов с ХСН в анамнезе были одышка (92%), быстрая утомляемость (88%), низкая толерантность к физической нагрузке (86%), одышка при наклоне вперёд (68%),

сердцебиение (68%), периферические отёки (48%), ортопное (42%). Самыми частыми признаками СН при осмотре в момент поступления были смещение верхушечного толчка сердца (82%), сердечные шумы (46%), периферические отёки (38%), влажные хрипы в лёгких (36%), набухшие шейные вены (30%).

Тенденция к более частому выявлению при УЗИ сердца гипертрофии и дилатации левого желудочка и левого предсердия оказалась статистически не достоверна. Достоверных различий в клинике болевого синдрома при остром коронарном синдроме, сроках от начала болевого синдрома до госпитализации статистически не выявлено. У пациентов с СН чаще оказались повышены выше целевых уровни липидов и глюкозы крови (доля лиц с сахарным диабетом также была выше), но статистической значимости различия в биохимических показателях в группах не достигли. Тактика ведения пациентов в группах статистически не различалась. Инвазивные методики использовались с одинаковой частотой.

Выводы. Пациенты с СН составили в изученный период большую часть среди поступающих с ОКС. Они были достоверно статистически старше и имели больше сопутствующих заболеваний. Не получено статистически достоверных различий по клиническим проявлениям ОКС, данным лабораторного и инструментального обследования среди пациентов с СН и без неё.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Мединская К.А., студентка, очная форма обучения, кафедра общественного
здоровья и здравоохранения

Коростелёва А.С., студентка, очная форма обучения, кафедра общественного
здоровья и здравоохранения

Руководитель: Алексеева А.В., ассистент
ФГБОУ ВО СПбГПМУ, г. Санкт-Петербург

Цель исследования: выявить медико-социальные проблемы формирования ЗОЖ в старшем школьном возрасте и предложить меры по оптимизации ведения ЗОЖ.

Материалы и методы. Произведено анонимное анкетирование 120 школьников 7-11 классов. База исследования – Государственное бюджетное общеобразовательное учреждение Лицей № 244 Кировского района Санкт-Петербурга. Для формирования генеральной совокупности был использован метод случайной выборки.

Результаты. При анализе общих положений ЗОЖ выявлено: 51,5% школьников оценивает состояние своего здоровья как хорошее, однако спортом занимается 35,0 %, а регулярно делает физическую зарядку – лишь 3,8 %, школьников. 36,6% опрошенных проводят на свежем воздухе 2 часа и более, у 33,3% учащихся продолжительность сна в среднем составляет менее 7 часов. При оценке физических нагрузок выявлено: 59,1% не занимаются физической культурой, 26,4% занимаются на уроках физической культуры без желания. При оценке режима питания выявлено: 33,3% школьников не завтракают, 34,8% не обедают, 41,9% употребляют фастфуд раз в неделю и чаще. При оценке роли вредных привычек в жизни школьников получены следующие результаты: 37,0% школьников пробовали курить, 91,0% опрошенных указали на нарушение функции легких при курении как на

ведущую причину нанесения вреда организму. 96,2% считают, что пассивное курение наносит вред организму. Спиртные напитки пробовали 64,0% опрошенных. В их структуре преобладают слабоалкогольные напитки. 4,5% опрошенных пробовали наркотические вещества. 79,5% детей считают, что в школе необходима работа по предупреждению наркотической зависимости. При анализе психо-социального аспекта ЗОЖ выявлено: большинство опрошенных находится с членами семьи в полном взаимопонимании (56,8%), с друзьями – в доверительных отношениях (40,2%). При распределении детей в зависимости от их мнения относительно влияния ЗОЖ сегодня на их будущее 57,0% опрошенных считают, что ЗОЖ сегодня повлияет на их жизнь в дальнейшем и влияет на окружающих и близких их людей. По мнению учащихся менее всего обеспокоены их здоровьем врачи (43,2%), однако нет доверия к докторам у 10,0% опрошенных. При распределении детей в зависимости от их мнения, что мешает вести им полностью здоровый образ жизни, самым распространенным ответом оказался «лень» (39,6%).

Выводы. Проведено комплексное медико-социальное исследование формирования здорового образа жизни у детей среднего и старшего возраста школьников. Более половины школьников не ведут ЗОЖ. Наиболее значимыми аспектами являются: малый удельный вес занимающихся спортом, несоблюдение режима сна, нерегулярность питания. Исходя из полученных данных, можно рекомендовать следующие меры по оптимизации ведения ЗОЖ: уроки по профилактике вредных привычек в школе, разработка подробных наглядных материалов с информацией о необходимости оптимального по времени сна, физических нагрузок в подростковом возрасте, подробное анкетирование с целью выяснения отрицательных моментов, сказывающихся на мотивации и заинтересованности в своем здоровье.

НОВЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ПРОФЕССИИ

Мелкумян Э.Х., студентка 2-го курса лечебного факультета

Руководитель: Живайкина А.А., к.ф.н., доц. кафедры философии,
гуманитарных наук и психологии

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России,
г. Саратов

На сегодняшний день существует немало медицинских профессий, однако инновации в компьютерной, бионанотехнологической, генетической и других сферах позволяют расширить их многообразие. Следовательно, такие достижения, как новые открытия в генетике, молекулярной биологии, геномной инженерии, а также конструирование высокотехнологичных медицинских приборов различного назначения непосредственно влияют на то, что в XXI веке будут появляться новые медицинские специальности.

На основе исследования «Форсайт Компетенции 2030» был разработан «Атлас новых профессий», где профессии, которые должны возникнуть в недалеком будущем, разделены на две группы. К первой группе относятся профессии, появление которых планируется до 2020 года. Это, например, генетический консультант, консультант по здоровой старости, специалист по кристаллографии, сетевой врач, молекулярный диетолог, клинический биоинформатик. Ко второй группе относятся профессии, которые возникнут после 2020 г. К ним относят экспертов персонифицированной медицины, IT-генетиков, тканевых инженеров и специалистов по киберпротезированию. Возникновение в скором будущем новых медицинских специальностей связано с исследовательской деятельностью, реализуемой в рамках проекта «Форсайт Компетенции 2030», организованного агентством стратегических инициатив. Стоит отметить, что основная цель создания этих новых профессий — прогнозирование угроз здоровью за счет раннего

обнаружения болезни при помощи современных методов генетической диагностики и, как следствие, предотвращение значительной части тяжелых и социально значимых заболеваний до их выхода в острую стадию. Таким образом, будущая модель здравоохранения и появляющиеся специальности будут базироваться на превентивной медицине, задача которой заключается в повышении продолжительности осмысленной жизни до 100-120 лет.

Создатели «Атласа новых профессий» пришли к выводу, что из всего разнообразия будущих медицинских профессий наибольшим спросом через 15-20 лет будут пользоваться IT-генетики и специалисты по кристаллографии и киберпротезированию. Деятельность IT-генетиков будет полностью основана на достижениях в области генотерапии, суть которой заключается в том, что в генетический аппарат человека вносятся изменения для борьбы с конкретными заболеваниями. IT-генетики будут заниматься программированием генома под заданные параметры для того, чтобы бороться с генетическими проблемами у детей. Задача специалистов по кристаллографии состоит в том, чтобы диагностировать опухоли, замещать костные ткани и проводить прочие манипуляции на основе использования кристаллов в медицине. Специалисты по киберпротезированию будут заниматься разработкой и вживлением функциональных искусственных устройств (киберпротезов) и органов, совместимых с живыми тканями.

Очевидно, что появление новых медицинских специальностей основывается на тесной связи медицины с развивающейся генетической и биотехнологической отраслью, с внедрением кибернанотехнологий. Медицина будущего, которая будет являться интеграцией технологий и медицинских наук, потребует подготовки высококвалифицированных кадров с широким диапазоном знаний.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ТАКТИКИ НАЗНАЧЕНИЯ АНТИКОАГУЛЯНТОВ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КОЛЕННОГО И ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВОВ

Миннигулов Р.М., аспирант кафедры клинической фармакологии и
фармакотерапии ИПО

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

ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, г. Москва

Цель исследования: провести анализ выбора препаратов и тактики назначения антикоагулянтов для тромбопрофилактики у больных после эндопротезирования коленного и тазобедренного суставов в условиях реальной клинической практики.

Материалы и методы. Проведен выборочный ретроспективный анализ 111 историй болезней больных травматолого-ортопедического отделения №1 УКБ №1 Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, перенесших эндопротезирование коленного сустава (ЭКС) (n=63; 56,8%) или тазобедренного сустава (ЭТС) (n=48; 43,2%), за период: май - июль 2016 г.; средний возраст больных $65 \pm 9,2$ лет; женщины 82,9%, мужчины 17,1%; средняя продолжительность пребывания в стационаре $15 \pm 6,0$ сут. Анализировали структуру назначения антикоагулянтов, режим дозирования, соответствие инструкциям по применению лекарственных средств (ЛС) и клиническим рекомендациям по профилактике венозных тромбозмболических осложнений, а также наличие межлекарственных взаимодействий, потенциально неблагоприятных в плане развития кровотечений. Стоимость курсов антикоагулянтной терапии рассчитывали на основе данных аптеки “Самсон-Фарма” ([Электронный ресурс]. URL: <http://samson-pharma.ru> (дата обращения: 10.02.2017)).

Результаты. Дабигатрана этексилат получали 81,1% больных в суточной дозе 220 мг (79,3% – 110 мг 2 р/сут, 1,8% – 220 мг 1 р/сут),

ривароксабан – 11 больных (9,9%) в дозе 10 мг 1 р/сут, эноксапарин натрия – 10 больных (8,1% – 0,4 мл п/к 1 р/сут, 0,9% – 0,2 мл п/к 1р/сут). Анализ режимов дозирования показал, что среди больных, которым назначался дабигатрана этексилат, основная масса больных получала дозировку 110 мг 2 р/сут, что не соответствовало инструкции по применению ЛС (220 мг 1 р/сут). У 14 больных (12,6%) с умеренным нарушением функции почек (КК = 30-50 мл/мин) коррекция дозы дабигатрана этексилата не проводилась. Эноксапарин натрия в основном назначался в дозе 0,4 мл п/к 1 р/сут, за исключением одного больного с тяжелым нарушением почечной функции (КК = 20 мл/мин), которому назначался эноксапарин натрия в дозе 0,2 мл п/к 1 р/сут.

Анализ межлекарственных взаимодействий показал, что наиболее часто встречались комбинации дабигатрана этексилат + кетопрофен (n=81; 73%), ривароксабан + кетопрофен (n=11; 9,9%) и эноксапарин натрия + кетопрофен (n=11; 9,9%), что повышало риск развития кровотечения. Общее число развившихся нежелательных побочных реакций в виде гематурии составило 4 случая (3,9%).

Суммарные расходы на тромбопрофилактику у больных после ЭТС в случае применения дабигатрана этексилата составляют 2816,0 руб., ривароксабана - 3010,0 руб. и эноксапарина натрия - 8209,5 руб.; после ЭКС –894,0 руб., 1204,0 руб. и 8209,5 руб. соответственно.

Выводы. У больных после эндопротезирования крупных суставов из антикоагулянтов по частоте назначения преобладает дабигатрана этексилат, режим дозирования которого у 88 больных (79,3%) не соответствует инструкции по применению ЛС. Высокая частота комбинаций антикоагулянтов с кетопрофеном, имеющих клинически значимые лекарственные взаимодействия, повышает риск развития кровотечений, в частности, развитие гематурии. Прямые оральные антикоагулянты имеют экономические преимущества по сравнению с эноксапарином натрия.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ УВЕИТОВ

Мишустин В.А., кафедра офтальмологии

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

ФГБОУ ДПО РМАНПО, г. Москва

Увеит – воспалительные заболевания сосудистой оболочки глаз. Увеит – мультифакторное, полиэтиологическое заболевание, которое может приводить к снижению зрительных функций до полной слепоты. Среди причин слепоты на долю увеитов и их последствий приходится 8,6%, а среди причин слабовидения – 4%.

Этиология большинства аутоиммунных увеитов до конца не изучена, в то же время в качестве триггерного фактора рассматриваются различные инфекционные агенты. В зависимости от этиологии увеиты подразделяются на две большие группы: инфекционные и неинфекционные. Инфекционные причины включают организмы, такие как токсоплазмы, цитомегаловирус, сифилис и вирусы герпеса.

Противовоспалительная терапия основана на подборе препаратов, способных контролировать иммунопатологические реакции. Препаратом выбора являются глюкокортикоиды. Их механизм действия заключается в ингибировании миграции лейкоцитов в очаг воспаления; снижении реактивности фибробластов и эндотелиальных клеток; ингибировании экспрессии генов, кодирующих синтез провоспалительных цитокинов – ФНО альфа, IL-1, IL-3, IL-4, IL-5, IL-6, IL-8, подавлении Th1-типа иммунного ответа и стимуляции Th2-ответа, уменьшении продукции оксида азота; ингибировании фосфолипазы A2 и тем самым нарушении синтеза метаболизма арахидоновой кислоты.

Пути введения могут быть различные – местное применение в виде инстилляций в конъюнктивальную полость, субтеноново введение, пара- и

ретробульбарное введение, а также системное per os и внутривенное введение, в зависимости от тяжести течения и соответствующей этиологии.

Назначение нестероидных противовоспалительных средств у больных с увеитом является вспомогательным. Их механизм действия основан на угнетении циклооксигеназы-1,2 и нарушении метаболизма арахидоновой кислоты, что приводит к уменьшению простагландинов в очаге воспаления.

Систематическая терапия при увеитах заключается в назначении местных мидриатических и циклоплегических препаратов для предотвращения образования задних синехий. При образованных задних синехиях прибегают к назначению субконъюнктивальных инъекций 0,1% атропина. При появлении вторичной глаукомы назначают гипотензивные препараты, В-блокаторы и ингибиторы карбоангидразы.

Для выбора тактики лечения следует учитывать ряд факторов. Во-первых, этиологический фактор (инфекционный и неинфекционный), что определит тип необходимого лечения: антибиотикотерапия или противовоспалительная / иммуносупрессивная терапия. Во-вторых, степень увеита и связь с воспалением, что включает:

- 1) локализацию воспаления в глазу (согласно классификации SUN);
- 2) односторонность или двусторонность процесса;
- 3) наличие системного заболевания.

Эти факторы являются ключевыми при выборе метода лечения системного или местного. Также необходимо учитывать потенциальные осложнения либо самой болезни, либо лечения заболевания.

В настоящее время клиническому врачу необходимо решить важные задачи, является воспалительный процесс результатом внедрения инфекционного агента. В большинстве случаев данный факт определяется по специфической клинической картине, но может дополняться исследованиями периферической крови (серологическая диагностика, интерферон-гамма на микобактерию туберкулеза, общий анализ крови и

биохимия крови) и исследование слезной жидкости методом полимеразноцепной реакции.

В некоторых случаях лечение должно начинаться незамедлительно (интравитреальное введение препарата фоксарнет и внутривенно ацикловир и валацикловир) при подозрении на острый ретинальный некроз сетчатки. При таком течении заболевания должен быть взят биоматериал водянистой влаги и стекловидного тела и исследован методом ПЦР. Инфекционные увеиты могут вызвать сильную воспалительную реакцию, что требует осторожного назначения иммуносупрессивной терапии.

Идентификация и лечение сопутствующих системных заболеваний является приоритетным. Терапия системного заболевания может значительно облегчить течение увеита, а также снизить потребность в офтальмологическом вмешательстве. Цитостатики довольно неплохо себя зарекомендовали в лечении тяжелых и рефрактерных увеитов, хотя их назначение достаточно спорно, нет доказательств эффективности и безопасности при увеитах.

Одним из препаратов, используемых для лечения увеитов, являются ингибиторы Т-клеток. Таким препаратом может быть циклоспорин. Изначально этот препарат использовался в трансплантологии. Его механизм действия заключается в ингибировании кальцинеурин, что в свою очередь ингибирует активность циркулирующих Т-клеток. Его действие начинается с 7-го дня и продолжается до 15-го дня с начала приема. Циклоспорин успешно зарекомендовал себя в лечении задних, рефрактерных увеитов. Однако имеет ряд недостатков в связи с множеством побочных эффектов таких как артериальная гипертензия, гирсутизм и др.

Азатиоприн представляет группу антиметаболитов. Механизм действия препятствует включению пуринов в ДНК и блокирует синтез белков в лимфоидной ткани, избирательно ингибирует Т-клеточную функцию. Используют азатиоприн в терапии резистентных к глюкокортикостероидам иридоциклитов, симпатической офтальмии, интермедиальном увеите.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭРИТРОЦИТОВ И РЕОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА КРОВИ У БОЛЬНЫХ ИСТИННОЙ ПОЛИЦИТЕМИЕЙ

Мордвинова Е.В.¹, студент очной формы обучения

Козлова Н.С.², аспирант очной формы обучения кафедры госпитальной
терапии с курсами поликлинической терапии и трансфузиологии,

Руководители: Давыдкин И.Л.¹, д.м.н., проф., Ройтман Е.В.²,
д.б.н., проф.

¹ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Самара

²ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский
университет имени Н.И. Пирогова», г. Москва

Истинная полицитемия (эритремия) – миелопролиферативное заболевание, характеризующееся пролиферацией эритроидного, гранулоцитарного, мегакариоцитарного ростков миелопоэза, с преимущественной пролиферацией эритроидного, отсутствием зависимости эритропоэза от нормальных механизмов регуляции. Основные клинические проявления связаны с эритроцитозом, тромбоцитозом, увеличением вязкости крови. Причинами летального исхода у 30-40% больных истинной полицитемией являются тромбозы различной локализации. Вследствие этого актуальным является изучение реологических свойств крови и эритроцитов с целью профилактики и своевременной диагностики осложнений.

Цель исследования. Изучение особенностей формы, агрегации, дезагрегации и деформируемости эритроцитов у больных истинной полицитемией.

Материалы и методы. Было обследовано 17 пациентов с истинной полицитемией, наблюдающихся в Самарском областном гематологическом центре. Контрольную группу составили 27 здоровых доноров. Нами были определены следующие показатели: вязкость плазмы, величины вязкости

цельной крови в диапазоне скоростей сдвига от 5 до 300 с⁻¹, индекс агрегации, дезагрегации эритроцитов, относительная вязкость крови. Всем пациентам выполнялся общий анализ крови, определялся уровень содержания фибриногена. Исследования реологических свойств крови выполняли на анализаторе АКР-2. Морфологические характеристики эритроцитов изучались с помощью лазерного интерференционно-модуляционного микроскопа МИМ-340.

Результаты. В результате данной работы были сделаны фотографии эритроцитов, изучены их диаметр, максимальная и минимальная фазовая высота, особенности деформируемости, агрегации и дезагрегации эритроцитов у больных истинной полицитемией. У всех пациентов отмечалось увеличение показателя вязкости цельной крови при всех скоростях сдвига. При оценке процесса дезагрегации эритроцитов выявлено, что стойкость клеточных конгломератов у больных данным заболеванием оказалась выше, чем у здоровых доноров. У больных индекс деформируемости эритроцитов был достоверно ($p < 0,05$) выше по сравнению с донорами (1,145 и 1,106 соответственно), что указывает на ухудшение деформируемости эритроцитов у наблюдаемых пациентов.

Выводы. Выявленные особенности параметрических данных эритроцитов у больных истинной полицитемией являются дополнительными лабораторно-диагностическими признаками, которые необходимо учитывать при выборе стратегии лечения пациентов и профилактики тромботических осложнений.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ БАКТЕРИОФАГОВ В УСЛОВИЯХ ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Морозов А.М., ассистент кафедры общей хирургии

Руководитель: Мохов Е. М., д.м.н., проф., зав. каф. общей хирургии

ФГБОУ ВО ТГМУ МЗ РФ, г. Тверь

Цель исследования. Изучение чувствительности микроорганизмов, выделенных из раневого экссудата при гнойно-воспалительных заболеваниях, к бактериофагам для использования последних в комплексной этиотропной терапии.

Материалы и методы. Производился забор отделяемого карбункула (8 случаев), подмышечного гидраденита (6 случаев), абсцедирующего мастита (5 случаев), гнойного бурсита (3 случая), подкожных абсцессов (11 случаев), трофических язв (8 случаев). Затем осуществлялось выделение микрофлоры раневого экссудата на селективных и дифференциально-диагностических средах Эндо, желточно-солевой агар, кровяной агар с использованием классического бактериологического метода. После выделения чистой культуры проводили её морфологическую и биохимическую идентификацию. Для определения чувствительности культуры к бактериофагам применяли диффузионный метод измерения диаметра зон лизиса. Был использован следующий ряд бактериофагов: Бактериофаг стафилококковый, Бактериофаг стрептококковый, Бактериофаг протейный, Бактериофаг коли, Бактериофаг превдомонас аеругиноза, Пиобактериофаг комплексный жидкий, Секстафаг.

Результаты.

1. В большинстве случаев (75,4%) в раневом отделяемом выявлялись ассоциации микроорганизмов родов *Staphylococcus*, *Streptococcus*, *Pseudomonas*, представителей семейства *Enterobacteriaceae* (родов *Escherichia* и

Proteus). В 27,2% случаев обнаружена монокультура микроорганизмов родов Staphylococcus, Streptococcus, Esherichia.

2. Микроорганизмы рода Staphylococcus, выделенные из раневого экссудата, в 100% случаев были чувствительны к бактериофагам (Стафилококковому, Пиобактериофагу комплексному жидкому и Секстафагу). Величины диаметра зон лизиса соответствовали высокому и среднему уровням чувствительности.

3. Микроорганизмы рода Streptococcus, выделенные из раневого экссудата, обладали низкой чувствительностью к упомянутым выше бактериофагам, но полного лизиса микроорганизмов ни разу не отмечено.

4. Микроорганизмы семейства Enterobacteriaceae (родов Esherichia и Proteus), а также рода Pseudomonas в 25% случаев обладали низкой чувствительностью к бактериофагам, а в 75% случаев выявлено отсутствие или незначительный лизис колоний данных микроорганизмов в зоне нанесения препарата.

5. Микроорганизмы рода Staphylococcus, выделенные из раневого экссудата, показали высокую чувствительность к препаратам бактериофагов. Однако перед началом использования бактериофага в качестве лечебного препарата целесообразно подтверждение чувствительности коммерческого препарата бактериофага к микрофлоре раневого отделяемого in vitro. Тот факт, что бактериофаги не имеют побочных эффектов, позволяет их сочетать в комплексной терапии гнойно-воспалительных заболеваний с антибактериальными и противовоспалительными препаратами.

Выводы. Исходя из результатов настоящего исследования в условиях стационара, предпочтительнее использовать поливалентные бактериофаги (Пиобактериофаг комплексный жидкий, Секстафаг, Пиобактериофаг комбинированный). Их эффективность в отношении каждого рода вышеперечисленных бактерий соответствует эффективности моновалентных бактериофагов (Стафилококкового, Стрептококкового и т.д.).

ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА В ВОЗРАСТЕ ДО 1 ГОДА

Мугинова А.И., Чиброва В.Ю., интерны кафедры педиатрии с курсом

поликлинической педиатрии

Руководители: Садыкова Д.И., д.м.н., проф.,

Шакирова А.Р., к.м.н., доц.

КГМА филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО, г. Казань

Актуальность исследования. Недостаточность питания – частая проблема у детей с врожденными пороками сердца, независимо от типа порока. Потеря массы тела в этой группе детей приводит к росту числа инфекционных осложнений, увеличивает длительность госпитализации и стоимость лечения.

Цель исследования. Оценка физического развития детей с врожденными пороками сердца (ВПС), оперированных в условиях кардиохирургического отделения Детской республиканской клинической больницы г. Казани.

Для постижения цели мы ставили перед собой следующие задачи:

1. Определить исходное физическое развитие детей с ВПС, определить наличие гипотрофии и ее степень.
2. Выявить корреляцию между степенью недостаточности кровообращения (НК), наличием легочной гипертензии (ЛГ) и степенью белково-энергетической недостаточности (БЭН).
3. Оценить связь физического развития и средней длительности госпитализации.
4. Оценить динамику физического развития в рамках госпитализации

Материалы и методы. Произведен ретроспективный анализ 50 историй болезней детей с 1 месяца до 1 года с врожденными пороками

сердца, получивших оперативное лечение в период с января по ноябрь 2016 года в кардиохирургическом отделении Детской республиканской клинической больницы г. Казани. Были оценены антропометрические данные детей на разных этапах лечения, рассчитаны показатели z-score по массе/возраст, по росту/возрасту, по массе/росту к возрасту.

Результаты. Из числа проанализированных историй дети с нормальным физическим развитием по z-score масса/возраст составили 45% ($1 > z\text{-score} > -1$), с БЭН легкой степени – 27% ($-1,1 > z\text{-score} > -2$), средней степени – 18% ($-2,1 > z\text{-score} > -3$) и тяжелой – 10% ($z\text{-score} < -3$) соответственно. У детей со средней и тяжелой БЭН в 80% случаев встречались комбинированные пороки, с преобладанием пороков «бледного» типа. У детей с БЭН средней степени тяжести пороки сопровождались НК и ЛГ в 57%, при тяжелой БЭН – в 100% случаев, в то время как у детей с нормальным физическим развитием – лишь в 45%. Средняя длительность пребывания в стационаре также различалась в зависимости от физического развития: средний койко-день у детей с нормальным физическим развитием – 13,53 дней, при тяжелой БЭН - 18,26 дней, что больше на 25% среднего койко-дня в этой группе. За время госпитализации только у 21% детей отмечалась прибавка массы тела, а в группе детей с тяжелой БЭН 40% имели убыль массы тела.

Выводы.

1. В группе детей с пороками с преимущественным право-левым сбросом больше детей с массой тела ниже возрастной.
2. При сочетании НК и ЛГ вероятность развития гипотрофии возрастает.
3. Наличие гипотрофии у ребенка удлиняет среднюю длительность пребывания в стационаре.
4. Часть детей при пребывании в стационаре теряет массу тела, необходим индивидуальный калоражный расчет питания.

БОЛЕЗНЬ ПАРКИНСОНА: КОГНИТИВНЫЕ И НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ

Мукашева Т.Ж., врач-невропатолог, Калелов Ж.С., врач лучевой
диагностики

Руководитель: Туруспекова С.Т., д.м.н., проф.

ГКБ №1, Республика Казахстан, г. Алмат

Болезнь Паркинсона (БП) остается одной из самых инвалидизирующих и существенно снижающих качество жизни как самих пациентов, так и их родственников актуальной проблемой и может приводить к различным мозговым дисфункциям, в том числе к развитию синдрома деменции.

Цель исследования: оценить когнитивные и нейровизуализационные характеристики у пациентов с БП.

Материалы и методы. Обследованы 42 пациента (17 мужчин и 25 женщин) в возрасте от 42 до 68 лет с впервые выявленной БП. Для определения степени двигательных нарушений использовались шкалы М. Tinetti. Для определения степени когнитивных нарушений использовалась краткая шкала оценки психического статуса (MMSE), краткая Монреальская шкала оценки когнитивных функций (MoCA). Для оценки морфологического субстрата головного мозга проводилась МРТ. Контроль – 20 мужчин и женщин аналогичного возраста практически здоровых без БП.

Результаты. Результаты исследования показали, что у всех пациентов с БП имеются когнитивные расстройства, которые были более выраженными, чем двигательные. Так, по данным MoCA-теста, среднее значение составило $18,2 \pm 0,6$ балла, что значительно ниже нормативных показателей; по данным шкалы MMSE – 21,9 баллов. На МРТ в ножках мозга отмечается повышение сигнала от ретикулярной части черной субстанции со сглаживанием границ между субстанциями. У некоторых пациентов в белом

веществе больших полушарий, субкортикально выявляются мелкие очаги глиоза без перифокальных изменений.

Выводы. Выявлено более выраженное снижение когнитивных функций по сравнению с двигательными у пациентов с БП, коррелируемое с морфологическими изменениями на МРТ, что диктует необходимость всем пациентам с БП проводить раннюю диагностику когнитивных нарушений.

НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ
ДИАГНОЗОВ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА,
ПОСТУПАЮЩИХ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ
СИНДРОМ: ОПЫТ РАБОТЫ ЗА 2016 ГОД РЕГИОНАРНОГО
СОСУДИСТОГО ЦЕНТРА ГKB № 1 ИМЕНИ
Н.И. ПИРОГОВА

Мурадова Л.Ш., Муксинова М.Д., Желтоухова М.О., 6 курс, лечебный
факультет, очная форма

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

Кафедра профилактической и неотложной кардиологии ИПО
ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, г. Москва

Введение. Рост продолжительности жизни закономерно сопровождается увеличением в популяции количества пожилых людей, которые всё чаще будут попадать к врачу на амбулаторный приём и в стационар. В нашей стране ишемическая болезнь сердца (ИБС) - самая частая причина заболеваемости, обращаемости за медицинской помощью и смертности, уровень которой остается более высоким в сравнении со странами Европы и США

Цель исследования: оценить распределение по нозологиям заключительных клинических диагнозов пожилых больных с острым коронарным синдромом (ОКС) по опыту работы ГKB №1 им. Н.И. Пирогова

г. Москвы и сопоставить полученные результаты с отечественными и зарубежными данными.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ заключительных клинических диагнозов 635 пациентов 75 лет и старше, поступивших по каналу скорой медицинской помощи и самотёком с 01 января по 31 декабря 2016 года с направлятельными диагнозами: ОКС, инфаркт миокарда (ИМ), нестабильная стенокардия (НС).

Результаты. Среди поступивших больных 75 лет и старше в 2016 г. ОКС было 380 пациентов, что составило 60% поступивших с ОКС старше 75 лет. ОКС с подъемом сегмента ST (ОКСПST) был диагностирован в 36% случаев, ОКС без подъема ST (ОКСБПST) 64%. По результатам дообследования у 255 пациентов (40%) диагноз ОКС не был подтвержден. При этом стабильная форма ИБС диагностирована в 13%, и в 27% диагностировано иное заболевание, тогда как по данным Европейского кардиологического общества среди пациентов любого возраста, поступающих в стационар с подозрением на ОКС, диагноз не подтверждается до 65% всех случаев. Отмечена высокая частота коморбидной патологии у пожилых, из которой самой частой оказалась артериальная гипертензия, встречающаяся в 98% случаев. В 2016 г. среди пожилых пациентов с ОКС снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) менее 60 мл/мин/1,73 м² зарегистрировано у 69% больных, анемия наблюдалась у 46% пациентов.

Заключение. В популяции пожилых пациентов с ОКС значительно (вдвое) преобладают пациенты с ОКСБПST, что соответствует современным данным о распределении пациентов с ОКС среди пациентов всех возрастных групп. Наблюдается более точная постановка диагноза у больных с ОКС на догоспитальном этапе в реальной практике работы Регионального центра Москвы по сравнению с европейскими данными. У пациентов с ОКС пожилого возраста отмечается высокая частота коморбидной патологии,

среди которой с высокой частотой встречается артериальная гипертония, снижение функции почек и анемия.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕОРГАННЫХ ЗАБРЮШИННЫХ ОПУХОЛЕЙ С ВОВЛЕЧЕНИЕМ ПОЧКИ

Муратов А.А., аспирант кафедры онкологии

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

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

Цель исследования: провести углублённый морфологический анализ, изучить непосредственные результаты хирургического лечения неорганных забрюшинных опухолей (НЗО) с вовлечением почки.

Материалы и методы. За период 2009-2016 гг. в Иркутском областном онкологическом диспансере находилось на лечении 25 больных НЗО с вовлечением в опухолевый процесс почки. Возраст больных составил 17-76 лет, распределение по гендерному признаку: 7 (28%) мужчин и 18 (72%) женщин. Распределение по морфологической картине было следующим: герминогенные опухоли составили 2 (8%) наблюдения, опухоли мезенхимы – 17 (68%), MPNST (malignant peripheral nerve sheath tumor) – 5 (20%), опухоли эндокринной системы – 1 (4%). Средний размер НЗО – $32,5 \pm 19,4$ см (13,0-62,0 см).

Результаты. Всем пациентам выполнены расширенно-комбинированные операции, в 12 (48%) наблюдениях были использованы «нефросохранные» технологии. В 18 наблюдениях была выполнена нефрэктомия, из них в 5 проведена реплантация удалённой почки в гетеротопическую позицию. В 2-х наблюдениях, учитывая наличие опухолевых клеток в крае диссекции выделенной почки, реплантация не

проводилась. В 5 наблюдениях было выполнено выделение почки из опухолевого массива *in situ*, в 1 – резекция верхнего полюса почки *in situ*, в 1 – в опухолевый процесс был вовлечён мочеточник, выполнена резекция мочеточника, транспозиция почки с наложением уретероцистоанастомоза. Средняя продолжительность операций составила $258 \pm 95,4$ мин (156,5-430,5 мин). Средняя интраоперационная кровопотеря составила $905,0 \pm 560,0$ мл (350,0-1480,0 мл). Частота послеоперационных осложнений, послеоперационный койко-день при удалении НЗО в расширенно-комбинированном объёме соответственно составили 32% (8), $16,4 \pm 7,2$ дней. Структура послеоперационных осложнений согласно классификации Clavien-Dindo: II степени – 1 (14%), IIIa степени – 1 (14%), IIIb степени – 3 (37%), IVa степени – 1 (14%), V степени – 2 (25%). Два пациента умерли в раннем послеоперационном периоде: в первом случае от прогрессирования полиорганной недостаточности на фоне перитонита, во втором случае в результате развития массивной ТЭЛА. При исследовании 19 макропрепаратов установлено, что опухоль наиболее часто вовлекала нижний полюс и заднюю поверхность почки – 10 (52,6%). По результатам морфологического анализа из 14 макропрепаратов истинная микроинвазия опухоли в паренхиму почки подтверждена в 4 (28%) наблюдениях. В 3 наблюдениях истинная инвазия отмечена при нейрогенной опухоли (MPNST и нейрофиброма), в 1 – при опухоли мезенхимального происхождения (лейомиосаркома). В 1 наблюдении установлена истинная инвазия стенки мочеточника солитарной фиброзной опухолью.

Выводы. Истинная инвазия НЗО в структуры почки составляет 28%. Инвазивным ростом обладают НЗО нейрогенной (в том числе погранично-злокачественного характера) и мезенхимальной природы. Низкая частота истинного роста опухоли в почку позволяет планировать проведение «нефросохранных» хирургических вмешательств. Основными причинами нефрэктомии при выполнении подобных операций служат технические трудности как выделения почки из опухолевого массива *in situ*, так и

интраоперационного определения истинной инвазии опухоли в структуры почки. Прецизионная диссекция почки из опухоли с применением микрохирургической техники *ex situ* с последующим экспресс-морфологическим исследованием и реплантацией в данной ситуации позволяет выполнить органосохраняющий объём хирургического пособия с соблюдением принципов онкологического радикализма.

ДЕКОМПРЕССИЯ ЛОКТЕВОГО НЕРВА В ОБЛАСТИ КУБИТАЛЬНОГО КАНАЛА С ПРИМЕНЕНИЕМ ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА

Мухина О.В., старший лаборант кафедры нейрохирургии

Руководитель: Кузнецов А.В., к.м.н., доц.

ФГБОУ ДПО РМАНПО, г. Москва

Введение. Компрессия локтевого нерва на уровне кубитального канала является распространенной патологией среди компрессионно-ишемических поражений периферических нервов верхних конечностей и занимает второе место по частоте после карпального синдрома (Bolster, 2015; Santosa, 2015). Консервативное лечение компрессионной нейропатии локтевого нерва может быть эффективно лишь в легких клинических случаях, а при умеренных или тяжелых нарушениях необходимо хирургическое вмешательство (Robertson С., 2012).

Результаты хирургического лечения при синдроме кубитального канала сильно варьируют по данным разных авторов. (Демин Ю.В., 2010). Очень хорошие результаты после оперативного вмешательства отмечены только у 44% больных (Nowak С.В., 2009), удовлетворительные – у 75-80% (Santosa, 2015; Демин Ю.В., 2010).

Актуальной проблемой в хирургическом лечении кубитального синдрома остается адекватность декомпрессии локтевого нерва на всех

уровнях его возможной компрессии в данной области, решение которой позволит снизить риск рецидива в послеоперационном периоде.

Материалы и методы. Выполнено 36 оперативных вмешательств по поводу декомпрессии локтевого нерва на уровне локтевого сустава у пациентов с диагностированной клинически и по данным УЗИ, ЭНМГ компрессионно-ишемической нейропатией. В ходе оперативного лечения применялась микрохирургическая техника вмешательства, выполнялась интраоперационная электромиография. Электрофизиологический контроль осуществлялся на системе ИОМ Nicolet VikingQuest. Выполнялось стандартное микрохирургическое вмешательство, направленное на декомпрессию локтевого нерва в области кубитального канала.

Результаты. При стимуляции проксимального фрагмента локтевого нерва до его декомпрессии показатели исходных значений амплитуды М-ответа находились в пределах 40-180 (103 ± 25) мкВ. После полной декомпрессии локтевого нерва в области локтевого сустава: рассечения крыши кубитального канала, последующего невролиза, рассечения мембраны Осборна (при ее наличии) – показатель М-ответа (кроме трех случаев) увеличился на 132-291%. Получено статистически достоверное различие величины М-ответа до и после декомпрессии локтевого нерва ($p < 0,02$). Интраоперационная динамика увеличения М-ответа различалась в зависимости от наличия или отсутствия мембраны Осборна. В трех случаях при сопутствующих травматических внутривольных поражениях локтевого нерва (при наличии мембраны в двух других и ее отсутствии – в другом), значимой динамики М-ответа в ходе операции не получено (прирост М-ответа – 13% , 17% и 17%).

Выводы. Интраоперационный электрофизиологический мониторинг предоставляет хирургу объективную оценку адекватности декомпрессии ствола локтевого нерва непосредственно в ходе операции, направлен на улучшение результатов хирургического лечения, значимо не удлиняя продолжительность оперативного вмешательства и являясь безопасным для

пациента. Данная методика может помочь в прогнозировании результатов хирургического лечения туннельной нейропатии локтевого нерва на уровне локтевого сустава.

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ АНКЕТИРОВАНИЯ ПО ОПРОСНИКУ «ИНДЕКС СИМПТОМОВ РЕФЛЮКСА» И ГАСТРОСКОПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПОТОНУСНОЙ ДИСФОНИЕЙ

Мушьян И.А., ординатор кафедры оториноларингологии

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

ФГБОУ ДПО РМАНПО, г. Москва

Гипотонусная дисфония (ГД) является одним из самых распространенных функциональных нарушений голоса. Если еще несколько лет назад считалось, что причинами возникновения ГД являются частые респираторные заболевания верхних дыхательных путей, перенапряжение голосового аппарата, гормональные дисфункции, то в настоящее время, в связи с ростом заболеваемости гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ), добавляется еще одна причина – ларингофарингеальный рефлюкс (ЛФР).

Цель исследования: выявить причины гипотонусной дисфонии на основании анкетирования по опроснику «Индекс симптомов рефлюкса» и эндоскопического осмотра, определить тактику дальнейшего лечения.

Материалы и методы. В течение 5 лет нами было осмотрено 400 пациентов, из которых 169 (42,25%) мужчин и 231 (57,75%) женщина в возрасте от 18 до 65 лет, со средним возрастом $39,75 \pm 4,6$ года, с основной жалобой на осиплость от легкой степени до полной афонии, а также на частую или постоянную беспричинную боль в горле, кашель, ощущение инородного тела в горле, чувство першения, стекание слизи по задней стенке глотки, частые простудные заболевания, начинающиеся с боли в горле. Всем

пациентам выполнялась эндоскопическая ларингоскопия при помощи ларингоскопа KarlStorz. Затем данные эндоскопической картины оценивались по шкале рефлюксных признаков (ШРП) до и после назначенной терапии. Проводилось анкетирование пациентов по опроснику «Индекс симптомов рефлюкса» (ИСР), который также использовался для оценки тяжести симптомов ЛФР на момент постановки диагноза и в динамике после лечения.

Результаты. В ходе осмотра, постановки диагноза и оценки дальнейшей тактики лечения все пациенты были разделены на две группы: пациенты с ЛФР (286 человек – 71,5%) и пациенты с иными причинами заболевания голосового аппарата (114 человек – 28,5%). В случаях, когда у пациентов диагностировались признаки ЛФР, они направлялись на эзофагогастродуоденоскопию (ЭГДС). По данным ЭГДС выделены 3 группы пациентов: 1) пациенты с гастритом, гастродуоденитом – 187 чел.; 2) пациенты, у которых выявили рефлюкс-эзофагит или косвенные анатомические предпосылки для ЛФР – 196 чел., 3) пациенты, у которых выявили эктопию желудочного эпителия в слизистую оболочку пищевода – 13 чел. Пациентам с выявленным ЛФР назначалось лечение, состоящее из двух подходов. Первый подход – модификация образа жизни (частое дробное питание, снижение массы тела, нормализация режима сна, поднятое изголовье кровати, отказ от курения), второй – использование антацидов, ингибиторов протоновой помпы и прокинетиков. Пациентам с иными причинами поражения гортани назначался голосовой режим, фонопедические упражнения, ингаляции. Через месяц оценивалась эффективность проведенной терапии. Статистическая обработка данных осуществлялась в программе Microsoft Excel с использованием критерия Стьюдента для оценки достоверности результатов. Среднее значение ИСР до лечения составило $16,45 \pm 4,7$ баллов, после лечения – $9,68 \pm 2,9$ баллов; по ШРП до лечения – $21,56 \pm 5,4$ балла и после лечения – $14,85 \pm 3,1$ балла ($p < 0,05$). Снижение выраженности симптомов ЛФР у пациентов с

гипотонусной дисфонией в результате антирефлюксной терапии является статистически значимым.

Выводы.

1. Ларингофарингеальный рефлюкс выявлен у большинства пациентов с гипотонусной дисфонией.
2. Антирефлюксная терапия эффективно влияет на разрешение симптомов гипотонусной дисфонии без дополнительных назначений.

НАУЧНАЯ И ПРАКТИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПРОФЕССОРА А.И. ДОЙНИКОВА В ДЕВЯНОСТЫЕ ГОДЫ ДВАДЦАТОГО ВЕКА

Нагиева И.Э., преподаватель кафедры истории медицины

Руководитель: Пашков К.А., д.м.н., проф.

ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова, г. Москва;

Дойников А.И., д.м.н., профессор, основатель кафедры пропедевтики
ортопедической стоматологии ММСИ (1963 г.)

Цель исследования: показать научную и практическую деятельность А.И. Дойникова в девяностые годы двадцатого века.

Материалы и методы Историко-сравнительный, историко-системный и историко-проблемный метод.

Результаты. В данный период тематика научных работ А.И. Дойникова была различной. Вопросам технологии изготовления протезов посвящены публикации, включающие изучение новых методов полимеризации акриловых пластмасс для изготовления базисов съемных протезов. На кафедре был разработан метод СВЧ-полимеризации (совместно с радиофизическим институтом и ЦНИИС), позволяющий улучшить физико-механические свойства акриловых пластмасс, сократить время и более точно соблюсти режим полимеризации.

В вопросах несъемного протезирования была разработана методика восстановления зубов, разрушенных ниже уровня десны. А.И. Дойниковым с соавторами также был разработан методологический подход к этапам ортопедического лечения пациентов с частичной и полной адентией с использованием отечественной системы имплантатов, позволяющий снизить количество поздних осложнений.

В этот период продолжались исследования проблем аллергии и непереносимости стоматологических материалов: наличие в полости рта разнородных металлических включений вело к формированию местного иммунного ответа, проявляющегося выработкой определенных иммуноглобулинов; изменения данных показателей в сыворотке крови также были обнаружены.

Проблеме ортопедического лечения пациентов с сопутствующими заболеваниями посвящена работа А.И. Дойникова с соавторами, где описываются особенности ортопедического лечения пациентов с нервно-психическими нарушениями.

Оценке качества изготовления съемных пластиночных протезов посвящены публикации, где описаны результаты изучения зависимости концентрации гистамина в смешанной слюне от качества съемных протезов, влияния температуры полимеризации акриловой пластмассы на ее пористость.

А.И. Дойников являлся первым председателем Экспертной комиссии по качеству (ГКК), которая в тот период работала на базе кафедры и осуществляла непредвзятую экспертизу качества проведенного ортопедического лечения и урегулирование конфликтных ситуаций. Результаты работы конфликтной комиссии отражены также в нескольких публикациях этого периода.

Выводы. В девяностые годы двадцатого века тематика научных работ А.И. Дойникова включала вопросы технологии изготовления протезов, оценку качества изготовления протезов, вопросы несъемного

протезирования, проблемы непереносимости стоматологических материалов и протезирования пациентов с соматическими заболеваниями, а также работе ГKK.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ХНВ ПРИ МИОПИИ И ВОЗРАСТНОЙ МАКУЛЯРНОЙ ДЕГЕНЕРАЦИИ. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ.

Нам Ю.А., аспирант кафедры офтальмологии

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

ФГБОУ ДПО РМАНПО, г. Москва

В последнее десятилетие возрос интерес к изучению близорукости в связи с увеличением ее случаев во всем мире, склонностью к прогрессированию и частому переходу в осложненную форму. В структуре инвалидности в целом миопия занимает третье место в РФ. Основными факторами происхождения и развития миопии в современной офтальмологии признают нарушение аккомодационного аппарата, наследственную предрасположенность, ослабление опорных свойств склеры. Миопией высокой степени принято считать аномалию рефракции более -6,00 Д или аксиальную длину глазного яблока свыше 26,5 мм. Патологической или дегенеративной является близорукость высокой степени с любой миопически связанной патологией заднего полюса, сопровождающаяся развитием осложнений. Самым грозным осложнением является миопическая хориоидальная неоваскуляризация (мХНВ). По мнению некоторых авторов, глаза с неоваскулярной мембраной имеют более тонкую хориоидею в субфовеальной области и ниже нее, что может способствовать формированию мХНВ. Однако до сих пор остается неясным, каким образом. Одним из возможных объяснений может быть снабжение сосудов хориоидеи кислородом из наружных слоев сетчатки. Именно она является главным источником VEGF, участвующим в росте новообразованных сосудов, а

истончение хориоидеи в фовеа может приводить к гипоксическим изменениям в наружных слоях сетчатки, также запуская рост ХНВ.

Гемодинамическая теория развития мХНВ подразумевает редукцию просвета сосудов, снижение тонуса сосудистой стенки с ее вторичной гипоплазией на фоне длительного снижения скорости кровотока. «Порочный круг» замыкается, усугубляя ишемию хориоидеи и сетчатки с увеличением количества таких участков. Это приводит к компенсаторному ремоделированию сосудов хориоидеи и появлению зон неоваскуляризации. По данным многих авторов, ХНВ наиболее часто осложняет течение возрастной макулярной дегенерации (ВМД). Более 30 млн человек в мире, в том числе более 12 млн европейцев, потеряли зрение из-за ВМД. Большинство отечественных и зарубежных офтальмологов рассматривают ВМД как мультифакториальное заболевание, на развитие которого оказывает влияние возраст, курение, этническая принадлежность, наследственные факторы, инфекционные агенты и др.

Killingsworth выделяет две фазы развития ХНВ при возрастной макулярной дегенерации: 1. Пенетрация новыми сосудами мембраны Бруха. 2. Обширная васкуляризация пигментного эпителия сетчатки (ПЭС), которая характеризуется пролиферацией и миграцией клеток эндотелия сосудов. Изменения в ПЭС при ВМД приводят к накоплению продуктов обмена внутри самих клеток, а в последующем, в пространстве под ПЭС с формированием мягких друз. Наличие последних приводит к разобщению мембраны Бруха и ПЭС, его атрофии и образованию дефектов в структуре мембраны Бруха. Транссудат, образующийся в результате повышенной проницаемости стенок сосудов хориокапиллярного слоя, проникает под ПЭС через дефекты в мембране Бруха, приводя к его отслойке, а затем и к отслойке нейроэпителия. Таким образом, возникает ишемия ретинальной ткани, которая сопровождается отеком с последующим развитием ХНВ. В отличие от ВМД, при миопии вращение новообразованных сосудов является первичным по отношению к образованию ОПЭ. В результате аксиального

удлинения глаза у миопов истончается ПЭС, атрофируется хориокапиллярис, появляются трещины в мембране Бруха, через которые и врастают новообразованные сосуды из хориоидеи в пространство под ПЭС.

Дегенеративные и возрастные изменения структур глазного дна возникают как у людей с эмметропией, так и с различными аномалиями рефракции. При миопии средней и высокой степени оценка стадии и эволюции ВМД нередко вызывает сложности, поскольку изменения на глазном дне при далеко зашедших состояниях обеих патологий имеют схожие характеристики, что, несомненно, требует дальнейшего детального изучения.

РАННЯЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ НЕОАДЬЮВАНТНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ СО II- III СТАДИЯМИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ненахова Ю.Н., аспирант кафедры онкологии

Руководитель: Поддубная И.В., акад. РАН, проф., д.м.н., зав. кафедрой
онкологии

ФГБОУ ДПО РМАНПО, г. Москва

Цель исследования: сравнить методы оценки ответа на неoadьювантную химиотерапию у больных раком молочной железы II-III стадий, определить методы подходящие для ранней оценки эффективности лечения (после 2 курсов химиотерапии).

Материалы и методы. В протокол исследования включено 59 пациенток (средний возраст 54 года) с гистологически подтвержденным диагнозом рака молочной железы, II-III стадиями заболевания. Всем женщинам на первом этапе лечения была проведена химиотерапия. Для оценки эффективности лечения использовались стандартные методы: (физикальный осмотр, маммография (ММГ) и ультразвуковое исследование

молочных желез и регионарных зон (УЗИ) и дополнительные методы: МР-маммография молочных желез с контрастированием, МР-спектроскопия, МР-диффузия, определение циркулирующих опухолевых клеток (ЦОК) по методике ISET (Isolation by Size of Tumor cells). Исследования проводились в три этапа: до начала лечения, после 2 курсов химиотерапии (для оценки раннего ответа) и по окончании лечения. Ответ опухоли на лечение определялся в соответствии с критериями RECIST и сравнивался со степенью патоморфологического ответа планового гистологического исследования.

Результаты. Полный патоморфологический ответ на лечение (4 степень лечебного патоморфоза по шкале Лавниковой) был достигнут у 9 пациенток (15%), из них 7 имели тройной негативный подтип опухоли. 14 (24%) пациенток имели 3 степень лечебного патоморфоза. Отсутствие ответа опухоли на лечение (0-1 степень по Лавниковой) наблюдалось у 6 женщин (10%). Мы сравнили частоту совпадений клинического (по данным УЗИ, ММГ и МР-маммографии) и патоморфологического размеров опухоли. МР-маммография явилась наиболее точным методом в оценке остаточного объема опухоли (65% против 48% по данным УЗИ и 45% по данным ММГ).

У 21 (34%) больной были обнаружены ЦОК до начала лечения. Худший ответ опухоли на лечение (0-2 степень) наблюдался у 6 (10%) больных с наличием ЦОК на всех этапах лечения. ЦОК не определялись преимущественно у больных со II стадией рака молочной железы 18 (64%) люминальным А и В (Her2-) подтипами опухолей 19 (68%).

Пик холина по данным МР-спектроскопии не регистрировался у 12 (21%) больных, что, на наш взгляд, было связано со структурой (отсутствие солидного компонента, диффузный тип опухоли) и размером опухоли (менее 2,0 см). У 38 пациенток наблюдалось уменьшение пика холина в процессе лечения, 16 (42%) из них имели 3-4 степень лечебного патоморфоза.

У 49 пациенток был определен измеряемый коэффициент диффузии (ИКД) на 3 этапах. Была обнаружена корреляция ИКД с ответом на лечение. Более высокий ИКД до начала лечения определялся у женщин с 0-2 степенью

патоморфологического ответа ($0,000920 \text{ мм}^2 / \text{с}$) по сравнению с пациентками, имевшими 3-4 степень ответа на лечение ($0,000705 \text{ мм}^2$).

Выводы. МР-маммография – метод выбора в оценке результатов НПХТ. Ранняя оценка ответа возможна с помощью МР-спектроскопии, МР-диффузии, однако применимость этих методов для оценки эффективности НПХТ требует более длительного изучения. ЦОК- прогностический и предиктивный онкомаркер нового поколения, значимость которого в оценке эффективности НПХТ в настоящее время активно изучается.

ВЛИЯНИЕ ВОЗРАСТА НА ВОССТАНОВЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНСУЛЬТА

Никитенко П.С., очный аспирант кафедры нервных болезней, психиатрии и
наркологии

Руководитель: Карнаух В.Н., д.м.н., проф. кафедры нервных болезней,
психиатрии и наркологии

ФГБОУ ВО Амурская ГМА, г. Благовещенск

Острое нарушение мозгового кровообращения является второй причиной смертности среди населения и одной из самых частых причин инвалидизации. В последние десятилетия отмечается «омоложение» инсульта с вовлечением трудоспособного слоя населения. Нами было проведено исследование влияния возраста на прогноз восстановления организма после перенесенного ишемического инсульта.

Цель исследования: сравнить путем анализа шкал инсульта NIHSS, индекса активности повседневной жизни Бартела, шкалы Рэнкина результаты лечения ишемического инсульта у молодых и среднего возраста пациентов.

Материалы и методы. Исследованы методом слепой выборки 99 историй болезни пациентов с диагнозом «острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу», проходивших лечение на базе

регионального сосудистого центра Амурской областной клинической больницы города Благовещенска в течение года, с уровнем неврологического дефицита при поступлении по шкале NIHSS $5,35 \pm 0,05$. Из них 34 больных в возрасте 25-44 лет и 65 пациентов в возрасте 45-59 лет. Каждый пациент за время пребывания в отделении прошел комплексное обследование, лечение и необходимые реабилитационные мероприятия. Диагнозы подтверждены методами нейровизуализации (спиральная компьютерная томография, магнитно-резонансная томография). Были исключены больные, отягощенные соматической патологией в стадии декомпенсации больные, которым проводилась тромболитическая терапия. Уровень неврологического дефицита, бытовой независимости определялся на 18-21-й день от дебюта заболевания.

Результаты. Уровень неврологического дефицита на момент выписки составлял у лиц молодого возраста $2,65 \pm 0,05$, у пожилых – $2,15 \pm 0,05$. Индекс повседневной активности Бартела у лиц молодого возраста составил $90,45 \pm 0,05$, пожилого возраста – $85,35 \pm 0,05$. Уровень инвалидизации по шкале Рэнкина у молодых составил $1,65 \pm 0,05$ и $1,85 \pm 0,05$.

Заключение. Таким образом, возраст больного, перенесшего острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу, не имеет высокую значимость как прогностический фактор восстановления.

СОСТОЯНИЕ СКОРОСТНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ КУРСА НАЗЕМНОЙ ГАЛО- И СПЕЛЕОТЕРАПИИ

Николаева Е.А., младший научный сотрудник

Руководитель: Косяченко Г.Е., д.м.н., доц.

Республиканское унитарное предприятие «Научно-практический центр
гигиены», г. Минск, Республика Беларусь

В современном мире в результате изменения экологической обстановки, в частности, увеличения загрязнения и загазованности воздушной среды, происходит снижение иммунологической резистентности организма, которое проявляется ростом числа заболеваний органов дыхания, в том числе распространенности бронхиальной астмы, астматических бронхитов и других хронических заболеваний легких на всей территории республики Беларусь. В структуре первичной заболеваемости детского населения республики болезни органов дыхания занимают первое место и составляют свыше 70% от всех заболеваний.

Роль неблагоприятных факторов окружающей среды в формировании заболеваний органов дыхания неоспорима, что определяет разнообразные подходы по их профилактике и лечению. В числе альтернативных методов профилактики и лечения заболеваний бронхолегочной системы аллергенного генеза широко используется спелеотерапия. В последние годы в стране и за рубежом все шире применяются искусственные аналоги спелеотерапии в виде наземных отделений галотерапии, камер искусственного микроклимата.

Для изучения влияния спелеосреды наземных гало- и спелеоклиматических камер на функциональное состояние основных показателей системы дыхания у детей проведен анализ данных по измерениям пиковой скорости выдоха при помощи пикфлоуметра

у 192 пациентов с заболеваниями органов дыхания. Измерения проводили до и после курса гало- и спелеотерапии. Пикфлоуметрия – метод

функциональной диагностики для определения пиковой объемной скорости форсированного выдоха. Метод позволяет оценить, с какой скоростью человек может выдохнуть воздух, и таким образом оценить степень обструкции (сужения) дыхательных путей и дает возможность оценить эффективность проводимой терапии.

Проведенный статистический анализ распределения детей по возрастным группам показал, что средний возраст детей, проходивших курс гало- и спелеотерапии составляет $9,7 \pm 0,12$ лет. Наиболее часто курс наземной гало- и спелеотерапии ($13,5 \pm 0,16$ дней) назначался детям, в анамнезе которых имелись частые и длительные заболевания органов дыхания. Средний возраст таких детей составляет $10,1 \pm 0,29$ лет. Бронхиальная астма занимает второе место и средний курс наземной гало- и спелеотерапии составлял $13,8 \pm 0,19$ дней, средний возраст детей - $8,3 \pm 0,17$ лет. Далее следуют заболевания нёбных миндалин, хронические бронхиты, риниты, синуситы и др. По всем нозологическим формам болезней органов дыхания наблюдалось улучшение показателя внешнего дыхания, пиковая скорость выдоха увеличивается после проведения курса наземной гало- и спелеотерапии (13-14 дней), чему способствовало расширение дыхательных путей, увеличение бронхиальной проходимости. По результатам проведенных измерений выявлены различия при достижении лечебного эффекта при разных заболеваниях. Так, при воспалениях слизистых оболочек полости носа и придаточных пазух носа, гипертрофии нёбных миндалин пиковая скорость выдоха после курса гало- и спелеотерапии увеличивается и соответственно наблюдается улучшение у 82,4% и 96,3% пациентов. Этот эффект обусловлен, по нашему мнению, наличием в спелеоклиматических камерах соляного аэрозоля, который при вдыхании в малых концентрациях оказывает мягкое бактерицидное и бактериостатическое действие на воздушную микрофлору и, как следует полагать, в том числе на микрофлору верхних дыхательных путей, что приводит к санированию патологии.

РАЗВИТИЕ МЕДИЦИНСКОЙ СТАТИСТИКИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Нямцу А.М., аспирант кафедры общественное здоровье и здравоохранение

Руководитель: Брынза Н.С., д.м.н., доц.

ФГБОУ ВО Тюменский государственный медицинский университет,
г. Тюмень

Развитие новых технологий, необходимость оценки эффективности проводимых реформ, а также своевременное принятие управленческих решений повысило потребность в качественной медико-статистической информации. В настоящее время медицинская статистика является одним из востребованных разделов организации здравоохранения, в связи с чем нагрузка на специалистов данной области возрастает из года в год. Так, например, в 1949 г. число отчетных форм составляло 11, в 1992 г. – 23, в 2010 г. – 38, а в 2015 г. – 42.

Внедрение современных инструментов сбора и обработки отчетности позволило оптимизировать сам процесс и повысить качество собираемой информации. В Тюменской области (без автономных округов) с 2007 по 2014 гг. государственным автономным учреждением Тюменской области «Медицинский информационно-аналитический центр» использовались 3 автоматизированные системы. Однако необходимость однократного ввода данных и дальнейшее многократное их использование потребовали объединения двух автоматизированных систем. В связи с этим в 2015-2016 гг. было проведено поэтапное объединения систем. На несколько организационных особенностей данного процесса необходимо обратить внимание:

1. Отчетная форма переводилась в объединенную автоматизированную систему исключительно после закрытия сводного отчетного периода (квартал, полугодие, год).

2. Медицинские организации своевременно (за две недели до отчетной даты) информировались о переводе отчетной формы в объединенную автоматизированную систему.

3. Перевод отчетности в объединенную автоматизированную систему осуществлялся исключительно по мере готовности к вводу данных, т. е. периода опытной или тестовой эксплуатации не предполагалось, во избежание срыва сроков предоставления сводной информации получателям.

4. Во избежание путаницы отчетные формы для ввода данных медицинскими организациями в «старых» системах блокировались.

Соблюдение данных принципов объединения автоматизированных систем сбора и обработки отчетности позволило ввести в полноценную эксплуатацию единую систему без срыва сроков обеспечения информацией органов исполнительной власти федерального, регионального и муниципального уровней.

Данная оптимизация также оказалась экономически целесообразной, определила экономию бюджетных средств, сформировавшуюся в результате исключения расходов на приобретение лицензий на одну из используемых автоматизированных систем.

НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТА С АУТОИММУННЫМ ПОЛИЭНДОКРИННЫМ СИНДРОМОМ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Облогина И.С. ординатор кафедры педиатрии

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

ФГБОУ ДПО РМАНПО, г. Москва

АПС (аутоиммунный полигландулярный синдром) – это аутоиммунное поражение 2 и более периферических эндокринных желез, приводящее к их недостаточности, часто сочетающееся с поражением других органов.

Существует 2 типа. 1 тип (MEDAC – multiple endocrine deficiency autoimmune candidiasis, триада Дж. Уайткера) – аутосомно-рецессивное заболевание со слизисто-кожным кандидозом, гипопаратиреозом, первичная хроническая надпочечниковая недостаточность. Ген, кодирующий белок AIRE (autoimmune regulator), расположен в 21 хромосоме. Встречаемость у изолированных народов, такие как иранские евреи, – 1:9000, а у народов Финляндии – 1:25 000. Для остальных народов это является казуистически редкой патологией. 2 тип – чаще манифестирует у женщин в среднем возрасте (20-50 лет) и проявляется синдромом Карпентера (СД-1 и АИТ).

Клинический случай. Пациентка 13 лет с синдромом АПС-1. Девочка от первой физиологической беременности, самостоятельных родов на 40-й неделе. На грудном вскармливании до 1 года. В период раннего возраста росла и развивалась без особенностей. С 3 лет начали беспокоить жалобы по поводу кандидоза полости рта. Лечились дифлюканом с положительным эффектом. С 4 лет беспокоит конъюнктивит и содружественное постоянное сходящееся косоглазие. Через некоторое время девочка попадает в реанимацию с тонико-клоническими судорогами метаболического генеза (кальций – 1,8, фосфор – 1,9). Выставлен диагноз гипопаратиреоза, заподозрен АПС 1 типа(?), назначена терапия препаратами кальция (кальций Д3 никомед). Через 2 месяца – повторная декомпенсация фосфорно-кальциевого обмена (индивидуальная непереносимость препаратов кальция – рвота после приема). Также присоединились симптомы надпочечниковой недостаточности (адинамия, рвота, анорексия, электролитное нарушение). Проведен генетически-молекулярный анализ - мутация R257X гена AIRE – подтвержден АПС 1 типа. Начата заместительная терапия кортефом (17,5 мг/сут) и кортинеффом (0,1 мг/сут), бессимптомного эутиреоза – йодомарином 100 мг/сут. В 5 лет после ОРВИ появились жалобы на полиурию, полидипсию, повышение аппетита – выставлен диагноз сахарного диабета 1 типа, начата инсулинотерапия (новорапид, левимир 15 Ед/сут). В 6 лет в ходе обследования обращает внимание гипертрихоз спины и рук,

повышение АД до 140/90 мм рт.ст. Проводится коррекция терапии кортефом и кортинеффом, назначаются антигипертензивные препараты с последующей отменой после нормализации артериального давления. Также выявляются симптомы аутоиммунного гепатита, синдрома мальабсорбции, в связи с чем назначается креон в дозе 60 000 Ед/сут. Тяжелые состояния ребенка связаны с возникающими интеркуррентными заболеваниями. В 11 лет переведена на терапию с помощью инсулиновой помпы. В 12 лет появились симптомы декомпенсации щитовидной железы, назначен эутирокс 50 мкг/сут, также проведена оперативная коррекция косоглазия. В настоящее время 13,5 лет: рост – 141,5 см, масса тела – 32,5 кг (физическое развитие на 9 лет). Половая формула $P1Ma2Me0$, скелетных аномалий нет, распределение жира равномерное. По основным органам и системам без значимой патологии. Зоб 1 степени, АД – 100/70 мм рт. ст. Прием гормональных средств корректируется по возрасту и симптомам. С начала года имеется колебание гликемии – 5-15 ммоль/л, гликозилированный гемоглобин 10,4%. Диету нарушает. Производится коррекция инсулинотерапии. На УЗИ органов малого таза признаки допубертатного развития желез. Данные за первичный гипогонадизм неточны. Прогноз у пациентки затруднителен и значительно варьируется.

Выводы. Данный клинический случай показывает необычное сочетание синдромов при редком заболевании и трудности в адекватном лечении данного пациента.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕЖИМОВ СКАНИРУЮЩЕГО ЛАЗЕРНОГО ОФТАЛЬМОСКОПА ДЛЯ ВИЗУАЛИЗАЦИИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ГЛАЗНОГО ДНА

Овсянко А.А., аспирант кафедры офтальмологии

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

ФГБОУ ДПО РМАНПО, г. Москва

Диагностика изменений глазного дна при контузиях является актуальным вопросом современной офтальмологии. Последствия травмы могут быть многообразными и порой представлять сложную задачу для клинициста. От полноценного обследования пострадавшего напрямую зависит выбор оптимальной тактики лечения.

В настоящее время получает распространение такой диагностический метод, как сканирующая лазерная офтальмоскопия (СЛО). СЛО применяется в диагностике дегенеративных заболеваний сетчатки, диабетической ретинопатии, глаукомной нейрооптикопатии. В доступной литературе данных об использовании СЛО в диагностике травм не найдено.

Цель исследования: дать характеристику возможности визуализации посттравматических изменений с помощью разных режимов сканирующего лазерного офтальмоскопа.

Материал и методы. Проведено обследование 50 пациентов (100 глаз) с контузией различной степени тяжести. Средний возраст пациентов – $39,2 \pm 14,6$ лет, женщин – 9 (18%), мужчин – 41 (82%).

Для диагностики использован метод сканирующей лазерной офтальмоскопии (F-10, Nidek, Япония).

В основе метода СЛО лежит лазерное сканирование глазного дна с регистрацией интенсивности лазерного излучения отраженного или рассеянного каждой точкой. Для получения изображений глазного дна используются лазеры с разной длиной волны – синий (490 нм), зеленый

(532 нм), красный (660 нм), инфракрасный (790 нм) и различные режимы работы: ретро-режим, режим регистрации аутофлюоресценции (режим АФ).

Режим регистрации аутофлюоресценции основан на способности флюорофоров клеток пигментного эпителия сетчатки флюоресцировать под воздействием лазера коротковолнового спектра.

Принцип получения изображений в ретро-режиме основан на регистрации части лучей инфракрасного лазера, которые проходят под углом через определённую заслонку (апертуру), которая задерживает центральные и часть косых лучей. За счёт такой конструкции происходит формирование псевдостерео изображения.

Результаты. Метод СЛО позволил регистрировать проявления хориоидального разрыва с использованием всех режимов. Патологические изменения при травматической оптической нейропатии обнаруживались при применении всех режимов, кроме режима АФ. Использование цветных лазеров визуализировало проявления гипотонической ретинопатии, в режиме АФ и ретро-режиме изменений не выявлено. Субретинальное кровоизлияние и нарушение кровообращения в системе нижневисочной ветви центральной артерии сетчатки были обнаружены режимами синего и зелёного лазера, а также в режиме АФ. Патологические изменения, характерные для травматического макулярного разрыва, визуализировались всеми режимами, за исключением режимов красного и инфракрасного лазеров. С помощью ретро-режима визуализации обнаружены проявления контузионной ретинопатии и отслоение нейроэпителия.

Выводы. В ходе проведённого исследования оценены возможности режимов сканирующего лазерного офтальмоскопа и подобраны режимы диагностики возможных клинических проявлений, что свидетельствует о возможном включении метода сканирующей лазерной офтальмоскопии в алгоритмы диагностики посттравматических изменений глаза.

ВЗАИМОСВЯЗЬ АКТИВНОСТИ МАТРИКСНЫХ
МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗ 2, 9 И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО
КОГНИТИВНОГО ДЕФИЦИТА У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ АКШ

Овчинников Д.А., старший лаборант кафедры неврологии и мануальной
медицины,

Воробьев Е.А., ординатор кафедры пропедевтики внутренних болезней
Руководитель: Баранцевич Е.Р., д.м.н., проф., зав. кафедрой неврологии и
мануальной медицины

ГБОУ ВПО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, г. Санкт-Петербург

Введение. В норме ММР-9 (ММР – матриксная металлопротеиназа) конститутивно экспрессируется в головном мозге преимущественно в нейронах, в то время как ММР-2 – в нейронах, глиальных клетках и эндотелии.

Окислительный стресс и цитокиновый «шторм» ведут к активации экспрессии ММР, а также привлечению лейкоцитов – главных источников «индуцированного» синтеза металлопротеиназ, преимущественно ММР-9.

Доказано участие ММР-2 и 9 в поддержании процессов воспаления, миграции лейкоцитов, разрушении компонентов гематоэнцефалического барьера.

Наличие субстратной специфичности ММР, а также наличие растворимых их форм в сыворотке крови сделало возможным оценку активности данных протеаз в сыворотке крови.

Цель исследования. Поиск взаимосвязи между активностью ММР-2 и ММР-9 и послеоперационным когнитивным дефицитом у больных после аортокоронарного шунтирования.

Материалы и методы. В исследование включено 50 пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС), планируемых на АКШ. Из них 42

пациента находились в группе искусственного кровообращения (ИК), 28 пациентов – в группе off-pump.

Пациенты, помимо стандартных клинических обследований, проходили неврологический осмотр и ряд нейропсихологических тестов. Тест Гамильтона на депрессию – до операции. Положительный результат теста являлся критерием исключения. Тесты на когнитивные нарушения за 2-е суток до операции и на 7-е сутки после операции: MMSE, Монреальская шкала (MoCa), FAB, TMT тест, корректурная проба. Активность матриксных металлопротеиназ определяли методом желатиновой зимографии в 10% ПААГ с определением активности профермента proMMP-9, MMP-9, MMP-2.

Статистическая обработка данных проведена с использованием пакета программы GraphPad Prism5.

Результаты исследования. Из примененных нейропсихологических тестов достаточно чувствительным оказался только тест «Монреальская шкала». Значимое снижение этого показателя (более 3 баллов по шкале MoCa) произошло у 15 из 42 больных группы ИК и 3 из 28 больных, оперированных при работающем сердце.

Существенным и статистически значимым изменением в точке T1 как в группе ИК, так и в группе off-pump оказалось повышение уровня MMP-9. Ни в одной из групп не было статистически значимого изменения уровня MMP2, Однако уровень MMP-2 как до операции, так и после нее оказался больше ($p<0,05$) у пациентов со значимым снижением когнитивных функций по результатам тестирования MoCa. При сравнении групп ИК и off-pump было показано, что после операции прирост концентрации MMP-9 был статистически значимо выше в группе ИК.

Зависимость между снижением когнитивных функций на седьмые сутки после операции и изменением концентрации цитокинов в плазме через 2 часа после операции для всех пациентов была выявлена для MMP-9 ($p<0,01$).

Выводы. Степень снижения когнитивных функций у больных после АКШ связана с активностью ММР-9. Более высокая активность ММР-9 и более значимое снижение когнитивных функций наблюдается у больных после АКШ с применением АИК.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ, ВЫЗВАННАЯ ДЕЙСТВИЕМ КОБАЛЬТА И ЦИНКА

Оганесян Д.Х., очный аспирант кафедры нормальной физиологии

Руководитель: Брин В.Б., д.м.н., проф.

ФГБОУ ВО СОГМА, РСО-Алания, г. Владикавказ

Введение. Кобальт и цинк относятся к группе микроэлементов, т.е. являются жизненно важными для функционирования различных систем организма.

Повышенное поступление кобальта оказывает значительное влияние на параметры системной гемодинамики, о чем свидетельствует ряд научных трудов. Данные разнятся, так как наблюдали эффект как вазодилатации, так и вазоконстрикции.

Повышенное поступление цинка в организм животных сопровождается падением содержания кальция в крови и в костях. Это связано с тем, что избыток цинка вытесняет кальций из транспортных систем, замещая его. В ряде зарубежных исследований на животных показана роль дефицита цинка в развитии сердечно-сосудистой патологии, однако данных о влиянии избытка цинка на параметры системной гемодинамики недостаточно.

Цель исследования заключается в изучение особенностей изменения параметров системной гемодинамики под влиянием хлорида цинка и кобальта.

Материалы и методы. Работа выполнена на 75 крысах-самцах линии Вистар массой 200-300 г. Эксперименты проводились в 5 группах животных:

1-я группа – интактные крысы, 2-я группа – животные с подкожным введением хлорида цинка, 3-я группа – животные с внутрижелудочным введением цинка, 4-я группа – с подкожным введением хлорида кобальта, 5-я группа – крысы с внутрижелудочным введением кобальта.

По истечении времени эксперимента (30 дней) исследовали функциональное состояние сердечно-сосудистой системы. Кривые термодилуции регистрировались на самописце ЭПП-5. Показания артериального давления и частоты сердечных сокращений определялись с помощью монитора МХ-04.

Результаты и их обсуждение. Изучение показателей системной гемодинамики при использовании двух способов введения кобальта и цинка позволило выявить увеличение среднего артериального давления во всех группах относительно интактных животных. Увеличение артериального давления в этих группах объясняется значительным ростом удельного периферического сосудистого сопротивления относительно значения показателей у интактных животных, несмотря на снижение сердечного и ударного индексов. Увеличение частоты сердечных сокращений у экспериментальных животных, получавших хлорид кобальта, относительно фоновых значений может свидетельствовать об активации симпатических влияний на сердце в условиях хронической кобальтовой интоксикации.

Увеличение частоты сердечных сокращений имело место и у экспериментальных животных, получавших хлорид цинка. Значимых различий между группами крыс с подкожным и внутрижелудочным введением цинка не было выявлено. При сравнении групп, получавших кобальт и цинк, между собой нужно отметить более выраженную гипертензивную реакцию у крыс, получавших кобальт.

Выводы.

1. При введении экспериментальным животным хлорида кобальта и цинка наблюдается повышение артериального давления за счет роста удельного периферического сосудистого сопротивления.

2. Введение металлов вызвало снижение насосной функции.
3. Путь введения металлов не влияет на показатели системной гемодинамики.
4. Кобальт вызывает большую гипертензивную реакцию по сравнению с цинком.

ОСОБЕННОСТИ НЕЙРО-ГУМОРАЛЬНЫХ МЕХАНИЗМОВ АДАПТАЦИИ У СТУДЕНТОВ К УЧЕБНОЙ НАГРУЗКЕ

Огнева Л.Г., ассистент кафедры патологической физиологии
им. Д.Е. Альперна

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина

Одним из основных факторов, влияющих на реактивность является состояние нервной и эндокринной системы. Характерные изменения реактивности организма имеют индивидуальные особенности реактивности у каждого в отдельности.

Цель исследования: определить уровни адаптации и среди студентов-медиков. Выявить психофизиологическое состояние здоровья студентов, проживающих в разных бытовых условиях. Раскрыть механизмы, которые лежат в основе реактивности, поскольку от них зависит сопротивляемость и устойчивость организма к воздействию болезнетворных агентов. Наибольшее воздействие на проявления реактивности оказывают гормоны передней доли гипофиза (тропные гормоны), стимулирующие секрецию гормонов коры надпочечников.

Материалы и методы. Объектами наблюдения были студенты 1 – 3 курсов Харьковского национального медицинского университета (264 студента). Индекс физического здоровья включал в себя данные психологического тестирования и исследование количества кортизола и иммунограмм.

Результаты. В результате проведенного исследования были выделены две группы студентов. Первая группа - студенты с устойчивой достаточной адаптацией (52%). Почти все они занимаются дополнительной двигательной активностью организованно. Вторая группа студентов (48%) отличалась слабыми адаптационными возможностями.

Адаптация студентов медицинского вуза к учебной нагрузке сопровождается умеренной (средней) тревожностью, однако часть студентов (38,4%) испытывает высокую ситуативную тревожность, при этом высокая личностная тревожность выявлена лишь у 34,3% студентов. Такие перегрузки становятся иногда причиной стрессов, которые могут приводить к срыву адаптации.

К третьему курсу обучения в медицинском вузе большая часть студентов (77,9%) полностью адаптирована к учебным нагрузкам и окружающей среде за счет активации парасимпатического отдела вегетативной нервной системы, что указывает на использование более экономного для организма пути адаптации. При сравнении зависимости уровней тревожности от уровня кортизола в крови установлено, что у приезжих студентов уровень кортизола выше нормальных показателей, что указывает на напряжение регуляторных систем, обеспечивающих приспособление к новому образу жизни.

Выводы. Успешность адаптации студентов к учебной деятельности зависит не только от морфофункционального и психофизиологического развития, эмоциональной и интеллектуальной саморегуляции, а также от высокой пластичности ЦНС, что позволяет адаптировать весь организм и его отдельные системы к возрастающим физическим и психоэмоциональным нагрузкам на протяжении всего учебного процесса.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОРСЕТОТЕРАПИИ ПРИ СКОЛИОТИЧЕСКОЙ ДЕФОРМАЦИИ ПОЗВОНОЧНИКА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Оленина К.С., студентка 4-го курса педиатрического факультета,
кафедра факультетской педиатрии
Руководитель: Стадлер Е.Р., доц.
ФГБОУ ВО СамГМУ, г. Самара

Введение. Несмотря на развитие вертебрологии за последнее десятилетие, деформация позвоночного столба, в том числе идиопатический сколиоз, остается наиболее часто встречающейся патологией опорно-двигательной системы у детей и подростков. По данным различных исследований отечественных и зарубежных авторов, частота трехплоскостной деформации позвоночного столба среди детского населения составляет в среднем от 3 до 53%.

Цель исследования: провести анализ эффективности корсетного лечения детей и подростков со сколиотическими деформациями позвоночника II-III степени.

Материалы и методы. Обследовано 62 пациента в возрасте 9-18 лет, находившихся на лечении в Самарской городской детской больнице №2 в период с сентября 2013 г. по январь 2016 г. с диагнозом «идиопатический сколиоз». У всех пациентов имелась деформация позвоночника с углом основных дуг 11-60°. Нами использованы клинический, рентгенологический методы (с определением величины угла искривления реберных дуг по Cobb), визуально-аналоговая шкала боли (ВАШ). Состояние психоэмоциональной сферы оценивалось по показателям личной и реактивной тревожности с помощью шкалы Спилбергера-Ханина. Пациенты получали консервативное лечение, в качестве корсетотерапии согласно стандартам. Пациенты 1-й группы (31 человек: 15 девочек и 16 мальчиков) получали базисную терапию,

включающую ЛФК, плавание, дыхательную гимнастику, массаж и лечение с помощью корсетотерапии по методике Шено; 2-я группа (31 человек: 18 девочек и 13 мальчиков) – стандартное базовое лечение (ЛФК, плавание, дыхательная гимнастика, массаж).

Результаты. В 1-й группе у пациентов величина угла искривления реберных дуг по Cobb в среднем составила от 14° до 25° (от исходной 32°) в отличие от пациентов 2-й группы – показатели величины угла по Cobb в среднем составили 3-5° (от исходных 32°). Проведенное исследование показало снижение болевого синдрома по ВАШ на 62% у пациентов из 1-й группы, в отличие от группы, получающей только базисное лечение без корсетотерапии на 33%. Исследование психологического статуса показало, что у пациентов из 1-й группы улучшилось самочувствие, настроение, исчезло чувство стеснения, тревожности в отличие от пациентов 2-й группы.

Выводы. Исследование показало, что при комплексной терапии сколиотической деформации позвоночника у детей и подростков с использованием корсетотерапии и базисного лечения (ЛФК, плавание, дыхательная гимнастика, массаж) достигаются поставленные цели в лечении: останавливается или уменьшается прогрессирование деформации позвоночника, восстанавливаются функции позвоночника; снижается болевой синдром, что в целом ведет к улучшению качества жизни пациента.

ХРОНИЧЕСКАЯ СТИМУЛЯЦИЯ СУБТАЛАМИЧЕСКОГО ЯДРА И ДОФАМИНОВЫЙ ДИЗРЕГУЛЯЦИОННЫЙ СИНДРОМ ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА

Омарова С.М., аспирант кафедры неврологии

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

ФГБОУ ДПО РМАНПО, г. Москва

Цель исследования. Оценка динамики дофаминового дизрегуляционного синдрома (ДДС) у пациентов с болезнью Паркинсона (БП) на фоне электростимуляции субталамического ядра в сравнении с контрольной группой больных, у которых проводилась только фармакотерапия, направленная на коррекцию двигательных и аффективных нарушений.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 30 пациентов с БП на развернутых стадиях заболевания. *Основную группу* составили 15 пациентов с БП на фоне двусторонней электростимуляции субталамического ядра (ЭС STN), у которых в предоперационном периоде имели место клинические признаки ДДС. *Контрольная группа* состояла из 15 больных БП с ДДС, которые получали только консервативную медикаментозную терапию. Средний возраст больных – $56,5 \pm 13,5$ и $59,2 \pm 8,15$ лет, длительность заболевания – $9,8 \pm 3,6$ и $14,6 \pm 3,7$ лет, средняя доза леводопы – 1570 ± 922 и 621 ± 328 мг/сутки и средняя продолжительность терапии – $8,9 \pm 3,6$ и $11,7 \pm 4$ лет соответственно у пациентов основной и контрольной группы.

Было проведено клинико-неврологическое исследование с количественной оценкой двигательных нарушений при помощи унифицированной рейтинговой шкалы болезни Паркинсона (UPDRS, Christopher G, et al., 2008), оценкой показателей качества жизни при помощи самоопросника качества жизни больных болезнью Паркинсона (шкала PDQ-39, 1987) и шкалы повседневной активности Шваба и Ингланда (Schwab J.A.,

England A.C., 1969), оценкой выраженности флуктуаций и дискинезий с использованием IV части унифицированной рейтинговой шкалы болезни Паркинсона (UPDRS), определением эквивалентной суточной дозы леводопы (LEDD, Smith et al., 2010), оценки аффективных нарушений при помощи шкалы Спилберга для оценки тревоги (STAI, Spilberger Ch.D., 1972) и шкалы Гамильтона для оценки депрессии (HDRS, 1952).

Результаты и их обсуждение. Катамнестическое наблюдение больных БП основной группы на фоне ЭС подтвердило возможность существенного снижения суточной дозы LEDD с полным регрессом компульсивного приема препаратов на протяжении двух лет наблюдения, а также улучшения показателей качества жизни, повседневной активности, уменьшение выраженности моторных флуктуаций и лекарственных дискинезий на развернутых стадиях заболевания. У пациентов контрольной группы прослеживалась тенденция к значительному наращиванию дозы дофаминергической терапии и сохранению клинической картины ДДС с признаками низкой приверженности к терапии.

Заключение. Исходя из наших данных можно сделать вывод, что ЭС STN может приводить к регрессу симптомов ДДС, возможно, за счет существенного снижения доз препаратов ввиду улучшения двигательных проявлений БП.

РОЛЬ ГЕНА *VEGFA* В РАЗВИТИИ ВЛАЖНОЙ ФОРМЫ ВОЗРАСТНОЙ МАКУЛЯРНОЙ ДЕГЕНЕРАЦИИ

Османова Э.Р., аспирант кафедры офтальмологии

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

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

ФГБОУ ДПО РМАНПО, г. Москва

Возрастная макулярная дегенерация (ВМД) – основная причина стойкого снижения зрения у лиц пенсионного возраста. На сегодняшний день на территории Европы ВМД занимает первое место среди причин необратимой слепоты и слабовидения. Наиболее часто (около 90%) ВМД представлена сухой формой. Экссудативная форма формируется только в 10-15% случаев, однако именно она приводит к быстрому и необратимому снижению остроты зрения.

В основе снижения центрального зрения у пациентов с влажной формой ВМД лежит формирование хориоидальной неоваскуляризации.

Процесс образования хорионеоваскуляризации связан с локальной ишемией, нарушением трофики и тканевой перфузии сетчатки, что приводит к активизации ангиогенных факторов.

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

Семейство факторов роста эндотелия сосудов (Vascular endothelial growth factors) включает в себя следующие формы: VEGF-A, VEGF-B, VEGF-C, VEGF-D и плацентарный фактор роста PlGF. VEGF-A – гетеродимерный гликопротеин, был открыт в 1989 году двумя независимыми группами исследователей как фактор, стимулирующий рост эндотелиальных клеток. К настоящему времени известно 11 различных форм VEGF-A,

различающихся количеством аминокислотных остатков: VEGF 121, 121b, 145, 148, 162, 162b, 165, 165b, 183, 189, 206.

Изоформы отличаются по внеклеточной локализации и биологическим свойствам. Большинство клеток в основном экспрессируют VEGF121, 165, 189. VEGF121 – это слабокислый белок без гепарин-связывающего домена, он имеет низкое сродство к внеклеточному матриксу и поэтому легко перемещается в межклеточном пространстве. VEGF165 – основной белок, преобладающий в большинстве тканей организма, способен связывать гепарин, но большая его часть свободно секретируется в межклеточный матрикс. VEGF189 – выраженный основной белок, легко связывается с гепарином и внеклеточным матриксом. VEGF-A – проангиогенный фактор, который активирует пролиферацию эндотелиальных клеток, а также обладает провоспалительными свойствами, являясь хемоаттрактантом для моноцитов и лимфоцитов. Достоверно установлено, что VEGF-A регулирует ангиогенез, артериогенез, вазодилатацию и проницаемость сосудов. Экспрессия VEGF-A 25 регулируется гипоксией с помощью других факторов роста. Ингибирование или снижение активности VEGF-A индуцирует апоптоз эндотелиальных клеток в связи с тем, что он также выполняет функцию фактора выживаемости для эндотелиальных клеток. По данным различных исследований, повышенные уровни VEGF-A связаны с ростом опухолей, формированием асцита, синдромом поликистозных яичников, диабетической ретинопатией и развитием макулярного отека сетчатки.

Ведущим методом лечения экссудативной формы ВМД является интравитреальное введение ингибиторов фактора роста эндотелия сосудов – препарата ранибизумаб. Ранибизумаб избирательно связывается с изоформами эндотелиального фактора роста сосудов, VEGF-A (VEGF₁₁₀, VEGF₁₂₁, VEGF₁₆₅) и предотвращает взаимодействие VEGF-A с его рецепторами на поверхности клеток эндотелия (VEGR₁ и VEGR₂), что приводит к подавлению неоваскуляризации и пролиферации сосудов.

Подавляя рост новообразованных сосудов хориоидеи в сетчатку, ранибизумаб останавливает прогрессирование экссудативной формы ВМД.

Учитывая различные по эффективности результаты данного вида лечения хориоидальной неоваскуляризации при заданном заболевании, целесообразно изучить фармакогенетику ранибизумаба, для определения генетических вариантов, влияющих на эффективность лечения, максимальное устранение побочных эффектов, а также выделения групп пациентов, лучше отвечающих на терапию.

ПРЕДИКТОРЫ ДОСТИЖЕНИЯ ПОЛНОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО ПАТОМОРФОЗА У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ПОЛУЧАЮЩИХ ПРЕДОПЕРАЦИОННУЮ ХИМИОТЕРАПИЮ

Павликова О.А., аспирант кафедры онкологии

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

заведующая кафедрой онкологии

ФГБОУ ДПО РМАНПО, г. Москва

Цель исследования: определить предикторы ответа опухоли на предоперационную химиотерапию при первично-операбельном РМЖ.

Материалы и методы. В исследование включены 164 пациентки РМЖ T1-3N0-1M0, получивших лечение в ФГБУ «РОНЦ им Н.Н. Блохина» в период с 2004 по 2016 года. Возраст пациенток составил 24-76 лет, (медиана – 47 лет). Всем больным на первом этапе лечения проведена предоперационная химиотерапия от 2 до 9 циклов (медиана – 4 цикла). Далее все пациентки были радикально оперированы: радикальная мастэктомия выполнена в 67,1% случаев и органосохраняющее лечение в 32,9% случаев. Морфологический ответ опухоли определялся по классификации Г.А. Лавниковой. Нами проанализирована частота достижения полного лекарственного патоморфоза (pCR) при различных клинических факторах и

биологических характеристиках карцином. Статистический анализ полученных результатов выполнен с использованием международной статической программы SPSS 20,0, различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. При анализе не получено статистически достоверной зависимости вероятности достижения pCR от следующих факторов: локализации опухолевого очага в молочной железе ($p=0,135$), мультицентричности расположения первичных опухолевых очагов ($p=0,170$), размера карциномы (T) ($p=0,249$), статуса регионарных лимфатических узлов (N) ($p=0,355$), стадии заболевания ($p=0,139$). Также не было выявлено взаимосвязи между достижением pCR и возрастом больных ($p=0,667$), их менструальным статусом ($p=0,346$) и гистологическим типом опухоли ($p=0,676$).

Но нами установлено, что факторами-предикторами полного ответа опухоли на проведенное системное лечение являются: гормононегативный статус опухоли, наличие гиперэкспрессии HER2, высокий уровень Ki67 и G3 ($p < 0,05$). Наиболее значимые различия отмечены при анализе биологических подтипов РМЖ: в подгруппе больных с люминальными А-карциномами не было зарегистрировано ни одного случая достижения pCR в ответ на проводимое неoadъювантную химиотерапию. Низкая частота полных регрессий (10,7%) отмечена и для больных с HER2-негативным люминальным В-подтипом заболевания. Наибольшая частота достижения pCR была зарегистрирована в группе пациенток с нелюминальными HER2+ карциномами (50%), высокая доля pCR была характерна для больных с HER2+ люминальным подтипом (38,1%) и для больных с тройным негативным раком (34,5%).

Достижение pCR напрямую связано и с количеством проведенных циклов НАХТ: лучшие результаты достигнуты при проведении 5 и более курсов (41,8 $p=0,001$). Весомую роль в достижении pCR имел и режим неoadъювантной химиотерапии: максимальный результат (71,4% полных

регрессий) был достигнут при применении схемы НАХТ: 4 х антрациклин-содержащие схемы→4 х таксан-содержащие + препараты платины. Также высокие результаты получены и для режима 6х таксаны + препараты платины (58,3%). Высока роль достигнутого полного ответа и при химиотерапии по схеме 4хА→4хТ (51,7%) и 6хА+ препараты платины (50%), $p=0,001$. Максимальный уровень pCR отмечен при проведении неоадьювантной химиотерапии с трастузумабом при HER2+ РМЖ: доля полных ответов составила 71,4% случаев ($p=0,001$).

Выводы. Определены новые горизонты в неоадьювантной терапии РМЖ: факторами-предикторами достижения полного морфологического ответа опухоли являются: гормононегативный статус опухоли, высокий пролиферативный потенциал (G3 и Ki67>20%) и HER2+ статус. Оптимальными претендентками для назначения неоадьювантной химиотерапии при первично-операбельном РМЖ являются больные с HER2+ карциномами (как люминальными, так и нелюминальными), при условии проведения химиотерапии с анти-HER2 блокадой. Предоперационная химиотерапия тройного негативного РМЖ также ассоциируется с высокой частотой достижения pCR (34,5%), особенно при использовании платиносодержащих режимов (50-71%).

СИНДРОМ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ – ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ ЦИТОХРОМА CYP2D6 НА ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ПРОПРАНОЛОЛА

Парусов А.И., ординатор кафедры гастроэнтерологии

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

Цирроз печени, как причина развития синдрома портальной гипертензии с последующим развитием кровотечения из варикозно-расширенных вен, с каждым годом все чаще становится причиной смертности. Соответственно, в клинической практике встает вопрос о поиске методов профилактики развития кровотечения такого генеза. Многие годы неселективные β -адреноблокаторы входили в список рекомендуемых препаратов, назначаемых пациентам с циррозом печени в стадии декомпенсации с целью лечения портальной гипертензии и предотвращения развития кровотечения из варикозно-расширенных вен. Однако в ряде случаев β -адреноблокаторы не дают никакого клинического эффекта. В связи с этим возникает необходимость определения предикторов положительного гемодинамического ответа на действие неселективных β -адреноблокаторов с целью прогнозирования эффективности лечения. Множество исследований показало, что CYP2D6 играет важную роль в метаболизме β -адреноблокаторов, главным образом за счет реакции 4-гидроксилирования.

Большинство людей имеют нормальные гены цитохрома CYP2D6, однако в определённом проценте случаев распространены мутантные гены. По мутации гена выделяют следующие группы людей:

1. «Экстенсивные» метаболизаторы, имеющие нормальный ген того или иного фермента метаболизма.

2. «Медленные» метаболизаторы, имеющие мутации гена того или иного фермента метаболизма. У «медленных» метаболизаторов лекарственное средство накапливается в организме в высоких концентрациях, что приводит к появлению выраженных побочных эффектов, вплоть до интоксикации. В связи с этим для «медленных» метаболизаторов должен быть осуществлен тщательный подбор дозы лекарственного средства: доза должна быть меньше, чем для «активных» метаболизаторов.

3. «Сверхактивные» метаболизаторы – лица, имеющие мутации гена, приводящие к синтезу ферментов метаболизма с высокой активностью, что вызывает быстрое снижение концентрации лекарственного средства в плазме крови. Следствием этого является недостаточная для достижения терапевтического эффекта концентрация препарата. Для носителей полиморфизмов, снижающих активность фермента CYP2D6, необходим индивидуальный подбор дозировок лекарственных средств. У «медленных» метаболизаторов концентрация пропранолола в крови выше, чем у «экстенсивных», что связано с мутацией C188 и G4268.5. Однако доказано, что эти две группы пациентов фенотипически никак не отличаются друг от друга.

Целью будущего исследования является определение влияния полиморфизма генов цитохрома CYP2D6 на гемодинамический эффект пропранолола при синдроме портальной гипертензии у больных циррозом печени российской популяции. По результатам запланированного исследования ожидается выявление зависимости клинического эффекта при приеме пропранолола у больных циррозом печени от полиморфизма генов цитохрома CYP2D6. Основываясь на предполагаемых результатах работы, возможно создание практических рекомендаций по изменению режима дозирования и терапевтическому лекарственному мониторингу неселективных β -адреноблокаторов, а также предложений о внесении дополнений и изменений в инструкцию по медицинскому использованию лекарственного препарата, рекомендаций по тактике ведения пациентов.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ УЧАСТКОВЫХ ПЕДИАТРОВ
С ДИСПАНСЕРНОЙ ГРУППОЙ ДЕТЕЙ
(НА ПРИМЕРЕ БОЛЬНЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ)

Перелыгина С. А., студентка, очная форма обучения, кафедра общественного
здоровья и здравоохранения,

Егоршина Д. А., студентка, очная форма обучения, кафедра общественного
здоровья и здравоохранения

Руководитель: Здоровцева Н. В., к.м.н., доц.
ФГБОУ ВО СПбГПМУ, г. Санкт-Петербург

Цель исследования: на основании оценки состояния и эффективности действующей системы диспансерного наблюдения больных бронхиальной астмой в условиях детской поликлиники разработать и обосновать рекомендации по его оптимизации.

Материалы и методы. В исследование были включены дети с бронхиальной астмой, находящиеся на диспансерном учете в детской поликлинике пгт. Сиверский. Методами сбора статистической информации были: анкетирование; выкопировка данных из первичной медицинской документации в специально разработанную статистическую форму.

Результаты. При изучении «Историй развития ребенка» была выявлена недостаточная кратность проведения диагностических мероприятий обязательных при диспансерном наблюдении детей с бронхиальной астмой. В ходе работы было выявлено, что 48,4% родителей давались рекомендации по приему лекарственных препаратов вне приступа бронхиальной астмы. Однако из данного количества назначений в 26,7% случаев рекомендации не выполнялись. Оценка эффективности лечения ребенка за последний год показала: в 48,3% случаев родители считают, что состояние здоровья ребенка не изменилось; в 29,1% – состояние улучшилось, количество приступов сократилось; в 19,4% – состояние улучшилось и

приступов бронхиальной астмы не отмечалось; в 3,2% случаев, по мнению родителей, состояние ребенка ухудшилось.

Выводы. В ходе работы были выявлены как недочёты в диспансерной работе поликлиники с больными бронхиальной астмой, так и недостаточная осведомленность родителей по контролю и лечению данного заболевания. Необходим строгий контроль со стороны руководства учреждения за соблюдением клинических рекомендаций и стандартов, а также разработка программы по санитарному просвещению родителей о проведении профилактических и диспансерных приёмов.

ПРЕДИКТОРЫ ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

Пешков Г.К., клинический ординатор кафедры неврологии

Руководители: Левин О.С., д.м.н., проф., зав. кафедрой неврологии;

Васенина Е.Е., к.м.н., доцент кафедры неврологии

ФГБОУ ДПО РМАНПО, г. Москва

Сосудистые заболевания головного мозга занимают второе место по летальности от болезней системы кровообращения (39%) и общей смертности населения (23,4%). Ежегодная смертность от инсульта в России остается одной из наиболее высоких в мире (374 на 100 тыс. населения).

Материалы и методы. В исследование включены 79 пациентов с ишемическим инсультом, находившихся на лечении в ГКБ им. С.П. Боткина г. Москвы. Геморрагический характер инсульта был критерием исключения из исследования. Средний возраст больных составил $74,2 \pm 11,8$ лет, с диапазоном от 43 до 94 лет. Пациенты были разделены на 2 группы: 34 человека – выписаны с улучшением, 45 человек – смертельный исход в стационаре. Проводилась оценка возраста, пола, артериального давления при поступлении, подтипа инсульта по шкале TOAST, степени неврологического

дефицита по шкале NIHSS. При летальном исходе дополнительно оценивалось количество дней пребывания в стационаре, наличие тромбоэмболии легочной артерии и вклинения вещества головного мозга при патологоанатомическом вскрытии.

Результаты. При оценке характера инсульта достоверное различие подвидов ишемического инсульта наблюдается только при сравнении с лакунарным подтипом, который статистически достоверно сочетается с меньшим неврологическим дефицитом и меньшим баллом по шкале NIHSS. Тяжесть неврологического дефицита, оцениваемая по шкале NIHSS, у пациентов с кардиоэмболическим и атеросклеротическим инсультом достоверно не различается ($16,7 \pm 6,5$ баллов и $17,8 \pm 6,5$ баллов соответственно). Из этого следует, что определение характера инсульта по шкале TOAST не отражает тяжесть состояния больного с данными подтипами инсульта. У пациентов с кардиоэмболическим генезом инсульта смертельный исход сочетается с высоким уровнем систолического АД при поступлении в стационар (систолическое АД более 140 мм рт. ст., $p < 0,05$). Наиболее часто летальный исход при ишемическом инсульте отмечается среди пациентов от 70 до 80 лет независимо от подтипа ишемического инсульта и баллов по шкале NIHSS. При анализе патоморфологических заключений выявлено, что вклинение вещества головного мозга встречается чаще у пациентов с длительностью жизни после инсульта до 5 дней, тогда как при длительности жизни более 5 дней у пациентов на вскрытии чаще встречается тромбоэмболия легочной артерии и декомпенсация хронической соматической патологии.

Выводы. При выставлении кардиоэмболического и атеросклеротического подтипа инсульта по шкале TOAST (1-й и 2-й подтип соответственно) обязательна оценка состояния пациента по шкале NIHSS для объективизации тяжести неврологического дефицита. При кардиоэмболическом инсульте повышение систолического АД выше 140 мм рт. ст. увеличивает риск смертельного исхода в данной группе больных.

Ввиду наличия вклинения вещества головного мозга преимущественно в первые 5 дней от начала инсульта требуется динамическое проведение КТ головного мозга пациентам на 2-й день от начала инсульта для оценки динамики отека вещества мозга, с возможностью использования на ранних этапах процедур для снижения внутричерепного давления - хирургической гемикраниэктомии, терапевтических способов снижения внутричерепного давления. При пребывании больного в стационаре более 5 дней необходим динамический контроль пациента терапевтом, проведение профилактики тромбоэмболии, так как основные причины смертности в данном случае связаны не с самим инсультом, а с декомпенсацией соматической патологии.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГИДРОЛИЗАТА ПЛАЦЕНТЫ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ ПОБОЧНЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ БОТУЛИНОТЕРАПИИ

Писарева А. А.¹, врач; Бродин Д.В.², врач

1 - медицинский центр «Семья», г.Ростов-на-Дону,

2 - клиника эстетической медицины RHANA, г. Москва

Руководитель: Кошелева И.В., д.м.н., проф. кафедры дерматовенерологии и косметологии ФГБОУ ДПО РМАНПО, г. Москва

Тканевая плацентарная терапия применяется с целью омоложения и оздоровления организма в течение тысячелетий. Способность плаценты вызывать эффект омоложения обусловлена ее уникальным составом: в основе органопрепаратов, созданных на основе ткани плаценты – фармакологически активная биосубстанция, содержащая эндогенные биологически активные вещества и отражающая естественный баланс биомолекул, который невозможно создать искусственным путем. Поэтому плацентарные препараты характеризуются высокой биологической совместимостью, содержат все биофакторы гомологичной здоровой ткани и при поступлении в органы и ткани реципиента реализуют эффект

восполнения, т.е. ликвидируют дефицит биокomпонентов, возникший в результате воздействия патогенных факторов или естественного процесса состаривания тканей, и устраняют нарушения на молекулярном и биохимическом уровнях.

В современной дерматокосметологии плацентарные препараты применяются в течение последних 15 лет и показания к их применению расширяются по мере накопления клинического опыта. Так, очевидно, что при введении в кожу лица, кроме омолаживающего эффекта, препараты плаценты способны компенсировать такое нежелательное явление, как укорочение терапевтического периода действия препаратов ботулотоксина А, применяемых для визуальной коррекции мимических морщин, в случае долгого (многолетнего) использования этих препаратов. Предполагается, что введение плацентарного препарата, содержащего в том числе NGF (nerve growth factor – фактор роста нервов), в участок кожи, многократно подвергшийся воздействию препарата ботулотоксина А, способно контролировать эффект спрутинга и, соответственно, пролонгировать парализующее мимические мышцы воздействие препаратов ботулотоксина А.

Показано также, что плацентарные препараты способны компенсировать нежелательные побочные эффекты от применения препаратов ботулотоксина А.

Материалы и методы. Пациентка 51 года обратилась с жалобами на птоз верхних век, чувство давления в этой зоне, эффект «злого взгляда», сужение полей зрения, необходимость постоянного напряжения мышц периорбитальной зоны для сохранения объема полей зрения. Описанные явления были расценены как осложнение коррекции глубоких межбровных мимических морщин, проведенной 10 дней назад препаратом ботулотоксина типа А Диспорт® (пр-ва Ипсен Биофарм Лтд, Великобритания), связанное с миграцией препарата из *musculus corrugator supercilii* – горизонтальной мышцы, сморщивающей бровь и производящей вертикальные морщины

между бровями, в *musculus frontalis* – широкую лобную мышцу, простирающуюся от верха брови до линии роста волос. Традиционные физиотерапевтические методы коррекции подобных осложнений ботулинотерапии – микротоковая терапия, ультразвуковая терапия – дали только незначительный и кратковременный эффект, в связи с чем было принято решение о проведении лечения препаратом гидролизата плаценты Лаеннек® (пр-ва Джапан Биопродактс, Лтд, Япония).

В соответствии с инструкциями по применению препарат был введен внутримышечно (2 мл), а также методом фармакопунктуры в биологически активные точки лица (2 мл). Контроль результата выявил положительный эффект уже в ранние сроки (через 20-30 мин после проведения инъекций) – были отмечены более активные сокращения *m. frontalis* и *m. corrugator supercilii*, что выразилось в возможности самостоятельно поднять брови и, соответственно, к устранению эффекта «злого взгляда».

Через 2 дня после первой процедуры пациентка отметила нарастание положительного эффекта терапии: увеличение объема полей зрения и уменьшение чувства давления на веках. Далее было проведено всего 5 процедур с кратностью 2 раза в неделю по аналогичной схеме: 2 мл гидролизата внутримышечно в сочетании с фармакопунктурным введением 2 мл препарата в область биологически активных точек лица.

Результаты. По окончании лечения отмечено исчезновение последствий миграции ботулотоксина в нежелательную область лица – надбровную зону лобной мышцы – с сохранением его корригирующего эффекта в верхней части лобной мышцы и в межбровной области, а также сократительной активности в *m. corrugator supercilii*. Кроме того, была отмечена значительная удовлетворенность пациента и лечащего врача результатами лечения осложнений ботулинотерапии и коррекцией возрастных изменений: выраженный лифтинг-эффект кожи лица, повышение тургора кожи, а также регресс пятен возрастной гиперпигментации в периорбитальной области. При анализе отдаленных результатов лечения

отмечено сохранение положительного клинического эффекта на протяжении полутора лет – только по прошествии этого срока пациентка вновь отметила видимые признаки старения в межбровной и периорбитальной областях, потребовавшие повторной коррекции.

Выводы. Положительный лечебный эффект плацентарной терапии, обеспечивший при проведении ботулинотерапии более качественный эстетический и долговременный результат, заключался в том, что гидролизат плаценты в зонах нежелательной миграции ботулотоксина А в очень короткий срок компенсировал его парализующее мимические мышцы действие, в то время как в других, периферических, зонах лица период блокирования мышц был пролонгирован – по-видимому, за счет реализации эффекта управления процессом спрутинга. Таким образом, следует предположить, что модулирующий разнонаправленный эффект плацентарной терапии связан с биорегуляторным характером ее действия. Очевидно, реализация этого эффекта зависит от тщательного соблюдения протокола фармакопунктурного введения гидролизата плаценты в область проекции биологически активных точек на лице. Дальнейшее направление исследований, таким образом, будет связано с изучением механизмов взаимного потенцирования плацентарной и ботулинотерапии и уточнением способов и доз введения препаратов ботулотоксина А и гидролизата плаценты для достижения оптимального терапевтического и эстетического эффектов.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ РАМАН-ФЛУОРЕСЦЕНТНОЙ СПЕКТРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ

Полуэктов Ю.М., студент 4 курса ДОП,

Александров Н.С., асс., Авраамова С.Т., асс.

каф. патологической анатомии им. акад. А.И. Струкова

Руководитель: Кириллов Ю.А., д.м.н., проф.

каф. патологической анатомии им. акад. А.И. Струкова

ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, г. Москва

Цель исследования: изучение спектральных характеристик лейомиомы матки под контролем гистологического исследования.

Материалы и методы. Исследованы биоптаты опухолевых узлов тела матки, полученные от 35 пациенток (средний возраст – 46 лет) с предварительным клиническим диагнозом миомы матки в ходе операций миомэктомии и гистерэктомии. Перед проведением гистологического исследования проводилась раман-флуоресцентная спектроскопия образцов ткани матки, подозрительных на миому, а также визуально сохраненных участков миометрия. Исследование проводили с помощью анализатора комбинационного рассеяния, состоящего из микроскопа Olympus в сочетании со спектрометром ИнСпектр R532. От каждого образца ткани было получено от 5 до 10 усредненных раман-флуоресцентных спектров в зависимости от размера образования. Для гистологического исследования использовались стандартные методы окраски: гематоксилин и эозин; пикрофуксин по Ван-Гизону.

Результаты. Участки образцов, характеризующиеся наличием волн рамановского рассеяния молекул гликогена (485 см^{-1}), фенилаланина (1003 см^{-1}), каротиноидов (1154 см^{-1}), цитозина (1508 см^{-1}), СН-группы липопротеинов (2917 см^{-1}), соответствовали диагнозу простой лейомиомы

матки. В сохранных участках миометрия преобладала флюоресценция красной области спектра, а волны рамановского рассеяния отсутствовали.

Заключение. Анализ раман-флуоресценцентных спектров миоматозных узлов позволил выявить значимые различия в характеристиках сохранной и опухолевой ткани. Полученные результаты дают основание полагать, что метод лазерной спектроскопии интерактивно и в экспресс-режиме может обеспечивать более точную до- и интраоперационную диагностику лейомиомы матки.

МАЛОТРАВМАТИЧНЫЙ СПОСОБ ДОСТУПА ПРИ АНЕВРИЗМАХ ВИЛЛИЗИЕВА КРУГА И ОБЪЕМНЫХ ОБРАЗОВАНИЯХ ПЕРЕДНЕЙ И СРЕДНЕЙ ЧЕРЕПНЫХ ЯМОК ЧЕРЕЗ ВЕРХНЕЕ ВЕКО

Поляков А.В., ординатор кафедры нейрохирургии

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

ФГБОУ ДПО РМАНПО, г. Москва

Цель исследования: анализ результатов применения малотравматичного хирургического доступа через верхнее веко при аневризмах виллизиева круга и объемных образованиях передней и средней черепных ямок.

Материалы и методы. Сотрудниками кафедры нейрохирургии РМАНПО предложен новый способ малотравматичного хирургического доступа к аневризмам виллизиева круга и объемным образованиям передней и средней черепных ямок. В 2017 г. во 2-м нейрохирургическом отделении Регионального сосудистого центра ГБУЗ ГКБ им. Ф.И. Иноземцева г. Москвы данным малотравматичным способом хирургического доступа выполнено 3 оперативных вмешательства: по поводу мешотчатой аневризмы комплекса передней мозговой – передней соединительной артерии, объемного новообразования бугорка турецкого седла и кавернозной ангиомы

правой височной доли. Средний возраст пациентов составил $46 \pm 7,79$ лет. Перед операцией все пациенты проходили курс обследования, соответствующий имеющейся у них патологии. Ход операции: разрез кожи выполнялся от точки, располагающейся на 1-1,5 см кнаружи от латерального края глазной щели, продолжался по естественной складке верхнего века до вертикальной линии, соответствующей проекции надглазничной вырезки. В дальнейшем проводилась диссекция мягких тканей. Внимание уделялось осторожной диссекции круговой мышцы глаза, скелетировалась подлежащая кость, выполнялась мини-орбитофронтальная (Key-Hole) краниотомия. Далее осуществлялся основной этап операции. После выполнения основного этапа операции ТМО ушивалась наглухо, кость устанавливалась на место и фиксировалась с помощью титанового фиксатора и металлической пластины. Мягкие ткани ушивались послойно, накладывался непрерывный внутрикожный шов.

Результаты. Методом транспальпебральной мини-орбитофронтальной (Key-Hole) краниотомии прооперировано 3 пациента. Средняя продолжительность операции составила 4 ч 5 мин $\pm 24,6$ мин. Средняя величина интраоперационной кровопотери составила $166,7 \pm 54,4$ мл. После проведенной операции пациенты находились сутки в отделении нейрореанимации, затем переводились в отделение. Активизация пациентов проводилась в день перевода. После операции отмечался отек периорбитальной области, регресс которого отмечался на 3-4-е сутки после оперативного вмешательства. Инфекционных осложнений, послеоперационных подкожных гематом и ликвореи не наблюдалось.

Выводы. Предлагаемый способ малотравматичного доступа к основанию передней и средней черепных ямок обеспечивает сокращение времени доступа по сравнению с классическими доступами (птериональная, субфронтальная, супраорбитальная, орбитозигматическая краниотомии), косметический эффект, отсутствие травматизации височной мышцы, исключение повреждения ветвей лицевого нерва и надглазничного нерва,

значительное снижение риска повреждения надглазничного нерва, минимальная тракция головного мозга. Нивелируются такие грозные осложнения, как ликворея и послеоперационная гематома. При правильном подборе пациентов следствием применения данного вида доступа является ранняя активизация, сокращение сроков пребывания пациента в стационаре, уменьшение прямых финансовых затрат на лечение.

ЦИРКУЛЯЦИЯ ВИРУСА ГЕПАТИТА Е НА ТЕРРИТОРИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Потемкин И.А., младший научный сотрудник НИЦ

Руководитель: Михайлов М.И., д.м.н., проф., член-корр. РАН

ФГБОУ ДПО РМАНПО, г. Москва

Введение. Вирус гепатита Е (ВГЕ) является этиологическим агентом острого гепатита Е, распространенного во всем мире. По оценкам ВОЗ, ежегодно регистрируется до 20 миллионов случаев гепатита Е (ГЕ) и около 70 000 смертей, вызванных этой инфекцией. Эпидемиологические особенности распространения ВГЕ-инфекции во многом зависят от генотипа вируса. Генотипы 1 и 2 ВГЕ инфицируют только человека, передаются фекально-орально и вызывают эпидемии в эндемичных регионах (преимущественно в странах тропического пояса). Генотипы 3 и 4 способны инфицировать как человека, так и животных (свиньи, олени). При этом с генотипом 3 связано большинство случаев автохтонного, т.е. завозного, ГЕ в странах умеренного климата, в том числе в России. Инфекция ВГЕ генотипов 3 и 4 является зоонозом и может иметь широкий спектр клинических проявлений – от бессимптомной инфекции до острого гепатита. Данные о распространенности ВГЕ-инфекции в России, основных источниках и факторах передачи вируса ограничены.

Цель исследования: определить распространенность ВГЕ на территории РФ, а также оценить роль сточных вод со свиноферм в распространении вируса.

Материалы и методы. Анамнестические анти-ВГЕ IgG определяли в образцах сыворотки крови первичных доноров из Московской (n=1030) и Белгородской (n=291) областей, а также пожилых лиц (> 60 лет) из тех же регионов (n=593 и n=304 соответственно), собранных в 2010-2016 гг. Определение анти-ВГЕ IgG в сыворотках крови проводили методом иммуноферментного анализа (ИФА) с использованием коммерческой тест-системы НПО «Диагностические системы» («ДС-ИФА-АНТИ-HEV-G») согласно инструкции производителя.

Были проанализированы 18 образцов сточных вод со свиноферм и удобрения (свиной навоз после обеззараживания), каждый объемом 3 литра, собранных в Белгородской области. После осветления образцы концентрировали с помощью набора на магнитных частицах, покрытых модифицированным аминогруппами полимером диоксида кремния (производства Научно-исследовательского института вакцин и сывороток им. И.И. Мечникова). РНК ВГЕ выявляли методом ОТ-ПЦР с вырожденными праймерами к участку вирусного генома, кодирующему капсидный белок. Для полученных ампликонов определяли первичную нуклеотидную последовательность, которую подвергали филогенетическому анализу в программе MEGA6.0.

Результаты. Частота выявления анти-ВГЕ IgG, свидетельствующих о перенесенной ранее ВГЕ-инфекции, среди условно здорового населения (первичных доноров крови) Московской и Белгородской областей составила 4,6% и 10,06% соответственно ($p < 0,01$). Среди пожилых лиц (старше 60 лет) частота выявления анти-ВГЕ IgG была значительно выше, при этом сохранялись различия между регионами – 16,2% в Московской области и 27,6% в Белгородской области ($p < 0,01$).

РНК ВГЕ была выявлена в 2 образцах сточных вод со свиноферм. Ни в одном образце удобрений, подвергнутых в процессе производства обеззараживанию, РНК ВГЕ не была выявлена. Филогенетический анализ первого из выявленных изолятов ВГЕ показал его принадлежность к субгенотипу 3е и высокую степень его сходства с изолятами ВГЕ, выделенными ранее от свиней с близлежащей фермы и от пациентов с ГЕ из города Белгорода.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют об интенсивной циркуляции ВГЕ в Белгородской области, что, по-видимому, связано с высокой концентрацией свиноводческих хозяйств в регионе. Обнаружение РНК ВГЕ в сточных водах свидетельствует о возможности попадания ВГЕ в окружающую среду со стоками со свиноферм и указывает на необходимость эффективной системы обеззараживания этих стоков.

РЕАБИЛИТАЦИЯ МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ С СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

Привалова Н.И., аспирант кафедры восстановительной медицины,
физиотерапии и курортологии.

Руководитель: Поддубная О.А., д.м.н., проф.
ФГБОУ ВО «СибГМУ», г. Томск

Синдром раздраженного кишечника (СРК) - это симптомокомплекс, при котором отмечаются функциональные нарушения кишечника и абдоминальный дискомфорт при отсутствии органических заболеваний. Каждый третий пациент на Земле страдает от данного синдрома, среди них большая часть — это женщины (3:1), основные способы лечения медикаментозные. Выбор программы лечения определяется взаимодействием нескольких факторов и зависит от ведущего симптома (боль, метеоризм,

диарея, запор), его тяжести и влияния на качество жизни больного, а также от характера поведения пациента и его психического состояния.

Цель исследования: разработать оптимальный комплекс реабилитации для молодых людей с СРК.

Материалы и методы. На основании критериев СРК (длительность заболевания более 3 месяцев, диарея не менее 3 раз в день, запоры не менее 3 раз в неделю и отсутствие критериев исключения) в исследование были включены на данный момент 50 человек, соотношение по полу — 4:1 (женщины/мужчины). Все молодые люди в возрасте от 20 до 35 лет, студенты политехнического университета, были разделены на 2 группы и получали в первой группе (25 человек) базовую терапию, включающую диету (по Певзнеру) № 3 при СРК с запорами, № 4 при СРК с диареями, минеральную воду (“Карачинская”) 3 раза в день до еды, строго дозированную на прием. Все пациенты выполняли комплексы утренней гигиенической гимнастики 3 раза в неделю по 30 минут, по тонизирующей методике при запорах, по седативной методике при диарее, в течение курса лечения прошли массаж шейно-воротниковой зоны, принимали с целью коррекции дисбиотических нарушений и повышения местной иммунной защиты пробиотик аципол в течение двух недель, по 1 драже утром натощак. Студенты во второй группе (25 человек) дополнительно к основному курсу (базовое лечение первой группы) лечения получали миллиметровую терапию (от аппарата “СЕМ-ТЕСН” Спинор), причем при запорах лечение проводили в утренние часы (13 человек), при диарее — в вечерние часы (12 человек). До и после лечения всех пациентов консультировал психолог, при необходимости дополняя комплексы терапии методами аутосуггестивной релаксации, музыкотерапией. Эффективность лечения оценивалась на основании влияния комплексной терапии на клинические проявления СРК (болевой синдром, диарея, запор, изжога, тошнота и др.) и симптомы астенизации (головная боль, усталость, тревожность) с использованием тестов опросников.

Результаты. На фоне реабилитации пациентов наблюдалась положительная динамика клинических симптомов. Боли в животе были купированы в 85% случаев в первой группе (без миллиметровой терапии), и в 87% — во второй группе (с миллиметровой терапией), нарушение стула при диарее – в 82% случаев, при запоре – в 87% случаев в первой группе и в 84% - при диарее, в 88% - при запорах во второй группе. Остальные симптомы диспепсии были купированы – в 75% случаев или значительно снизилась их интенсивность – 25% в обеих группах. Анализ динамики теста Спилберга-Ханина выявил улучшение показателей в обеих группах: в первой группе - как личностной (62,8 до лечения, 55,2 после лечения), так и ситуативной тревожности (52 до лечения, 51 после лечения), во второй группе – личностной (56 до лечения, 48 после лечения), особенно значимо снизилась ситуативная тревожность (48,1 до лечения, 41,3 после лечения).

Выводы. Полученные нами результаты свидетельствуют о целесообразном включении миллиметровой терапии как патогенетического способа лечения в терапевтический комплекс.

ОБОСНОВАНИЕ РАЦИОНАЛЬНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРОТИВОВИРУСНЫХ СРЕДСТВ В ТЕРАПИИ ОСТРОГО ГЕПАТИТА В

Прийма Е.Н., очный аспирант кафедры инфекционных болезней взрослых и
эпидемиологии

Руководитель: Эсауленко Е.В., д.м.н. проф., зав. кафедрой инфекционных
болезней взрослых и эпидемиологии

ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, г. Санкт-Петербург

Цель исследования: обосновать рациональность противовирусной терапии (ПВТ) с использованием нуклеотидных аналогов (НА) при тяжелом

течении острого гепатита В (ОГВ) с учетом молекулярно-биологических характеристик вируса.

Материалы и методы. Обследовано 50 пациентов с диагнозом ОГВ, тяжелое течение. Форму тяжести заболевания оценивали на основании общепринятых критериев. Этиологическая принадлежность подтверждена результатами иммуноферментного анализа: у всех пациентов выявлены только маркеры вируса гепатита В (ВГВ), что позволило подтвердить моноинфицирование. Молекулярно-биологическое исследование ВГВ включало определение ДНК ВГВ в плазме крови, вирусной нагрузки (ВН) методом полимеразной цепной реакции и мутаций pre-core области путем амплификации фрагментов генома вируса. В стандартную терапию 25 пациентов включены противовирусные средства, относящиеся к классу НА. Для формирования группы сравнения применен метод «случай-контроль» с подбором 25 пациентов, не получавших противовирусные средства. Мониторинг клинико-лабораторных показателей проводили раз в неделю, вирусной нагрузки – на старте противовирусной терапии и через 4 недели. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием лицензионных пакетов программ Microsoft Excel 2007 и SPSS Statistica 17.0.

Результаты. На момент включения в исследование клиническая характеристика и данные лабораторного обследования пациентов обеих групп были сопоставимы. Терапия с использованием НА способствовала быстрому купированию основных клинических симптомов заболевания и уменьшению сроков пребывания пациентов в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) с $8,3 \pm 1,49$ до $4,3 \pm 0,86$ суток ($p=0,0001$). После двух недель терапии активность АлАТ в основной группе снизилась до $543,1 \pm 208,1$ МЕ/л, в группе сравнения – до $1152,1 \pm 887,1$ МЕ/л ($p \leq 0,05$). К четвертой недели терапии уровень билирубина в основной группе достиг $38,0 \pm 15,0$ мкмоль/л, что достоверно ниже ($p \leq 0,05$), чем в группе сравнения ($130,3 \pm 105,1$ мкмоль/л). У троих пациентов из группы сравнения заболевание

завершилось летальным исходом. У 10 пациентов, получавших ПВТ, выявлены мутации pre-core области генома ВГВ, остальные были инфицированы «диким штаммом» вируса. Через месяц терапии отмечено более медленное снижение ВН в подгруппе с мутантным вирусом, чем в подгруппе с «диким вирусом» (медианы $1,0 \times 10^5$ МЕ/мл и $4,3 \times 10^4$ МЕ/мл соответственно). На 24-й неделе терапии в подгруппе с «диким вирусом» уровень ВН снизился до неопределяемого, в то время как в подгруппе с мутантным вирусом, ВН достигла неопределяемого уровня только к 48-й неделе терапии.

Заключение. Включение в базисную терапию противовирусных средств позволяет в два раза сократить длительность пребывания пациента в ОРИТ, предотвратить летальный исход, добиться значительного улучшения лабораторных показателей на более ранних сроках. Наличие мутаций в pre-core области генома ВГВ влияет на эффективность терапии. Элиминация вируса происходит в два раза медленнее, а длительность терапии увеличивается на 24 недели.

ВЛИЯНИЕ ФАКТОРА БЕСПЛОДИЯ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ, НАСТУПИВШЕЙ В РЕЗУЛЬТАТЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ

Прилуцкая С.Г., аспирант кафедры акушерства и гинекологии

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

зав. кафедрой акушерства и гинекологии

ФГБОУ ДПО РМАНПО, г. Москва

Проблема бесплодного брака в настоящее время актуальна во всем мире. Наиболее эффективным методом лечения бесплодия являются вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ), которые на сегодняшний день широко используются в рутинной медицинской практике.

Цель исследования. Оценка репродуктивного и соматического статуса, частоты и структуры акушерских осложнений, перинатальные исходы беременности, наступившей в результате экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) у женщин с трубно-перитонеальным, мужским и неясным генезом бесплодия.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ медицинской документации 96 пациенток, беременность которых наступила в результате ЭКО. Исследуемые были разделены на 3 группы в зависимости от фактора бесплодия: 1-я группа ($n=39$) – женщины с трубно-перитонеальным фактором бесплодия, 2-я группа ($n=37$) – женщины с бесплодием, обусловленным мужским фактором, 3 группа ($n=20$) – супружеские пары с бесплодием неясной этиологии.

Результаты. По возрасту, соматическому статусу женщины всех групп были сопоставимы ($p>0,05$). При анализе гинекологического анамнеза выявлено, что частота ВЗОМТ достоверно ниже у женщин с бесплодием, обусловленным мужским фактором ($p_{1-2}=0,02$; $p_{2-3}=0,81$; $p_{1-3}=0,08$), по остальным нозологическим единицам достоверной разницы среди групп не получено ($p>0,05$).

Оперативные вмешательства на органах репродуктивной системы перенесли пациентки всех групп. Однако преобладающее большинство зафиксировано у женщин с трубно-перитонеальным бесплодием и минимальное число – у женщин с бесплодием, обусловленным мужским фактором ($p<0,05$). Вторичное бесплодие оказалось наиболее характерным для женщин 1 группы и составило 59,1%, в оставшихся группах – 27,1% и 30% соответственно ($0,03\leq p\leq 0,05$).

В группе с мужским бесплодием использовали процедуру ЭКО/ИКСИ в 91,2% случаев, в то время как в 1-й и 3-й группах этот показатель составил 48,6% и 35% соответственно. Принципиальных различий в числе предшествующих попыток, выборе протокола стимуляции овуляции,

количестве и состоянии переносимых эмбрионов между группами не выявлено ($p > 0,05$).

Анализ особенностей клинического течения беременности выявил наиболее характерные осложнения. Так, угроза раннего самопроизвольного выкидыша наиболее характерна для женщин с трубно-перитонельным бесплодием ($p_{1-2} = 0,02$) и выявлена у 71,7%, во 2 и 3 группах у 45,9% и 55% женщин соответственно. Угроза позднего самопроизвольного выкидыша встречалась в 40,9%, 18,6% и 45% ($p > 0,05$). Угроза преждевременных родов оказалась наиболее характерна для 1 и 3 групп женщин, где зафиксирована у 43,5% и 35% наблюдаемых соответственно ($0,004 \leq p \leq 0,05$). Достоверной разницы по частоте выявления преэклампсии, отеков и анемии беременных не выявлено ($p > 0,05$). У женщин с бесплодием неясной этиологии достоверно чаще встречалась задержка роста плода 1 степени, асимметричной формы (25%, $p \leq 0,27^*$), хорошо поддающаяся своевременной коррекции.

По перинатальным исходам значительных различий среди групп не выявлено, подавляющее большинство родов были своевременными ($p > 0,05$).

Выводы. Для более эффективного ведения беременности, наступившей в результате ЭКО, необходимо обращать внимание на фактор бесплодия, прогнозируя возможность осложнений.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Пулатов Н.Н. студент 7 курса лечебного факультета, кафедра подготовки
ВОП

Руководитель: Юлдашов Ж.А., ассистент кафедры подготовки ВОП
Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии,
Респ.Узбекистан, г.Ургенч

Особое значение в оптимизации методов лечения приобретают медико-педагогические нозологические школы для пациентов различного профиля.

Цель исследования. Оценка эффективности реабилитации больных с хроническим панкреатитом (ХП) путем организации обучения в гастроэнтерологической школе (ГШ).

Материалы и методы. За 11 месяцев в ГШ прошли обучение 65 пациентов с ХП: мужчин 27 (41,5%), женщин 38 (58,5%), средний возраст ($52,3 \pm 2,3$) года. Средняя продолжительность заболевания составила ($5,2 \pm 1,5$) года. Оценивалась эффективность применения ГШ по частоте госпитализаций, комплаентности, тревоге и депрессии.

Результаты. За предшествующие 12 месяцев 50 человек (76,9%) проходили курс стационарного лечения, из них 9 (18%) – более чем однократно. 25 человек (38,5%) ранее не получали профилактического лечения, 15 (23,1%) получали только ферментативные препараты. По завершении обучения в ГШ 60 (92,3%) пациентов получали всю необходимую по стандарту терапию: ферментативный препарат в адекватных дозах, антисекреторный препарат (ИПП), спазмолитик при болях. Приверженность к лечению повысилась на 33,3% ($t=2,0$, $p<0,005$). 88% пациентов отметили значительное улучшение самочувствия и удлинение сроков ремиссии ($\chi^2=2,01$, $p<0,001$). 90% пациентов отметили

значительное уменьшение интенсивности и частоты болевых приступов ($\chi^2=3,052$, $p<0,005$). По результатам тестов к концу наблюдения зафиксировано значимое снижение выраженности как тревоги, так и депрессии: $\chi^2=34,1$ и $46,2$, $p<0,001$). 23,2% слушателей отметили улучшение качества жизни к концу курса обучения ($\chi^2=20,2$; $p<0,005$).

Выводы. Обучение пациентов играет положительную роль в следующих случаях: а) в повышении приверженности к лечению; б) в улучшении психосоматического статуса; в) в уменьшении выраженности болевого синдрома, значительном уменьшении интенсивности и частоты болевых приступов; г) в повышении качества жизни больных; д) в удлинении сроков ремиссии.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ШЕСТИВИНТОВОЙ ТРАНСПЕДИКУЛЯРНОЙ СИСТЕМЫ ФИКСАЦИИ ПРИ МНОГОУРОВНЕВЫХ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЗВОНОЧНИКА

Пятайкина Е.И., ординатор, очная форма обучения, кафедра травматологии,
ортопедии и нейрохирургии

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

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

Цель исследования: анализ результатов применения декомпрессивно-стабилизирующих операций у пациентов с многоуровневым стенозом позвоночного канала и нестабильностью позвоночно-двигательных сегментов на поясничном уровне.

Материалы и методы. Проведен анализ комплексного обследования и лечения 93 пациентов с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника, прооперированных в Иркутском научном центре хирургии и

травматологии с 2012 по 2016 гг. Возраст пациентов составил от 22 до 75 лет, в среднем – 51,1 год. Среди них 47 женщин и 46 мужчин. Диагностический комплекс включал анамнестическое, общеклиническое, неврологическое, рентгенологическое (обзорные и функциональные спондилограммы), МСКТ, МРТ, денситометрическое и ЭНМГ исследования.

Для оценки динамики болевого синдрома до и после операции использовали 10-балльную визуально-аналоговую шкалу (VAS), а также индекс нарушения жизнедеятельности Освестри (ODI).

Определены следующие показания к применению декомпрессивно-стабилизирующих операций: многоуровневый стеноз позвоночного канала, нестабильность нескольких смежных сегментов, дегенеративный либо спондилолизный спондилолистез.

Результаты. Одной из основных причин компрессии спинномозговых корешков является спондилоартроз, который приводит к латеральному стенозу позвоночного канала, что составляет 61%. Центральный стеноз позвоночного канала наиболее часто встречался при дегенеративных и спондилолизных спондилолистезах, грыжах межпозвонковых дисков, костно-хрящевых узлах и составляет 39%. Хирургическое лечение заключалось в декомпрессивной ламинэктомии с фасетэктомией, менингоградикулолизом, стабилизацией пораженных сегментов шестивинтовой транспедикулярной системой фиксации, части пациентов был выполнен межтеловой спондилодез титановыми кейджами. У пациентов до операции средние показатели боли по VAS – $8,1 \pm 0,05$ балла, после операции – $2,1 \pm 0,1$ балл. По шкале ODI до операции – $55,23 \pm 16,3$, после операции – $34,8 \pm 18$.

Выводы.

1. Стеноз позвоночного канала и полисегментарная нестабильность позвоночно-двигательных сегментов вызывают компрессию нейрососудистых компонентов позвоночного канала, что требует

выполнения декомпрессии позвоночного канала, дурального мешка и спинномозговых корешков с обязательной стабилизацией сегментов.

2. ТПФ позволяет достичь раннюю активизацию пациента и его реабилитацию.

3. Правильно выбранный объем оперативного вмешательства улучшает качество жизни пациентов.

МНЕНИЕ ВРАЧЕЙ О КАЧЕСТВЕ СТАЦИОНАРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА НЕЕ

Раупов Р.К., педиатрический факультет

Руководители: Юрьев В.К. д.м.н., проф.; Здоровцева Н.В., к.м.н., доц.

ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, г. Санкт-Петербург

Введение. В соответствии с концепцией всеобщего управления качеством в сфере оказания медицинской помощи (total quality management – TQM) изучение мнения врачей представляет собой часть общей оценки процесса обеспечения качества медицинской помощи (КМП).

Цель исследования: оценить факторы, влияющие на качество стационарной медицинской помощи, и предложить мероприятия по ее оптимизации.

Материалы и методы: исследование проводилось среди врачей стационаров Санкт-Петербурга, Москвы и Казани. Выделены 3 группы по 50 респондентов в зависимости от города. В работе использовались методы социологического и статистического анализа.

Результаты. Большинство врачей Москвы считают состояние здравоохранения на сегодняшний день критичным, Санкт-Петербурга и Казани –неопределенным. Основной проблемой здравоохранения врачи всех городов считают недостаточное государственное финансирование (49,5%). Треть московских врачей верят, что новая система аккредитации улучшит

квалификацию врачей, пятая часть петербургских – ухудшит, подавляющее же большинство считают, что это не приведет к особым изменениям. Основным мотивирующим фактором для врачей является удовлетворенность результатами работы. Большинство врачей посещают научно-практические конференции в среднем раз в три месяца.

Объективные показатели о КМП, оказываемой конкретным врачом, являются определяющими для оценки эффективности его работы. Наибольшее количество врачей, использующих эту информацию, проживает в Казани (80%). В Петербурге и Москве лишь 60% докторов обращают внимание на указанную информацию.

Только половина петербургских врачей считают, что их права частично соблюдаются, более 70% респондентов из Москвы и Казани говорят о несоблюдении и об отсутствии прав врачей. Наибольшая доля врачей, неудовлетворенных заработной платой, наблюдается в Казани (68%). 76% врачам Санкт-Петербурга приходится обслуживать пациентов сверх нормированной нагрузки. Врачам из Москвы приходится больше, чем другим работать сверх установленного договором времени без начисления компенсирующих выплат (80%). Распределение врачей в зависимости от наличия системы обратной связи с пациентами выявило крайне низкий показатель анкетирования пациентов в Петербурге, в отличие от Москвы и Казани.

Выводы. Большинство мнений респондентов из разных городов совпадали, что свидетельствует об общности проблем: состояние здравоохранения на сегодня нестабильно; финансовое обеспечение является основной проблемой здравоохранения; аккредитация не приведет к особым изменениям.

Основным мотивирующим фактором является удовлетворенность результатами работы. Это позволяет надеяться на возможности совершенствования КМП населению, так как научно доказано, что существует взаимосвязь между степенью заинтересованности врачей в

качестве оказываемой помощи и показателями успешности лечения пациента.

Выделены отрицательные моменты КМП: несоблюдение прав врачей, переработка без начисления компенсирующих выплат.

Врачи Санкт-Петербурга вынуждены принимать и лечить больше пациентов из-за нехватки кадров по сравнению с коллегами из Москвы и Казани. Врачи не удовлетворены уровнем заработной платы. Наибольший удельный вес таковых составили врачи из Казани. В большинстве случаев пациенты предъявляют жалобы в устной форме, что не дает возможность массово изучить их мнение.

На основании полученных данных при анкетировании предложены мероприятия по оптимизации КМП.

ЗНАЧИМОСТЬ УРОВНЕЙ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА

Рахматуллаева М.М., преподаватель кафедры акушерства и гинекологии

Руководитель: Аюпова Ф.М., д.м.н., проф.

Бухарский Государственный медицинский институт, г.Бухара

Цель исследования: определить клинико-диагностическое значение уровня провоспалительных цитокинов в развитии бактериального вагиноза у женщин, применяющих различные виды контрацепции.

Материал и методы исследования. В обследование включены 56 женщин с бактериальным вагинозом, которые после лечения распределены на группы: I группа – 20 женщин, принимающие комбинированный оральный контрацептив «Ригевидон»; II группа – 20 женщин с внутриматочной контрацепцией (ВМС Т Cu380А); III группа – 16 женщин, использующих барьерные методы контрацепции (презервативы).

Проведено микроскопическое и культуральное исследование вагинального отделяемого на факультативно-анаэробную флору и лактобактерии, определение интерлейкина-6 (IL-6) и фактора некроза опухоли- α (TNF α) в крови и смывах из влагалища методом твердофазного иммуноферментного анализа. Все женщины обследованы при первичном обращении к врачу, в пролиферативную фазу менструального цикла. Повторные обследования проведены через 3 и 6 месяцев после применения контрацептивных средств.

Результаты и обсуждение. По результатам изучения уровня IL-6 и TNF α мы рассчитали пределы нормы согласно показателю $M \pm 2\delta$, поскольку в этих пределах располагается свыше 95% вариант всего вариационного ряда. Такой подход позволил определить частоту отклонений от нормы изучаемых показателей в группе обследованных женщин. Оказалось, что для IL-6 в сыворотке крови уровень 45 пкг/мл и во влагалищных смывах – 50 пкг/мл является нижней границей нормы. Для TNF α в сыворотке крови уровни 50 пкг/мл и во влагалищных смывах – 55 пкг/мл являются референтными значениями, т.е., у женщин, у которых уровни IL-6 и TNF α были равны или выше этих значений, наблюдался рецидив бактериального вагиноза.

Вывод. Определение уровня IL-6 и TNF α дает важную информацию о состоянии иммунной системы не только на момент обследования, но и позволяет прогнозировать степень излеченности бактериального вагиноза у женщин, использующих различные виды контрацепции, т.е. может служить надежным прогностическим и диагностическим критерием рецидивов бактериального вагиноза.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ДИВЕРТИКУЛЕЗА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Резницкий П.А., аспирант, кафедра общей и неотложной хирургии

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

Цель исследования: улучшить результаты лечения пациентов с воспалительными осложнениями дивертикулярной болезни ободочной кишки.

Материалы и методы. С 2011 по 2016 гг. в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского пролечено 150 пациентов с воспалительными осложнениями дивертикулярной болезни ободочной кишки. Выделено две группы: основная (79 пациентов, пролеченных согласно разработанному нами лечебно-диагностическому алгоритму) и группа сравнения (71 пациент), ретроспективная, в которой отсутствовал единый алгоритм лечения. В основной группе обязательным компонентом консервативного лечения явился пероральный прием препаратов Салофальк и Альфа Нормикс, введение микроклизм Салофальк. Диагностический алгоритм в обеих группах включал физикальное обследование, обзорное рентгенологическое исследование брюшной полости, ультразвуковое исследование брюшной полости, клинический анализ крови и мочи. Основным отличием основной группы являлось применение классификации дивертикулярной болезни Schreyer-Layer (2015), на основании которой определялась лечебная тактика. Классификация включает 5 типов течения дивертикулеза: тип 0 – бессимптомный дивертикулез, тип 1 – острый дивертикулит (1a, 1b – без и с инфильтративными изменениями околокишечной клетчатки), тип 2 – острый дивертикулит, осложненный перфорацией дивертикула (2a – формирование абсцесса околокишечной клетчатки или брыжейки ≤ 1 см в диаметре, 2b – формирование абсцесса > 1 см, 2c¹ – развитие гнойного перитонита, 2c² – развитие калового перитонита), тип 3 – хронический дивертикулит, тип 4 –

кишечное кровотечение, дивертикулярного генеза. После выписки проводился анализ отдаленных результатов лечения в течение 1-5 лет.

Результаты. В основной группе с типом осложнений 1b пролечено 44 пациента (55,7%), 2a – 1 пациент (1,3%), 2b – 18 пациентов (22,8%), 2c¹ – 13 пациентов (16,5%), 2c² – 3 пациента (3,8%). 53,2% пациентам с типом осложнений 1b, 1,3% пациентов с 2a и 1,3% с 2b стадией было проведено консервативное лечение, включающее блок терапии без (84%) и с применением (16%) парентеральных антибиотиков. В группе сравнения консервативное лечение проведено у 59,2% пациентов (91% с околокишечными инфильтратами, 9% – с абсцессами брюшной полости). В основной группе 17,7% пациентов с типом осложнений 2b было выполнено чрескожное дренирование абсцессов брюшной полости под УЗ-наведением. В группе сравнения данный тип лечения реализован у 2,8% пациентов. В основной группе 26,6% пациентов были оперированы: 76,2% были оперированы с применением лапароскопических технологий (лапароскопический лаваж – 66,7%, лапароскопическое выведение петли ободочной кишки на брюшную стенку – 4,8%, лапароскопическая обструктивная резекция сигмовидной кишки – 4,8%), 23,8% пациентов была выполнена лапаротомия (60% – операция типа Гартмана). 19% пациентов было выполнено интраоперационное УЗИ ободочной кишки, что позволило определить оптимальные границы резекции кишки. У 81% пациентов для верификации диагноза выполнена интраоперационная колоноскопия. В группе сравнения были оперированы 38% пациентов (74% – лапаротомия, операция типа Гартмана; 11% – диагностическая лапаротомия; 7,4% – лапаротомия, выведение петли толстой кишки на брюшную стенку; 7,4% – лапароскопический лаваж брюшной полости). Средний койко-день, проведенный пациентами основной группы в стационаре, составил 11,1±4,1, в группе сравнения – 16,6±8,6. Послеоперационные осложнения в основной группе развились в 19,1% случаев, в группе сравнения – в 48,2%. Летальность в основной группе составила 1,3%, в группе сравнения – 7%.

Рецидив заболевания в основной группе составил 9%, в группе сравнения – 38%.

Заключение. Применение разработанного лечебно-диагностического алгоритма позволило увеличить объем миниинвазивных и лапароскопических вмешательств, сократить частоту рецидивов заболевания, общий койко-день стационарного лечения пациентов, уменьшить частоту развития послеоперационных осложнений и снизить уровень послеоперационной летальности.

БУЛЛЕЗНЫЙ ПЕМФИГОИД (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Рзянина А.А., клинический ординатор кафедры дерматовенерологии и косметологии

Руководитель: Мерцалова И.Б., ассистент кафедры
ФГБОУ ДПО РМАНПО, г. Москва

Буллезный пемфигOID (bullous pemphigoid) – аутоиммунное заболевание кожи, вызванное продукцией аутоантител к компонентам полудесмосом (антигенам BP180 и BP230) и характеризующееся образованием субэпидермальных пузырей.

Клинический случай.

Пациент Ф. 73 лет поступил с жалобами на высыпания на коже туловища, верхних и нижних конечностей, сопровождающиеся зудом. Из анамнеза известно, что считает себя больным в течение трех месяцев, когда отметил появление напряженных пузырей в подмышечных и паховых областях, которые могли держаться длительное время не вскрываясь. Обратился за медицинской помощью в КДЦ по месту жительства, где был выставлен диагноз «Герпетиформный дерматит Дюринга» и проведено лечение. Выписан с улучшением. Амбулаторно было назначено применение системных ГКС, прием которых самостоятельно отменил, после чего отметил

появление новых пузырей с желтым содержимым, напряженной покрывкой на коже туловища, верхних и нижних конечностей.

Локальный статус при поступлении: патологический кожный процесс носит хронический воспалительный характер. На коже туловища, верхних и нижних конечностей на эритематозно-отечном фоне, а также на видимо неизменной коже наблюдаются напряженные пузыри до 1 см в диаметре, с плотной покрывкой, с прозрачным и гнойным содержимым, местами сгруппированные. На месте вскрывшихся пузырей отмечаются эрозии розового цвета, частично покрытые желтыми и геморрагическими корками, а также наблюдаются спавшиеся пузыри, множественные влажные эрозии ярко-красного цвета, гиперпигментированные пятна. Симптом Никольского отрицательный.

Гистологическое исследование: эпидермис утолщен с выраженной вакуольной дистрофией клеток базального слоя, с образованием крупного субэпидермального пузыря. В дне пузыря и вдоль нижней границы эпидермиса - выраженная воспалительная инфильтрация из лимфоцитов, с примесью значительного числа эозинофильных гранулоцитов.

Исследование нРИФ с антителами к IgG, IgA, IgM: в биоптате видимо непораженной кожи наблюдается фиксация IgG в виде линии вдоль дермо-эпидермальной границы.

Определение эозинофилов в содержимом пузыря: 34 (при норме 2-4%).

На основании полученных данных был выставлен диагноз «Буллезный пемфигоид».

Назначено следующее лечение: Преднизолон 60 мг в сутки и поддерживающая симптоматическая терапия.

На фоне проводившегося лечения состояние пациента улучшилось. Новых высыпаний нет, наблюдается эпителизация эрозий, отторжение корочек, гиперпигментированные пятна сохраняются.

Выводы. Актуальность данного клинического случая обусловлена редкостью данного заболевания. Согласно данным Федерального

статистического наблюдения заболеваемость буллезным пемфигоидом в Российской Федерации составляет 1,1 случая на 100 000 населения. Однако, несмотря на редкость данного заболевания, знание его клинικο-морфологических особенностей необходимо для дифференциального диагноза с другими дерматозами. Пациентам с буллезными дерматозами необходимо тщательное обследование с проведением нРИФ, патоморфологического и других исследований для дифференциальной диагностики и назначения адекватного лечения.

ПЕРЕХОДНАЯ МЕТАТАРЗАЛГИЯ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ МЕТАТАРЗАЛГИИ

Ригин Н.В., Мо Цзяньлиуань, аспиранты кафедры травматологии,
ортопедии и хирургии катастроф

Руководитель: Слияков Л.Ю., д.м.н., проф.

ФГБОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова, г. Москва

Введение. Переходная метатарзалгия, или как ее называют в англоязычной литературе *transfer metatarsalgia*, – это преимущественно хроническая боль, локализованная в переднем отделе стопы и обусловленная перегрузкой плюснефалангового сустава вследствие дисфункции смежного с ним сустава по причине дегенеративных изменений в нем или вызванная предшествующими оперативными вмешательствами.

По данным Р. Highlander и коллег, данное заболевание встречается у 7% пациентов, которым выполнялась Weil-остеотомия соседних плюсневых костей. Сложность прогнозирования отдаленных результатов хирургического лечения деформаций переднего отдела стопы обусловлена многими причинами. Даже соблюдая все параметры параболы Лильевра, невозможно с доскональной точностью предсказать вероятность перегрузки смежных

лучей. По-видимому, это обусловлено тем, что не учитывается растяжимость мягкотканых компонентов стопы.

Одним из наиболее часто используемых способов хирургического лечения перегрузочной метатарзалгии является Weil-остеотомия плюсневых костей. После выполнения данных остеотомий до 7% приходится на переходную метатарзалгию.

Материалы и методы. Нами был проведен анализ результатов хирургического лечения пациентов с переходной метатарзалгией после первичного вмешательства на переднем отделе стопы. Были проанализированы результаты лечения 5 пациентов. Трех пациентов беспокоила боль в проекции третьего плюснефалангового сустава (первично Weil-остеотомии подверглась только вторая плюсневая кость), одного – беспокоила боль в проекции третьего, четвертого и пятого плюснефаланговых суставов и еще одного – изолированная боль в проекции пятого плюснефалангового сустава.

Способом хирургического лечения в данных случаях явилась дистальная малоинвазивная нефиксируемая остеотомия плюсневых костей. В послеоперационном периоде все пациенты носили послеоперационную обувь на сплошной ригидной подошве.

Результаты. Четверо пациентов в сроки наблюдения более 12 месяцев оценили результаты оперативного лечения как отличные, один пациент – как хорошие. Во всех случаях был отмечен регресс болевого синдрома и исчезновение гиперкератозов в проекции заинтересованных суставов.

Средний предоперационный показатель по шкале AOFAS составил 58,4 балла, послеоперационный – 90,5 балла. Сроки наблюдения варьировались от 12 до 18 месяцев. Во всех случаях отмечена субъективная удовлетворенность результатами оперативного вмешательства.

Выводы. На основании полученных данных можно заключить следующее: при первичном вмешательстве на переднем отделе стопы не всегда удается предотвратить перегрузку смежных плюснефаланговых

суставов в отдаленном периоде. При развившейся переходной метатарзалгии эффективным методом является применение дистальной малоинвазивной нефиксируемой остеотомии плюсневых костей и использование послеоперационной обуви на сплошной ригидной подошве, позволяющей головкам плюсневых костей, под нагрузкой весом, занять правильное положение и консолидироваться в оптимальной позиции.

ЧАСТОТА И СТРУКТУРА ЗОБА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЙОДДЕФИЦИТНОМ РЕГИОНЕ

Рогова О. С., заочный аспирант кафедры детской эндокринологии

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

зав. кафедрой детской эндокринологии

ФГБОУ ДПО РМАНПО, г. Москва

Цель исследования: по результатам эпидемиологического исследования изучить частоту и структуру зоба у детей и подростков, проживающих в регионе природного легкого дефицита йода.

Материалы и методы. С 2011 по 2015 гг. проведено эпидемиологическое исследование 1549 пациентов (771 девочка и 778 мальчиков), из них дети 7 лет (n=741, 393 девочки и 348 мальчиков) и подростки 14 лет (n=808, 378 девочек и 430 мальчиков), проживающие в регионе природного легкого дефицита йода.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) щитовидной железы (ЩЖ) проводилось по традиционной методике на аппарате LOGIQ P6 линейным датчиком 9-15 МГц. Объем ЩЖ вычислялся по формуле J. Brunn (1981 г.) и оценивался по нормативным показателям объема щитовидной железы в зависимости от пола и площади поверхности тела (Zimmermann M.B. et al., 2001).

Статистическая обработка фактического материала выполнена с применением программы электронных таблиц (Microsoft Office Excel, 2007 с пакетом «Анализ данных»), StatSoft Statistica 7 (2004) и включала традиционные методы вариационной статистики. Статистическая значимость различий относительных величин оценивалась по значению хи-квадрат. Статистически значимыми считались различия при величине $p \leq 0,05$.

Результаты. В целом по данным УЗИ зоб диагностирован у 3,7% пациентов (58/1549, 37 девочек и 21 мальчик), эктопия ткани тимуса - у 0,6% пациентов (10/1549, 8 девочек и 2 мальчика), неоднородность структуры ЩЖ (расширенные фолликулы диаметром 1-2,5 мм/гипоэхогенные фокусы без четких контуров), которая на сегодняшний день не классифицируется ни в одну нозологическую единицу – у 16,1% пациентов (249/1549, 141 девочка и 108 мальчиков).

В целом зоб в 2 раза чаще выявлялся у подростков (5%, 41/808, пациентов), чем у детей (2,3%, 17/741, пациентов, $p=0,004$), и у девочек (4,8%, 37/771, пациентов), чем у мальчиков (2,7%, 21/778, пациентов, $p=0,03$).

В структуре зоба преобладала диффузная форма (2,9%, 46/1549, пациентов, соотношение девочки/мальчики – 30/16, $p=0,034$, соотношение подростки/дети – 31/15, $p=0,036$), достоверно реже диагностирован узловой зоб (0,6%, 10/1549, пациентов, $p=0,000$, соотношение девочки/мальчики – 6/4, $p>0,05$, соотношение подростки/дети (9/1, $p=0,016$) и в единичных случаях – диффузно-узловой зоб (0,1%, 2/1549, пациентов, 1 девочка 14 лет и 1 мальчик 7 лет).

В то время как неоднородность структуры ЩЖ чаще выявлялась у детей (18,4%, 136/741, пациентов, $p=0,019$), чем у подростков (14%, 113/808, пациентов), и чаще у девочек (18,3%, 141/771, пациентов), чем у мальчиков (13,9%, 108/778, пациентов, $p=0,018$).

Эктопия ткани тимуса, так же как и неоднородность структуры ЩЖ, чаще встречалась у детей (1,3%, 10/741, пациентов), чем у подростков (0%,

0/808, пациентов, $p=0,001$), но без гендерных различий (соотношение девочки/ мальчики – 8/2, $p>0,05$).

Заключение. На фоне современной модели профилактики йодной недостаточности в структуре зоба у детей и подростков, проживающих в регионе природного легкого дефицита йода, преобладает диффузная форма зоба, частота которой в целом не превышает спорадический уровень, однако сохраняются не только гендерные, но и возрастные различия (чаще у девушек-подростков). Узловой зоб диагностирован в целом в 0,6% случаев, что в 4 раза реже, чем диффузная форма зоба. Пациенты с выявленной неоднородностью структуры ЩЖ и эктопией ткани тимуса без тиромегалии нуждаются в динамическом наблюдении с целью решения вопроса об исходах этих состояний.

ИННОВАЦИОННЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ ИНСУЛЬТА

Рождественский В.А., студент лечебного факультета

Руководитель: Рождественский А.С., д.м.н., проф., зав. кафедрой неврологии
ДПО

ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России, г. Омск

Введение. В течение последних десятилетий проблема острых нарушений мозгового кровообращения приобретает все большую значимость в связи с широкой распространенностью цереброваскулярной патологии, высоким уровнем летальности, частым развитием инвалидности и социальной дезадаптацией перенесших его больных.

Установлено, что до 80% всех инсультов имеют ишемическую природу. И хотя только 30% инсультов происходит в вертебрально-базилярной системе, летальность от них в 3 раза выше, чем от инсультов в каротидном бассейне.

В структуре причин, вызывающих нарушение кровотока в вертебрально-базилярной системе (ВБС), значительное место занимают атеросклеротические поражения позвоночных артерий.

Цель исследования: для повышения эффективности и безопасности хирургического лечения атерогенного стеноза позвоночных артерий разработать атерэктомический катетер.

Новым этапом развития сосудистой хирургии явились атерэктомические катетеры, способные бороться с атерогенными стенозами любых сосудов, включая позвоночные артерии. В настоящее время атерэктомические катетеры недостаточно изучены, крайне мало распространены, и на данный момент недостатки ограничивают область их применения, но направление является приоритетным, и на него возлагаются большие надежды в области лечения атерогенного стеноза позвоночных артерий, в связи с чем на базе ОмГМУ был разработан проект нового катетера.

Атерэктомический катетер для удаления закупоривающего материала содержит гибкую трубку с закрепленной на ее рабочем конце режущей головкой, корпус которой выполнен с полостью для размещения режущего элемента, соединенного с гибким валом. Катетер снабжен блоком привода гибкого вала, содержащим размещенные в полой рукоятке источник питания и двигатель, механически связанный с гибким валом, а также снабжен вакуумным насосом, соединенным с трубкой. Корпус режущей головки снабжен направляющим элементом с внутренним каналом и продольным сквозным отверстием, заканчивающимся эластичной оболочкой, управляемой давлением и размещенной впереди режущей головки на направляющем элементе со стороны удаляемой бляшки. Направляющий элемент снабжен полой питательной трубкой, выведенной из сосуда.

Выводы. Главные недостатки существующих «открытых» хирургических методов лечения атеросклеротического стеноза позвоночных артерий – их травматичность и низкая эффективность. Не так давно

пришедшее на помощь врачам эндоваскулярное стентирование является миниинвазивной процедурой, имеет широкую область применения и практически всегда дает ожидаемый результат, но вызывает у некоторых пациентов растяжение, разрыв, образование рубцов сосудистой стенки. Также метод малоэффективен при стенозах, осложненных протяженностью, и при устранении атеросклеротических бляшек с высоким содержанием кальция.

Разработанный атерэктомический катетер имеет потенциально более низкий риск повреждения сосудистой стенки, операции с его использованием непродолжительны во времени, а благодаря наличию эластичной оболочки его применение возможно на сосудах с различным диаметром, в связи с чем новый катетер способен наиболее эффективно бороться с атерогенными стенозами ВБС.

ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ У ЖЕНЩИН СО СЛАБОСТЬЮ РОДОВЫХ СИЛ, КОРРИГИРОВАННОЙ ОКСИТОЦИНОМ

Романова М. Ю., ординатор кафедры акушерства и гинекологии

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

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

Цель исследования. Изучение особенностей состояния новорожденных у женщин со слабостью родовой деятельности, корригированной окситоцином.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 60 историй родов и историй развития новорожденных, родившихся в ОГАУЗ Иркутский Перинатальный Центр за период с января по декабрь 2016 г. Из общего массива данных методом случайного выбора было извлечено по 30 случаев срочных родов с шифрами по МКБ-10 О.62.0 и О.62.1 и без них. Статистическая обработка проводилась с использованием точного критерия Фишера в программе Biostat.

Результаты. Не было выявлено достоверных отличий между группами по паритету родов ($n=19$ и $n=11$), частоте регистрации первичной или вторичной формы слабости родовой деятельности ($n=18$ и $n=12$), в оценке по шкале Апгар. В основной группе оперативное родоразрешение (кесарево сечение) прослежено у 2 женщин и отсутствовало в контроле. Продолжительность родоусиления, проведенного по клиническому протоколу, в среднем составила 2,3 часа. Сравнение частоты преждевременного разрыва плодных оболочек (ПРПО) в основной ($n=7$) и контрольной ($n=1$) группах с использованием точного и углового критерия Фишера позволило установить, что с увеличением процентной доли ПРПО удельный вес родоусиления возрастает («фи»=2,486; $p<0,01$). Тем самым была проявлена связь между уже произошедшим повреждением тканей последо-плодового комплекса и слабостью сократительной активности матки. При сопоставлении частоты кефалогематомы и нарушений мозгового кровообращения в исследуемых группах ($n=9$, $n=0$; $p=0,02$) установлена связь между применением родоусиления окситоцином и повреждением мягких тканей головы и центральной нервной системы. В эксперименте доказано перинатальное влияние окситоцина, приводящего к потере возбуждающего и деполяризующего действий ГАМК-эргической системы, которая является основной стресслимитирующей системой мозга. Истощение последней под влиянием экзогенного окситоцина могло выступать фактором нарушения ауторегуляции сосудов головного мозга плода и нарушения функционирования гипоталамо-ретикулярного пути с усилением симпатических и вагусных влияний на сердце плода и нарушением трофики тканей головки. Именно добавочной активацией симпатической нервной системы, маскирующей выраженную активность вагуса, или преобладанием последней можно объяснить наблюдавшиеся феномены КТГ, соответственно, II ($n=7$) и III ($n=2$) категории по классификации Американской коллегии акушеров и гинекологов. Соответственно, выявлены повторные поздние децелерации, стабильная базовая линия с вариабельностью более 5 уд/мин и

устойчивая брадикардия, сохранявшаяся после прекращения родоусиления и поворота женщины на бок (роды закончены операцией кесарева сечения).

Выводы. Для родильниц со слабостью родовой деятельности оказались характерными последовательно возникающие и связанные посредством родоусиления окситоцином повреждения тканей последо-плодового комплекса в виде преждевременного разрыва плодных оболочек и кефалогематомы, которые сопровождались нарушением мозгового кровообращения у новорожденных.

ПОЛИСОМНОГРАФИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ФОТОАКТИВАЦИИ ЦИРКАДИАННОЙ СИСТЕМЫ

Романчук Н.П., очный аспирант кафедры физиологии с курсом БЖД и МК,

Коровина Е.С., очный аспирант кафедры физиологии с курсом БЖД и МК

Руководители: Пятин В.Ф., д.м.н., проф.; Захаров А.В., к.м.н., доц.

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, г. Самара

В современном обществе распорядок сна-бодрствования людей в течение рабочей недели и выходных порой имеет значительные различия. Расхождение во времени отхода ко сну и длительности сна в рабочие дни и в выходные приводит к возникновению так называемого социального Jetlag, сутью которого является несовпадение циркадианного ритма человека с дневным ритмом. Данное состояние становится причиной десинхроноза по причине регулярного возникновения в течение длительного времени. Нарушение ночного сна является порой ведущим фактором в неблагоприятном течении хронических заболеваний. Усиление данных негативных воздействий происходит в зимнее время года по причине выраженного сокращения длительности светового дня.

Известно влияние синего света на ганглиозные клетки сетчатки глаза, с их активацией и последующим воздействием на циркадианную систему

организма. Основным результатом воздействия синего света является снижение уровня выработки мелатонина. Данный эффект является востребованным при проведении мероприятий по синхронизации нарушенного ритма человека с дневным ритмом.

Цель исследования. Изучение эффекта воздействия синего света (длиной волны 480 ± 5 нм) на циркадианную систему здоровых испытуемых в зимнее время.

Исследуемую группу составили 15 испытуемых в возрасте от 20 до 36 лет. Испытуемые не предъявляли жалоб на здоровье, в том числе и на нарушение ночного сна. Все обследуемые работали в течение 6 дней в неделю, в течение 8 часов ежедневно.

В качестве метода воздействия использовалась стимуляция светом синего спектра в течение 30 минут в утреннее и вечернее время, в течение 7 дней. До начала воздействия и в конце испытуемым проводилась амбулаторная полисомнография для оценки структуры ночного сна. Данный метод является наиболее объективным для идентификации структуры сна.

В исходных данных полисомнографических показателей не отмечено значительных нарушений ультрадианного ритма формирования стадий сна и их основных латентностей. Относительное соотношение стадий в структуре ночного сна также находилось в пределах нормальных значений.

На фоне проведенного терапевтического воздействия синим цветом отмечается: уменьшение длительности бодрствования в структуре ночного сна до 15 (9;24) мин, ($p=0,03$), уменьшение латентности сна с 24 (12;34) до 12 (5;15) мин, ($p=0,05$) и увеличение длительности дельта-сна с 18 (10;25)% до 20 (18;27) % ($p=0,02$). Снижение латентности дельта сна оказывает влияние в первую очередь на скорость формирования и завершения первого цикла сна.

Полученные результаты подтверждают вывод о том, что синий свет компенсирует снижение целостности сна. Проведенное исследование показывает, что терапия синим светом, применяемая в домашних условиях, оказывает структурирующее воздействие на ночной сон за счет

фазокомпенсаторного циркадианного ритма. Данный консолидирующий эффект возникает за счет воздействия на первый цикл сна и увеличения времени глубоких стадий медленноволнового сна. Фиксируемые изменения свидетельствуют об отрицательном влиянии сокращения светового дня на структуру ночного сна, даже при отсутствии значимых клинических проявлений десинхроноза.

ВЛИЯНИЕ ГИПЕРГЛИКЕМИИ И ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СРЕДИ АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ

Рудяк Е.А., студентка 6-го курса лечебного факультета

Руководитель: Колесникова Е.Н., асс. кафедры поликлинической терапии и
общей врачебной практики

ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко, г. Воронеж

Цель исследования: изучить влияние основных групп факторов риска на течение и эффективность лечения гипертонической болезни на амбулаторном этапе.

Материалы и методы. Для проведения исследования было изучено 167 амбулаторных карт пациентов в возрасте 31 года-86 лет, имеющих диагноз гипертонической болезни (ГБ), с сопутствующей гиперхолестеринемией (уровень общего холестерина выше 4,9 ммоль/л) и гипергликемией (уровень глюкозы крови выше 6,1 ммоль/л). Для анализа эффективности лечения был проведен анализ эффективности проводимого лечения по повторным явкам.

Результаты. При анализе полученных данных было выявлено 105 обследуемых пациентов с гиперхолестеринемией – 62,9% и 62 обследуемых вошли в группу пациентов с гипергликемией – 37,1%. Средний уровень

общего холестерина составил 5,9 ммоль/л, а средний уровень глюкозы крови – 7,4 ммоль/л. Почти половина пациентов с диагнозом ГБ в сочетании с гиперхолестеринемией имела II стадию заболевания (48%), что подтверждалось наличием на кардиограммах признаков гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ). Такие же данные были получены в группе пациентов с гипергликемией – половина обследованных пациентов имела II стадию гипертонической болезни, подтверждённую данными ЭКГ. Согласно полученным данным, в группе больных с гиперхолестеринемией проводилось лечение комбинациями следующих групп антигипертензивных препаратов (АГП): ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов ангиотензина II, бета-адреноблокаторы, блокаторы кальциевых каналов, диуретики. Все препараты назначались в стандартных дозах. Положительный эффект от лечения наблюдался у 49% больных. В группе больных с гипергликемией лечение проводилось комбинациями следующих групп АГП: ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов ангиотензина II, блокаторы кальциевых каналов, диуретики, комбинированные препараты и препараты центрального действия. Все препараты назначались в стандартных дозах. Положительный эффект от лечения наблюдался у 56% больных.

Заключение. По результатам проведенного исследования у обследуемых пациентов было выявлено наиболее частое повышение уровня общего холестерина (повышенный уровень общего холестерина среди пациентов с гипертонической болезнью встречался почти в 2 раза чаще, чем гипергликемия). Так же следует отметить, что среди всех обследованных наиболее часто встречались пациенты со II стадией ГБ, подтверждённой признаками ГЛЖ по результатам ЭКГ. Не было выявлено отличительных особенностей клинического течения гипертонической болезни в группах пациентов с гиперхолестеринемией и гипергликемией. Эффективность проводимой на амбулаторном этапе медикаментозной терапии гипертонической болезни оказалась выше в группе пациентов с

гипергликемией по сравнению с группой пациентов с гиперхолестеринемией на 7%.

ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА *CYP2C19*17* НА АГРЕГАЦИЮ ТРОМБОЦИТОВ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ, ПЕРЕНЕСШИХ ЧРЕСКОЖНОЕ КРОНАРНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Рыжикова К.А., м.н.с. отдела молекулярно-биологических исследований
НИЦ,

Смирнов В.В., к.ф.н., доц. кафедры фармацевтической и токсикологической
химии им .А.П. Арзамасцева,

Созаева Ж.А., лаборант кафедры клинической фармакологии и терапии

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

Мирзаев К.Б., к.м.н., с.н.с. Сектора прикладных проблем
персонализированной медицины НИЦ
ФГБОУ ДПО РМАНПО, г. Москва

Актуальность и цель исследования. Активация и агрегация тромбоцитов играют ключевую роль в развитии ишемических событий при остром коронарном синдроме (ОКС). Для лечения и профилактики атеротромботических осложнений у пациентов с ОКС, перенесших чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ), применяется двойная антиагрегационная терапия (ДАТ), которая включает в себя ацетилсалициловую кислоту и блокатор P2Y₁₂-рецепторов (в частности, клопидогрел). Изофермент CYP2C19, кодируемый одноименным геном, играет основную роль в биотрансформации клопидогрела. Ускоренный метаболизм клопидогрела наблюдается у носителей «быстрого» аллельного варианта *CYP2C19*17*, что может привести к увеличению риска кровотечений. Целью нашего исследования было оценить влияние

полиморфизма *CYP2C19*17* на низкую остаточную реактивность тромбоцитов ($PRU < 85$) у пациентов с ОКС, перенесших ЧКВ и принимающих клопидогрел.

Материалы и методы. В исследовании принял участие 81 пациент (64 мужчины и 17 женщин) с ОКС, перенесший чрескожное коронарное вмешательство. Средний возраст – $63,9 \pm 10,9$ лет. Для определения полиморфизма *CYP2C19*17* использовался метод полимеразной цепной реакции в реальном времени на ДНК-амплификаторе CFX96 Touch Real Time System компании BioRad (США). Функциональная активность тромбоцитов измерялась на портативном агрегометре VerifyNow P2Y12 assay через 3-5 дней после ЧКВ. Статистические данные обрабатывали с использованием программы INSTAT. Для всех показателей статистически значимым считали значение $p < 0,05$.

Результаты. При генотипировании по аллельному варианту *CYP2C19*17* из 81 участника исследования у 57 (70%) установлен генотип СС, у 23 (28%) – генотип СТ и у 1 (2%) – генотип ТТ. Частота аллельного варианта С составила 84,6%, аллельного варианта Т – 15,4%. Распределение аллелей и генотипов соответствовало закону Харди – Вайнберга ($p = 0,42$, $\chi^2 = 0,6$). При сравнении распределения частот аллелей по полиморфному маркеру *CYP2C19*17* у пациентов с низкой реактивностью тромбоцитов ($PRU < 85$) и пациентов с нормальной реактивностью тромбоцитов ($85 < PRU < 208$) были выявлены статистически достоверные различия: 80,0% против 26,3% (OR, 11,2; 95% CI, 1,18 to 106,32; $p = 0,0253$).

Выводы. Носительство *CYP2C19*17* было ассоциировано со снижением остаточной реактивности тромбоцитов у пациентов с ОКС, что повышает риск развития кровотечений.

ИДЕНТИФИКАЦИЯ МОЛЕКУЛЯРНЫХ МИШЕНЕЙ СУЛЬФОНИЛЬНОГО ПРОИЗВОДНОГО 2(5*H*)-ФУРАНОНА В КЛЕТКАХ БАКТЕРИЙ

Рыжикова М.Н., магистрант кафедры генетики, Тризна Е.Ю., аспирант кафедры генетики, Хабибрахманова А.М., аспирант кафедры органической химии

Руководитель: Каюмов А.Р. к.б.н., доц.

ФГАОУ ВПО Казанский (Приволжский) федеральный университет, г. Казань

В настоящее время показано, что большинство бактерий существуют в природе в виде специфически организованных биопленок, которые представляют собой тесно адгезированное к субстрату сообщество. В составе биопленки бактерии становятся устойчивыми к антибиотикам и иммунной системе организма человека, что вызывает трудности при лечении. Поэтому актуальной проблемой является поиск новых препаратов, подавляющих рост и образование биопленок бактериями. В Химическом институте КФУ были синтезированы производные 2(5*H*)-фуранона, среди которых соединение Ф105 показало высокую антибактериальную активность в отношении грамположительных бактерий. Целью работы было идентифицировать молекулярные мишени Ф105 в клетках микроорганизмов.

Для Ф105 были установлены минимальные концентрации, подавляющие рост (МПК) и образование биопленки (МБПК), методом микроразведений. Для *S.aureus* МПК и МБПК составили 0,5 мкг/мл и 2,5 мкг/мл соответственно, для *B.subtilis* – 5 мкг/мл и 10 мкг/мл соответственно. Ф105 не оказывал действия на клетки *P.aeruginosa* при концентрациях до 64 мкг/мл.

Для определения клеточных мишеней Ф105 проводили электрофорез сырого экстракта планктонных и адгезированных клеток бактерий. В клетках стафилококков и бацилл, выращенных в присутствии Ф105, были обнаружены значительные изменения в протеоме как планктонных, так и

адгезированных клеток. Идентификация с помощью MALDI-TOF масс-спектрометрии белков, синтез которых подавлялся в клетках стафилококка в присутствии Ф105, показала, что это в основном ферменты, участвующие в жизненно важных процессах клетки и относящиеся к генам домашнего хозяйства. Однако не представляется возможным выделить их в четко выраженную группу. В клетках бацилл, в присутствии Ф105, происходила индукция аминоксил-тРНК-синтетаз, рибозо-фосфат пироглюкокиназы и трансальдозазы. Учитывая, что содержание ферментов в клетке часто регулируется по принципу обратной связи, можно предположить, что индукция этих белков происходит для восстановления уровня необходимой активности в клетке, ингибированной, по всей видимости, соединением Ф105. Это позволяет предположить, что эти белки могут являться потенциальными мишенями фуранона в клетках *B. subtilis*. Количество ацетил-СоА карбоксилазы, белка инициации деления клеток, алкил-гидропероксид редуктазы и стресс-адаптационного белка, наоборот, уменьшалось в присутствии фуранона Ф105. Снижение этих белков, вероятно, происходит благодаря воздействию фуранона на регуляторные процессы клетки. В свою очередь, протеом клеток *P. aeruginosa* не изменялся в присутствии Ф105, что коррелирует с данными об отсутствии подавления роста этих бактерий.

Мы предполагаем, что Ф105 не обладает высокой специфичностью к какой-либо группе белков, однако воздействует на белки, обладающие ферментативной активностью. Для более точной идентификации возможных клеточных мишеней мы планируем далее проводить их разделение с помощью двумерного электрофореза, а также оценку воздействия фуранона на различные модельные ферменты *in vitro*.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНОВ *CYP2C19*, *ABCB1*,
CYP3A5 И АКТИВНОСТИ ИЗОФЕРМЕНТА *CYP3A4* НА ОСЛОЖНЕНИЯ
ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ПАЦИЕНТОВ
С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Рыткин Э.И., ординатор кафедры рентгенэндоваскулярных диагностики и
лечения ФГБОУ ДПО РМАНПО,

Рыжикова К.А., м.н.с. отдела молекулярно-биологических исследований
Научно-исследовательского центра ФГБОУ ДПО РМАНПО,

Созаева Ж.А., лаборант кафедры клинической фармакологии и терапии
ФГБОУ ДПО РМАНПО

Руководители: Андреев Д.А., д.м.н., проф. кафедры профилактической и
неотложной кардиологии ПМГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России;

Сычёв Д.А., д.м.н., член-корр. РАН, проф., заведующий кафедрой
клинической фармакологии и терапии ФГБОУ ДПО РМАНПО;

Мирзаев К.Б., к.м.н., с.н.с. сектора прикладных проблем
персонализированной медицины Научно-исследовательского центра ФГБОУ
ДПО РМАНПО; Смирнов В.В., к.ф.н., доцент кафедры фармацевтической и
токсикологической химии им. А.П. Арзамасцева ПМГМУ им. И.М. Сеченова
Минздрава России

Цель исследования. Определение влияния генов *CYP2C19*, *ABCB1*,
CYP3A5 и активности изофермента *CYP3A4* на лабораторную резистентность
к клопидогрелю и частоту осложнений чрескожного коронарного
вмешательства (ЧКВ) у пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС).

Материалы и методы. 76 пациентов (средний возраст 63 года, от 37
лет до 91 года) с ОКС, подвергшихся ЧКВ, были исследованы на наличие
полиморфизмов генов *CYP2C19*, *ABCB1*, *CYP3A*: *CYP2C19**2, *CYP2C19**3,
*CYP2C19**17, *ABCB1* *C3435T*, *CYP3A5**3. Аллельные варианты определялись

с помощью метода полимеразной цепной реакции (ПЦР). Активность изофермента CYP3A4 определялась с помощью уровней кортизола и

6-бета-гидроксикортизола в моче. В ходе исследования отмечались такие осложнения, как тромбоз стента ($n=2$) и рестеноз ($n=1$).

Результаты. Отмечалась повышенная лабораторная резистентность к клопидогрелю ($PRU > 208$) у носителей полиморфизма *CYP2C19*2*: 53,8% против 16,2% (ОШ=1.8; 95% ДИ: 1,0- 3,2; $p=0.0067$). Высокий риск тромбоза стента был связан с низким отношением уровней 6-бета-гидроксикортизола и кортизола, а значит, сниженной активностью изофермента *CYP3A4* ($\beta=0.022$, $CO = 0,009$, $p=0,021$ в модели линейной регрессии). Не отмечено влияния полиморфизмов *CYP2C19*17*, *ABCB1 C3435T* и *CYP3A5*3* на частоту тромбоза стента. Наличие полиморфизма *CYP2C19*2* не повлияло на частоту тромбоза стента ($\beta=-1,626$, $CO=1,449$, $p=0,262$ в модели логистической регрессии). Также на частоту тромбоза стента не повлияли полиморфизмы *CYP2C19*17* ($\beta=-0,907$, $CO=1,438$, $p=0,528$ в модели логистической регрессии), *ABCB1 C3435T* ($\beta=1,270$, $CO=1,442$, $p=0,378$ в модели логистической регрессии) и *CYP3A5*3* ($\beta = -17,633$, $p=0,999$ в модели логистической регрессии).

Выводы. Наличие полиморфизма *CYP2C19*2* у пациента с ОКС, подвергшегося ЧКВ, значительно повышает риск лабораторной резистентности к клопидогрелю. Наличие полиморфизмов *CYP2C19*2*, *CYP2C19*17*, *ABCB1 C3435T*, *CYP3A5*3* не снижает эффективность и безопасность ЧКВ у пациентов с ОКС. Однако нарушенная активность изофермента *CYP3A4* может увеличивать риск тромбоза стента.

ПОПЕРЕЧНАЯ ЛАПАРОТОМИЯ, КАК АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ ОПЕРАТИВНЫЙ ДОСТУП ПРИ ЭКСТРЕННОЙ ПАТОЛОГИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Савостьянов И.В., Данильченко И.Ю.

Руководитель: Лецишин Я.М., к.м.н.

НГИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России,

ГБУЗ КО НГКБ № 1, г. Новокузнецк

Цель исследования: обосновать поперечную лапаротомию, как альтернативный оперативный доступ при экстренной патологии толстой кишки.

Актуальность. В современной «открытой хирургии», доступом выбора, является продольная срединная лапаротомия, которая, по сложившемуся мнению, позволяет быстро осуществить доступ в брюшную полость, обеспечить адекватную ревизию внутренних органов и выполнить любой объем оперативного пособия.

Альтернативным с точки зрения исполнения и анатомической характеристики является верхняя поперечная лапаротомия. Анатомические преимущества поперечного доступа обусловлены несколькими особенностями: 1) направление соединительнотканых пучков в сетчатом слое кожи, определяющее ее способность к растяжению (линии Лангера) в эпигастральной области проходят параллельно реберным дугам, в мезогастррии - приблизительно горизонтально, а в гипогастрии - параллельно пупартовым связкам, 2) это соответствует ходу сосудов и нервов брюшной стенки. Разрезы кожи желательно проводить параллельно указанным линиям, так как в этих случаях доступ малотравматичен для косых мышц живота, и для нервных окончаний, иннервирующие эти мышцы, что способствует образованию хорошего, «косметического» и крепкого рубца. Кровоснабжение прямой мышцы живота осуществляется из двух бассейнов:

a. thoracica interna и a. epigastrica superior и при пересечении последней не наступает атрофии дистальной части мышцы.

Материалы и методы. 6 пациентов (5-муж., 1-жен.), средний возраст 66,5 лет. Средний класс по шкале ASA – 4Е. По шкале CEPOD 3 пациента имели 4 класс, 2 пациента имели 2 класс, и 1 пациент 3 класс. Все пациенты были прооперированы в ГКБ№1 г. Новокузнецка. 4 пациента с опухолью толстой кишки, 2 пациента с перфорацией толстой кишки, перитонитом. У некоторых пациентов была тяжелая сопутствующая патология. Тип доступа: верхне-поперечная лапаротомия, разрез выполнялся на границе средней и нижней трети расстояния между мечевидным отростком и пупком от бокового края одной прямой мышцы живота до бокового края другой. Рассекался передний листок влагалища этих мышц, оба брюшка, а затем задний листок влагалища вместе с поперечной фасцией и париетальной брюшиной. Между двумя лигатурами перерезалась и круглая связка печени. Этот стандартный способ доступа может быть упрощен или расширен. Если для операции достаточен менее широкий доступ, перерезается только одна прямая мышца живота, а на другой стороне только ее влагалище, сама же вторая прямая мышца лишь оттягивается в сторону. Если же необходим более широкий доступ, то поперечный разрез можно продолжать вплоть до средней подмышечной линии. По линии разреза перерезается наружная косая мышца живота, остальные плоские мышцы не пересекаются, а выделяются по ходу их волокон.

Результаты. Время операций составило от 75 до 120 минут. Технические трудности во всех шести случаях не наблюдались, особенностей ухудшающих ревизию внутренних органов не было, осложнений во время операций не возникло. 3 пациента погибли от сепсиса, раковой интоксикации и полиорганной недостаточности. У всех выживших пациентов, осложнений со стороны раны не наблюдалось.

Выводы. Использование поперечной лапаротомии при экстренном оперативном вмешательстве по поводу патологии толстой кишки возможно и не сопровождается ухудшением условий ревизии органов брюшной полости.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ РАННЕЙ ВЕРИФИКАЦИИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ STREPTOCOCCUS AGALACTIAE ИНФЕКЦИИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Садова Н.В., аспирант кафедры педиатрии, Астафьев В.В., аспирант кафедры акушерства и гинекологии, Скачкова Т.С., младший научный сотрудник ФБУН ЦНИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, Смирнова В.С., лаборант-исследователь ФБУН ЦНИИ эпидемиологии Роспотребнадзора
Руководители: Заплатников А.Л., д.м.н., проф.; Подзолкова Н.М., д.м.н., проф.

ФГБОУ ДПО РМАНПО, г. Москва

Введение. Streptococcus agalactiae инфекция (*S.agalactiae*-инфекция) является одной из наиболее частых перинатальных инфекций бактериальной этиологии. Доказано, что в подавляющем большинстве случаев *S.agalactiae*-инфицирование плода происходит в интранатальный период при вагинальном родоразрешении. При этом отмечено, что риск реализации *S.agalactiae*-инфекции у доношенных детей не превышает 1–2%, в то время, как у недоношенных достигает 20 и более процентов. Установлено, что у новорожденных детей внутриутробная *S.agalactiae*-инфекция может проявляться не только локализованными очагами, но и протекать в виде инвазивных форм. При этом показано, что в тех случаях, когда у новорожденного ребенка перинатальная *S.agalactiae*-инфекция приобретает генерализованный характер, риск неблагоприятного исхода заболевания существенно повышается (Шабалов Н. П., 2006; RedBook, 2015).

Учитывая высокий риск вертикального *S.agalactiae*-инфицирования, а также существенную частоту реализации перинатальной *S.agalactiae*-инфекции у недоношенных детей, было принято решение о проведении исследования, направленного на разработку алгоритма ранней диагностики внутриутробной *S.agalactiae*-инфекции для своевременного назначения адекватной этиотропной терапии.

Цель исследования. Повысить эффективность лечения перинатальной *S.agalactiae*-инфекции у недоношенных детей благодаря ранней верификации этиологии заболевания и своевременной коррекции этиотропной терапии.

Материалы и методы. В исследование, проведенное в строгом соответствии с этическими нормами Хельсинской декларации, включали беременных женщин, с преждевременным началом родовой деятельности (25-36 нед. гестации) и их новорожденных детей. Обследовано 106 женщин (возраст 18-41 лет, медиана 30 лет) и 118 их недоношенных новорожденных детей (12 детей из двоен). Забор биологического материала для исследования осуществляли: у женщин (периферическая венозная кровь, вагинальные мазки) - в I-м периоде родов; у новорожденных детей (пуповинная кровь, мазки из ротоглотки, аноректальные мазки) – в первые 10 минут жизни.

Для выявления *S.agalactiae* в биологических пробах параллельно использовали: бактериологическое исследование классическим методом в бактериологической лаборатории ГБУЗ «ГКБ им. Д.Д. Плетнева ДЗМ» и полимеразную цепную реакцию (ПЦР) в ФБУН ЦНИИ эпидемиологии Роспотребнадзора. Для выявления ДНК *S.agalactiae* использовали набор реагентов «АмплиСенс® *Streptococcus agalactiae*–скрин–титр–FL» (РУ №ФСР 2012/13618). Постановку и анализ результатов амплификации проводили на приборах с системой детекции флуоресцентного сигнала в режиме реального времени «Rotor–Gene» 3000/6000 («CorbettResearch», Австралия).

Результаты. Установлена детекция ДНК *S.agalactiae* в вагинальных мазках у 6 из 106 женщин (5,7%). Анализ вертикальной трансмиссии *S.agalactiae* показал, что *S.agalactiae* интранатальное инфицирование имело

место в половине случаев. При этом у двух из трех *S.agalactiae*-инфицированных недоношенных новорожденных детей развилась генерализованная инфекция. Результаты бактериологического исследования, которое проводилось одновременно с ПЦР, во всех случаях были негативны - ни в одном из биологических образцов матерей и их новорожденных детей *S.agalactiae* выделен не был.

Особо следует отметить, что, благодаря использованию ПЦР, этиология перинатальной инфекции была уточнена на самых ранних этапах инфекционно-воспалительного процесса. Это позволило своевременно назначить адекватную этиотропную терапию, что определило благоприятный исход заболевания у недоношенных детей с генерализованной *S.agalactiae*-инфекцией.

Выводы. Верификация перинатальной *S.agalactiae*-инфекции должна проводиться с помощью ПЦР в режиме "реального времени". Частота выявления ДНК *S.agalactiae* в вагинальных мазках у женщин, родивших раньше 37 недели гестации, составила 5,7% (6 из 106 обследуемых). Рождение детей от женщин с вагинальной колонизацией *S.agalactiae* в половине случаев сопровождалось вертикальной трансмиссией возбудителя и имело высокий риск развития инвазивной *S.agalactiae*-инфекции у недоношенных детей. При этом ранняя детекция *S.agalactiae* в биологических средах новорожденного ребенка позволила своевременно провести коррекцию этиотропной терапии, что во многом определило благоприятный исход заболевания. Учитывая, высокий риск развития генерализованных форм *S.agalactiae*-инфекции у недоношенных новорожденных детей, целесообразно внедрить обязательный ПЦР-скрининг беременных женщин, направленный на выявление у них *S.agalactiae* вагинальной колонизации.

СООБЩЕНИЯ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ В СЕТИ ИНТЕРНЕТ В КАЧЕСТВЕ ИСТОЧНИКА ИНФОРМАЦИИ О НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ЭФФЕКТАХ ЛЕКАРСТВ

Садыкова Э.Б, магистрант кафедры фундаментальной и клинической
фармакологии

Руководители: Юдина Е. В., к.м.н., доц.; Зиганшина Л.Е., д.м.н., зав. кафедрой
фундаментальной и клинической фармакологии

Казанский (Приволжский) федеральный университет, г. Казань

В настоящее время особую актуальность представляет поиск новых источников информации о безопасности лекарств и повышение участия потребителей в системе фармаконадзора. Принимая во внимание все возрастающую роль социальных сетей, интернет-форумов в жизни людей, сообщения потребителей в сети Интернет могут представить важную и полезную информацию об опыте применения лекарств и их эффектах и, что особенно важно, о нежелательных лекарственных реакциях.

Цель исследования: провести клинико-фармакологический анализ сообщений потребителей в сети Интернет и оценить возможности их использования в качестве дополнительного источника информации о нежелательных лекарственных реакциях.

Материалы и методы. Мы провели поиск сообщений потребителей об опыте применения и эффектах лекарств в сети Интернет (на веб-сайтах и интернет-форумах). Мы нашли и проанализировали всего 276 интернет-сообщений потребителей, из которых 147 сообщений были исключены из последующего анализа (малоинформативные сообщения, сообщения рекламного характера). В оставшихся 129 сообщениях мы проанализировали информацию об описываемых эффектах лекарств, в том числе в 33 сообщениях – информацию о нежелательных явлениях на фоне приема лекарств.

Результаты. В 46% отзывов (n=59) потребители сообщали, что принимали лекарства самостоятельно, в 42% (n=54) – по назначению врача, в 4% (n=5) – по рекомендации фармацевта, в 8% сообщений (n =11) такая информация отсутствовала. Большинство отзывов были от женщин (n=42; 33%), которые сообщали о собственном опыте применения лекарств и их эффектах или об эффектах лекарств у их детей. В большинстве отзывов, содержащих информацию о неблагоприятных эффектах лекарств, были описаны нежелательные явления на фоне применения антибактериальных и антисептических средств (39%; n=13): кожно-аллергические реакции, боли в области желудка, боли в грудной клетке, общие реакции со стороны организма (вялость, бледность). В сообщениях о нежелательных явлениях на фоне применения лекарств у детей (n=41) чаще встречались кожно-аллергические реакции, реакции со стороны желудочно-кишечного тракта, общие реакции со стороны организма, многие из них купировались после прекращения приема лекарств. В 12 сообщениях о применении лекарств у детей были описаны нежелательные явления при приеме средств для лечения колик, из них в 4 сообщениях было указано на отсутствие желаемого терапевтического эффекта. Важно отметить, что среди отзывов потребителей были сообщения и о применении лекарств во время беременности, в том числе одно сообщение об исходе беременности после применения лекарства по незарегистрированным показаниям.

Выводы. Сообщения потребителей могут помочь нам понять, как лекарства используются в действительности, а также акцентировать проблемы, связанные с самолечением, отсутствием приверженности, применением лекарств по незарегистрированным показаниям или не разрешённым во время беременности или в определенных возрастных периодах. Проведенный анализ показал, что интернет-сообщения потребителей на веб-сайтах и дискуссионных форумах по вопросам здоровья являются важным источником информации о нежелательных явлениях на

фоне применения лекарств и могут быть использованы в постмаркетинговых исследованиях безопасности лекарств и в системе фармаконадзора.

АПЛИКАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОБШИРНОЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ РАНОЙ

Саламов Р.З, Созиева А.К, аспиранты заочной формы обучения, кафедра
анестезиологии-реанимации и интенсивной терапии

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

ФГБУ ВО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»,
г.Владикавказ

Цель исследования: определить эффективность аппликационного послеоперационного способа обезболивания после обширных хирургических вмешательств и снизить потребность в наркотических анальгетиках.

Материалы и методы. Обследовано 15 пациентов обоих полов в возрасте 30-65 лет травматологического и хирургического отделений. Все пациенты соответствовали ASA II.

I группа - 5 пациентов, которым проводилось оперативное вмешательство на задних структурах позвоночника(коррекция сколиоза). Длина операционной раны составляла 15-20 см. Во время ушивании раны между позвоночником и мышечным слоем помещали два катетера на всем протяжении раны. Подкожножировую клетчатку обкалывали на всем протяжении раны 0,5% раствором нарпина 50-60 мл. В послеоперационном периоде через катетеры, установленные в раны, через инфузомат подавали 0,2% раствор нарпина со скоростью 10 мл/час.

II группа - 5 пациентов, которым было выполнено оперативное вмешательство ЛХЭ + абдоминопластика. Анестезиологическое пособие включало в себя стандартный вариант многокомпонентного ТВА с ИВЛ с интраоперационной установкой двух эпидуральных катетеров

субфасциально в операционную рану. В послеоперационном периоде проводили посредством инфузомата введение в катетер 0,2% раствор наропина со скоростью 10мл/час.

III группа - 5 пациентов, которым проводилось оперативное вмешательство на задних структурах позвоночника (коррекция сколиоза, транспедикулярная фиксация). Оперативное вмешательство проходило под ТВА с ИВЛ. Данной группе пациентов в послеоперационном периоде использовали наркотические анальгетики в комбинации с НПВС. Оценивали: интенсивность послеоперационного болевого синдрома по шкале ВАШ, время первого требования анальгетика, суммарную потребность в наркотических анальгетиках в первые 24 часа.

Результаты и обсуждение. В первой группе послеоперационное обезболивание было наиболее оптимальным, так как пациентам этой группы не понадобилось применение наркотических анальгетиков, поскольку болевой синдром у них в 24 часа после операции был (по шкале ВАШ 1-2 балла). Основными жалобами пациентов были неудобство длительного нахождения в горизонтальном положении. У пациентов второй группы болевой синдром присутствовал первые 2 часа, ввиду чего в двух случаях была необходимость использования наркотических анальгетиков. В трех случаях приходилось использовать НПВС. (по шкале ВАШ 3-4 балла). Всем пациентам второй группы была увеличена скорость введения ропивокаина до 20 мл/час, ввиду чего наблюдалось не критическое снижение артериального давления. Суточная потребность в наркотических анальгетиков составила в общем 2 мл промедола. В третьей группе у двух пациентов наблюдалось в послеоперационном периоде психомоторное возбуждение после использования опиоидных анальгетиков. Интенсивность послеоперационной боли в этой группе по шкале ВАШ оценивалась 6-7 баллов. Суточная потребность в наркотических анальгетиков составила 13 мл промедола.

Выводы. Интраоперационное установка эпидуральных катетеров в субфасциальное пространство обеспечивает больным, безболезненный

ранний послеоперационном период что ускоряло перевод пациентов в профильное отделение.

СТРУКТУРА НАРУШЕНИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЛА

Санникова Е.С., аспирант кафедры детской эндокринологии

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

ФГБОУ ДПО РМАНПО, г. Москва

Цель исследования: изучить структуру нарушения формирования пола (НФП) по данным одного центра.

Материалы и методы. Обследовано 248 пациентов с диагнозом нарушение формирования пола с рождения до 18 лет. Проведено цитогенетическое, молекулярно-цитогенетическое и молекулярно-генетическое исследования, оценка строения наружных и внутренних половых органов, гистология удаленных гонад, гормональный анализ (лютеинизирующий гормон, фолликулостимулирующий гормон, анти-Мюллеров гормон, ингибин В, тестостерон, андростендион, дигидротестостерон, коэффициент тестостерон/дигидротестостерон и тестостерон/андростендион) в мини-пубертатный и пубертатный периоды. В нейтральном периоде гормональные показатели оценивались после стимуляции хорионическим гонадотропином.

Результаты. По результатам кариологического исследования установлена цитогенетическая структура заболевания: НФП с кариотипом 46,XY диагностировано в 48% (120/248), НФП с кариотипом 46,XX – в 38% (93/248), НФП с патологией половых хромосом – в 14% (35/248) наблюдений. В целом, нозологический вариант патологии установлен в 65% (162/248) случаев НФП. В группах НФП 46,XX и НФП с патологией половых хромосом нозологический вариант патологии установлен в 100% случаев. Так, в группе НФП, обусловленного патологией половых хромосом,

мозаицизм (45,X/46,XY) диагностирован у 65% (23/35), синдром Клайнфельтера у 23% (8/35), синдром Шерешевского-Ульриха-Тернера у 6% (2/35), химеризм (46,XX/46,XY) у 6% (2/35) пациентов. Структура НФП 46,XX была представлена такими нозологическими вариантами, как врожденная гиперплазия коры надпочечников (дефицит 21-гидроксилазы) у 91% (85/93) и тестикулярным НФП у 9% (8/93) пациентов. В группе с кариотипом 46,XY нозологический вариант НФП установлен лишь в 28% (33/120) случаев, причем у 10% (12/120) пациентов диагноз верифицирован по результатам молекулярно-генетического исследования. В данной группе были диагностированы такие варианты НФП, как нарушение формирования гонад (61%, 20/33), дефект биосинтеза и действия андрогенов (30%, 10/33), синдром персистенции Мюллеровых протоков (9%, 3/33). Нарушение формирования гонад в 10% (2/20) случаев было представлено тотальной дисгенезией (причем у одного пациента выявлена мутация гена WT1), в 75% (15/20) случаев – парциальной дисгенезией и в 15% (3/20) – регрессией гонад. Дефект биосинтеза и действия андрогенов в большинстве (90%, 9/10) случаев представлен синдромом резистентности к андрогенам и лишь в 10% (1/10) случаев – дефицитом фермента HSD17B3. При этом у 6% (7/120) пациентов выявлены гетерозиготные мутации генов FOXF2, ZFPM2, ESR2, LHX1, ZFPM2, DNCR7, LHCR1, патологическая значимость которых на сегодняшний день не известна.

Выводы. Нозологический вариант патологии удалось верифицировать лишь у 65% пациентов с НФП, при этом в группах НФП с патологией половых хромосом и кариотипом 46,XX у всех пациентов. В то время как, в группе пациентов с кариотипом 46,XY нозологический вариант НФП установлен лишь у каждого третьего пациента, что определяет необходимость совершенствования диагностического алгоритма в первую очередь в этой группе пациентов.

ПСИХОТЕРАПИЯ АЛКОГОЛИЗМА У ПАЦИЕНТОВ С ХАРАКТЕРНЫМИ ЧЕРТАМИ «НОВЕЙШЕЙ» СОЦИАЛЬНОЙ ЭПОХИ

Саргсян А.Х., аспирант кафедры психотерапии и сексологии

Руководитель: Макаров В.В., д.м.н., проф., зав. кафедрой психотерапии и
сексологии

ФГБОУ ДПО РМАНПО, г. Москва

В связи с появлением в конце XX века – начале XXI века новой группы пациентов, фрагментарной и уникальной по своей природе, отличающейся особым типом психики, возникла проблема психотерапии этих пациентов, так как прежние методы психотерапии для данной группы пациентов не имеют столь высокой эффективности. Пациенты XXI века, страдающие алкоголизмом, остаются малокурабельными прежними методами психотерапии, что мы можем наблюдать по статистическим данным заболеваемости алкоголизмом. В связи с этим необходима разработка среднесрочного метода полимодальной психотерапии, которая могла бы быть психотерапией выбора для пациентов нашего времени. При условии разработки подходящего среднесрочного метода психотерапии для данной группы пациентов повысится эффективность терапии алкоголизма, увеличится продолжительность ремиссии у пациентов, страдающих алкоголизмом, снизится количество осложнений, вызванных алкоголизмом, улучшится психосоциальный статус пациентов.

Цель исследования: разработать клинически ориентированную среднесрочную групповую полимодальную психотерапию пациентов с алкоголизмом, с характерными чертами «новейшей» социальной эпохи.

Задачи исследования:

1. Разработать опросник для определения принадлежности пациентов к социальной эпохе.

2. Определить, какие личностные особенности, характерные для пациентов «новейшей» социальной эпохи, преобладают у лиц, злоупотребляющих алкоголем.

3. Разработать новый среднесрочный вариант психотерапии алкоголизма для пациентов с личностными чертами, характерными для «новейшей эпохи».

4. Оценить эффективность предложенного варианта психотерапии пациентов, страдающих алкоголизмом с характерными чертами «новейшей» социальной эпохи.

5. Апробировать разработанный вариант психотерапии, описать динамику состояния больных.

Ожидаемые результаты. Появление и повышение длительности ремиссии. Повышение качества жизни пациентов. Практическим результатом исследовательской деятельности станет разработка методических рекомендаций по психотерапии пациентов с характерными чертами «новейшей» социальной эпохи и разработка опросника, упрощающего диагностику принадлежности пациентов, страдающих алкоголизмом, к социальной эпохе.

ПРОБЛЕМНЫЕ МОМЕНТЫ БИОЭТИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ, СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ МОДИФИКАЦИЕЙ ГЕНОМА КЛЕТОК

Сахаров В.Н., аспирант, асс. кафедры патофизиологии

Руководитель: Литвицкий П.Ф., член-корр. РАН, д.м.н., проф.,
зав. кафедрой патофизиологии

ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова, г. Москва

Цель исследования: акцентировать внимание на проблемных моментах биоэтической оценки медицинских технологий, сопровождающихся модификацией генома клеток.

Материалы и методы. Анализ нормативных документов по теме.

Результаты. В условиях стремительного прогресса науки значимость и влияние биоэтики становятся всё более и более важными. Развитие науки и медицины должно быть на благо человечества. Но благом ли является развивающаяся технология генной терапии?

Наша страна в целом уже сформировала свое отношение к такой технологии. В частности, действует законодательство, ограничивающее выращивание и разведение на территории страны генно-модифицированных растений и животных. Вместе с тем, регламентировано лицензирование деятельности (для замкнутых систем, причем за исключением деятельности в медицинских целях), связанной с «генетическими манипуляциями на молекулярном, клеточном уровнях для генодиагностики и генной терапии (генотерапии) применительно к человеку».

Во-первых, почему же у нас такое отношение к генно-модифицированным организмам (ГМО), даже несмотря на дискуссионность их вреда/отсутствия эффекта? Очевидна забота о том, чтобы генетические векторные конструкции, используемые для создания ГМО, не оказали существенного влияния на генофонд человека. Ведь таковое потенциально

опасно рисками мутаций, онкопатологии и т.д. Но если в стране запрещено разводить и выращивать генно-модифицированных животных и растений, то могут ли локальные комитеты организаций по этике превратиться в основную инстанцию для одобрения целей, направленных на изменение генома человека? Тем более, что в таких случаях вирусы-доставщики более специфичны, а риски в целом для популяции могут стать еще больше. Каким образом можно ограничить местную власть отдельных комитетов по этике, которым может оказаться выгоднее коммерциализация результата, если они не независимы, а являются структурными подразделениями заинтересованных в получении прибыли организаций?

Стоит отметить, что доставку генетических конструкций осуществляют зачастую с помощью респираторных вирусов, что ещё больше повышает вероятность распространения пусть даже «задремавшего» на время вируса в популяции. Изучение долговременных последствий генной терапии становится краеугольным камнем? Как соотнести права одного, кому лечение, возможно, поможет, и группы (популяции), которой это может навредить?

В крайнем случае, если предположить, что генная терапия получит всестороннее обоснование и будет подконтрольно внедрена, нет ли прав у общества знать, кто именно подвергся таким модификациям? Будет ли введена уголовная ответственность для тех, кто скрывает это, как, например, имеет место с венерическими заболеваниями? Иначе будем ли мы чувствовать себя в безопасности в общественных местах? И как же наши права на охрану окружающей среды, в т.ч. от биологических угроз, коими могут стать те самые векторы?

В этой связи необходимо конкретизировать государственную позицию по вопросу генно-модифицированной терапии. Нужно это в первую очередь для того, чтобы определить статус связанных с изменением генома человека мировых исследований.

Выводы. В настоящее время достаточно много аргументов у скептиков генной терапии, которые осознают всю серьезность потенциальных рисков, по крайней мере, на современном этапе, когда мы не можем просчитать всех её последствий.

СРАВНЕНИЕ УРОВНЯ АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ ГЛАЗНОЙ ПОВЕРХНОСТИ ДО И ПОСЛЕ ПЕРВИЧНОЙ И ПОВТОРНОЙ ОПЕРАЦИИ ЛАЗИК

Сергеева М.И., ассистент кафедры офтальмологии

Научный руководитель: Ковалевская М.А., д.м.н., проф., зав. кафедрой
офтальмологии

ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н.Бурденко, г. Воронеж

Методика ЛАЗИК – универсальная технология рефракционной операции, позволяющая достичь стабильных, прогнозируемых, высоких показателей остроты зрения.

Цель исследования. Оценка уровня антиоксидантной защиты глазной поверхности до и после ЛАЗИК.

Материалы и методы. В исследование вошли 72 (144 глаза) пациента с миопией высокой степени и астигматизмом, которым производилась операция ЛАЗИК в два этапа. Лабораторные исследования выполнялись на базе лаборатории механизмов рецепции Федерального государственного учреждения науки "Институт биофизики клетки Российской академии наук" (г.Пушино).

Антиоксидантная активность определялась по уровню экспрессии пероксиредоксина-6 (PRDX6) в слезной жидкости до и после ЛАЗИК, до и после докоррекции (2 этапа). Исследование слезной жидкости производили методом иммуноферментного анализа. Проводили РААГ-электрофорез, среднюю концентрацию белка определяли спектрофотометрически. Для

иммуноферментного анализа использовали Western-блот. Мажорные белки слезы анализировали методом MALDI-TOF-триптического гидролиза белка в полиакриламидном геле. Масс-спектры получали на MALDI-времяпролетном масс-спектрометре Ultraflex II BRUKER (Германия). Идентификацию белков осуществляли при помощи программы Mascot (www.matrixscience.com). Статистическая обработка полученных данных была проведена с использованием прикладных программ «STSTISTICA, version 6.1» (StatSoft) и BIOSTST.

Результаты. Уровень экспрессии пероксиредоксина-6 до операции ЛАЗИК составил $17,77 \pm 1,03$. После 1 этапа ЛАЗИК он повысился до $19,87 \pm 1,05$, что в 1,1 раза больше, чем до операции. В среднем через 3-6 месяцев производили 2 этап ЛАЗИК. Уровень экспрессии PRDX6 до 2 этапа ЛАЗИК составил $42,47 \pm 0,68$. После 2 этапа ЛАЗИК он незначительно снизился (в 1,1 раза) до $37,41 \pm 0,78$, оставаясь при этом на очень высоком уровне.

При сравнении уровня экспрессии пероксиредоксина-6 выявили, что через 3 месяца после 1 этапа ЛАЗИК он повысился в 1,7 раз. Следовательно, 2 этап ЛАЗИК проводили при высоком уровне антиоксидантной защиты. При анализе данного показателя после 1 и после 2 этапа ЛАЗИК определили усиление экспрессии в 1,8 раза.

Выводы.

1. В результате исследования было установлено, что после ЛАЗИК у пациентов с миопией высокой степени длительно (как минимум 3 месяца) сохраняется высокий уровень антиоксидантной защиты (экспрессии пероксиредоксина-6).

2. Уровень антиоксидантной защиты до и после повторной операции ЛАЗИК выше, чем до и после первичной.

КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ НИЖНЕЙ БРЫЖЕЕЧНОЙ АРТЕРИИ

Сеурко К.И., Коротков Д.А., студенты, кафедра колопроктологии и
малоинвазивной хирургии

Руководитель: Леонтьев А.В., асс. кафедры колопроктологии и
малоинвазивной хирургии

Первый Московский государственный медицинский университет
им. И.М. Сеченова, г. Москва

Цель исследования: определить анатомические особенности строения ствола и ветвей НБА по данным МСКТ брюшной полости с внутривенным контрастированием.

Материалы и методы. С 2013 по 2016 гг. проанализировано 59 КТ-исследований органов брюшной полости с внутривенным контрастированием. Большинство пациентов (72,9%) прошли обследование на базе УКБ №2 Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, выполненное на мультидетекторном компьютерном томографе Siemens Somatom Sensation 64. Для изучения сосудистой анатомии использовались, как стандартное исследование после внутривенного контрастирования, так и с построением 3D-реконструкции.

Нами была предложена классификация строения ствола НБА и ее ветвей: вариант А – 2 сигмовидные артерии (СА) отходят от верхней прямокишечной артерии (ВПА); вариант В – от ВПА отходит общий сигмовидный ствол, который делится на 2 СА; вариант С, когда от левой ободочной артерии (ЛОА) отходит 1 СА; вариант D, при котором от ЛОА отходили 2 СА; вариант Е – одна СА отходила от ВПА, а другая СА – от ЛОА; вариант F, когда 2 СА отходят от ЛОА, 1 СА – от ВПА; вариант G, при котором верхняя прямокишечная, сигмовидная и левая ободочная артерии отходят розеткообразно из одной «точки»; вариант H, при котором одна СА

отходила из одной точки вместе с ЛОА и ВПА, а другая СА от ВПА; вариант I - ВПА, 2 СА и ЛОА отходят из одной «точки»; вариант J, при котором отсутствовала ЛОА.

Результаты. Вариант А можно обнаружить в $3,51 \pm 3,14\%$ случаев ($p < 0,2$). Вариант В выявляется в $35,09 \pm 12,64\%$ наблюдений ($p < 0,05$). Вариант С встречается в $21,05 \pm 10,8\%$ случаев ($p < 0,05$). Вариант D – в $1,75 \pm 1,48\%$ наблюдений ($p < 0,4$). Вариант Е может быть обнаружен в $12,28 \pm 8,69\%$ случаев ($p < 0,05$). Вариант F выявляется в $1,75 \pm 1,48\%$ наблюдений ($p < 0,4$). Вариант G можно обнаружить в $14,04 \pm 9,2\%$ случаев ($p < 0,05$). Вариант H встречается в $5,26 \pm 4,94\%$ наблюдений ($p < 0,1$). Вариант I выявляется в $1,75 \pm 1,48\%$ случаев ($p < 0,4$). Вариант J может быть обнаружен в $3,51 \pm 3,14\%$ наблюдений ($p < 0,2$). Чаще всего от разных стволов отходили 1 СА (в $48,27 \pm 13,13\%$ случаев, $p < 0,05$) и 2 СА (в $41,38 \pm 12,93\%$ случаев, $p < 0,05$). В наименьшем количестве случаев – 3 СА (в $6,89 \pm 6,65\%$ наблюдений, $p < 0,05$) и 4 СА (в $3,45 \pm 3,09\%$ наблюдений, $p < 0,2$).

Среднее значение угла отхождения НБА от аорты составляет $13,76 \pm 2,66^\circ$ ($p < 0,05$), а среднее значение угла отхождения левой ободочной артерии от НБА – $78,5 \pm 10^\circ$ ($p < 0,05$).

В большинстве случаев НБА отходила от аорты на уровне L3 в $55,9 \pm 12,93\%$ случаев ($p < 0,05$), на уровне L4 – в $32,2 \pm 12,17\%$ наблюдений ($p < 0,05$). В ряде случаев – на уровне межпозвонкового диска между L3 и L4 в $11,86 \pm 8,42\%$ случаев ($p < 0,05$).

Выводы. Знание клинико-анатомических особенностей строения НБА и ее ветвей позволяет выполнить обширную парааортальную лимфодиссекцию и сохранить питающие сосуды. За счет этого значительно снижается число левосторонних гемиколэктомий в пользу сегментарных резекций, что является «золотым стандартом» с точки зрения послеоперационных осложнений и характеризуется хорошими онкологическими результатами.

МИНЕРАЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ КОСТНОЙ ТКАНИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Сецко М.А., врач отделения онкологии ФГАУ «Лечебно-реабилитационный
центр»

Руководитель: Поддубная И.В., акад. РАН, д.м.н., проф., зав. кафедрой
онкологии

ФГБОУ ДПО РМАНПО, г. Москва

Введение. В настоящее время значительные ресурсы выделяются на скрининг, диагностику и лечение остеопороза. Повышение костной резорбции приводит к потере прочности костной ткани и, следовательно, к повышенному риску переломов, что является, по мнению Всемирной организации здравоохранения, важной проблемой. Снижение минеральной плотности костной ткани у больных раком молочной железы происходит более быстрыми темпами, так как лекарственное лечение увеличивает костные потери, а значит, и частоту переломов.

Цель исследования: изучить изменения минеральной плотности костной ткани у больных раком молочной железы в процессе и после комплексного лечения.

Материалы и методы. В исследование включены 119 больных раком молочной железы I-IIIc стадии, оперированных радикально и получивших лекарственное лечение в неoadъювантном и адъювантном режимах. 21 пациентка получила Деносумаб в дозе 60 мг подкожно 1 раз в 6 месяцев по поводу остеопороза, диагностированного до, в процессе и после проведения химио- и/или гормонотерапии. Группой сравнения оказались 98 пре- и постменопаузальных больных раком молочной железы.

Оценка минеральной плотности костной ткани проводилась по данным рентгеновской остеоденситометрии поясничного отдела позвоночника, а

также зон шеек бедра справа и слева до начала лечения и каждые последующие 6 месяцев.

Результаты. В 82 случаях (68,91%) было отмечено снижение минеральной плотности костной ткани более чем на 5% при измерении поясничных позвонков. При этом медиана снижения оказалась равна 17,5 месяца (14,9-21,2 95%ДИ), а у 84,6% при измерении через 36 месяцев костные потери превысили 5%. При измерении минеральной плотности костной ткани шеек бедра справа и слева также выявлялись костные потери, но не столь значительные. При многофакторном анализе методом Stepwise с последовательным исключением из анализа факторов, возможно влияющих на возникновение перелома, статистически значимыми оказались индекс массы тела (>25 в сравнении с <25): $OR=2,03$ (1,41-2,92 95%ДИ, $p=0,0001$) и депривация эстрогенов («нет» в сравнении с «да»): $OR=0,49$ (0,32-0,74 95%ДИ, $p=0,0009$). При измерении минеральной плотности костной ткани поясничных позвонков в группе применения Деносумаба среднее значение Т-критерия до начала лечения было равно -1,47 ($t_{\text{стюд}}=4,009$), а через 2 года – -1,46 ($t_{\text{стюд}}=3,057$). При измерении минеральной плотности костной ткани в шейках бедра справа и слева диагностирован прирост костной массы.

Выводы. При лекарственной терапии рака молочной железы снижение минеральной плотности костной ткани происходит быстрее, что выражается в повышении риска переломов. Депривация эстрогенов у пременопаузальных больных раком молочной железы приводит к падению уровня эстрадиола в крови, значительным костным потерям и развитию вторичного остеопороза. Неблагоприятным фактором является низкий индекс массы тела. Деносумаб замедляет костные потери.

ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ: ОСОБЕННОСТИ Т-КЛЕТОЧНОГО ОТВЕТА И ЦИТОКИНОВОЙ РЕГУЛЯЦИИ

Сидлецкая К.А., м.н.с. лаборатории биомедицинских исследований

Руководитель: Виткина Т.И., д.б.н., проф., зав. лабораторией медицинской
экологии и рекреационных ресурсов

Владивостокский филиал ДНЦ ФПД - НИИМКВЛ, г. Владивосток

Цель исследования: изучить особенности Т-клеточного ответа и цитокиновой регуляции при хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) разной степени тяжести в стадии ремиссии.

Материалы и методы. В исследование были включены 112 пациентов с ХОБЛ 1-го (36 чел.), 2-го (52 чел.) и 3-го (24 чел.) спирометрического класса (ск.) в стадии ремиссии. Средний возраст пациентов составил $57,5 \pm 4,8$ лет. В контрольную группу вошли 32 практически здоровых лица, некурящих, с нормальной функцией внешнего дыхания, в возрасте $42,0 \pm 3,4$ лет. Для достижения поставленной цели были исследованы уровни сывороточных цитокинов и динамика экспрессии поверхностного рецептора к интерлейкину-6 (IL-6R, CD126⁺). Содержание фактора некроза опухоли- α (TNF- α), интерферона- γ (IFN- γ), интерлейкина-4 (IL-4), IL-6, IL-10 и IL-17A определяли в сыворотке крови методом проточной цитометрии (Cytometric Bead Array, BD, USA). Для обработки данных использовалась программа FCAP 3.0 (фирма BD, USA). Концентрацию трансформирующего фактора роста- β 1 (TGF- β 1) и IL-21 определяли в сыворотке крови иммуноферментным методом (Genzyme diagnostics, USA). Уровень экспрессии CD126⁺ определяли в цельной крови на поверхности Т-лимфоцитов (CD3⁺-клетки), Т-хелперов (CD4⁺-клетки), моноцитов и гранулоцитов методом проточной цитометрии (реагенты фирмы BD, USA).

Результаты. В ходе исследования уровней сывороточных цитокинов у пациентов с ХОБЛ было установлено, что Т-клеточный ответ может

развиваться согласно Th1- или Th17-пути. У большинства больных ХОБЛ 1 ск. (67%) развитие иммунного ответа протекало по Th1-типу. При ХОБЛ 2 и 3 ск. преобладал Th17-тип иммунного ответа – 53% и 75% больных соответственно. В группе пациентов с Th1-типом иммунного ответа отмечалось повышенное содержание IFN- γ и TNF- α , при этом уровень IL-4 оставался ниже контрольного значения. При ХОБЛ 1 ск. увеличивалось содержание IFN- γ (в 3 раза) и TNF- α (в 2 раза) относительно контроля. У пациентов с ХОБЛ 2 ск. снижался уровень IFN- γ (на 50%) и TNF- α (на 29%), в то же время повышался уровень IL-10 (на 84%) относительно контрольной группы. При ХОБЛ 3 ск. в большей степени был повышен уровень TNF- α (увеличился в 3 раза) в сравнении с контролем. У больных с Th17-типом иммунного ответа на всех стадиях наблюдалась гиперпродукция IL-21, IL-6, IL-17A, TGF- β 1 и IL-10, при прогрессировании ХОБЛ происходило увеличение содержания TNF- α на фоне снижения концентрации IFN- γ .

Прогрессирование ХОБЛ сопровождалось увеличением количества CD126⁺-иммунокомпетентных клеток и перераспределением динамики экспрессии между различными субпопуляциями. При этом наибольший процент CD126⁺-клеток на всех стадиях ХОБЛ наблюдался в популяции лейкоцитов, в наибольшей степени – среди Т-хелперов. При ХОБЛ 2 и 3 ск. возрастал процент CD126⁺-гранулоцитов (на 55% и на 298% соответственно относительно контроля), моноциты имели более низкий уровень экспрессии данного рецептора (увеличение на 28% и 151% соответственно относительно контроля).

Выводы. При ХОБЛ формируется Т-клеточный ответ по Th1-, либо по Th17-пути, каждый из которых поддерживается специфическим набором цитокинов. Изменение экспрессии IL-6R на мембране иммунокомпетентных клеток является еще одним важным фактором регуляции иммунного ответа при ХОБЛ.

НАРУШЕНИЯ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО И МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКИМ АДЕНОИДИТОМ

Сидоренко Д.Р., аспирант кафедры ЛОР-болезней с курсом ПО

Руководители: Терскова Н.В., д.м.н., доц.; Шнайдер Н.А., д.м.н., проф.

ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск

Цель исследования: Исследование частоты респираторных нарушений у детей при хроническом аденоидите (ХА) по показателям кардио-респираторного мониторинга.

Материалы и методы. Проанализирована выборка детей с ХА (N=80). Пациентам проводилось оториноларингологическое и сомнологическое обследование при обращении за медицинской помощью в Неврологический центр эпилептологии, нейрогенетики и исследования мозга Университетской клиники КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого в период с 2013 по 2015 гг.

Распределение клинических случаев ХА с учетом степени гипертрофии глоточной миндалины: I степень – у 3/30(10,0±4,5%) детей, II степень – у 15/30(50,0±9,1%), III степень – у 12/30(40,0±8,9%) детей. Синдром обструктивного апноэ/гипопноэ сна (СОАГС) верифицирован у 22/30(73,3±8,1%) детей, из них I степени тяжести – у 18/30(60,0±8,9%) детей, II степени – у 4/30(13,3±6,2%), III степени – не было зарегистрировано ни одного случая. У 8/30(26,7±8,7%) детей СОАГС не был зарегистрирован.

Результаты показали преобладание I степени тяжести СОАГС ($p < 0,05$). Средняя сатурация по выборке детей с ХА вне зависимости от степени гипертрофии глоточной миндалины (SpO_2) – 96%, максимальное значение SpO_2 – 99%, минимальное значение SpO_2 – 91%. У 5/22(22,7±8,9%) детей значения SpO_2 были менее 85%, что свидетельствовало о тяжелой степени транзиторной ночной гипоксемии. Ронхопатия с СОАГС диагностировалась у 24/30(80,0±7,3%) детей с гипертрофией глоточной миндалины, ронхопатия

без СОАГС – у 7/30(23,3±7,7%) детей ($p < 0,01$). Индекс апноэ/гипопноэ (ИАГ) – 2[1,0; 6,0] в час. Индекс десатурации – 1[0,5; 2,0] в час. Показано, что лишь у 2/30(6,6±5,5%) детей не зарегистрировано случаев остановки дыхания за время ночного сна, у 14/30(46,6±9,1%) – количество эпизодов апноэ варьировало от 1 до 5, у 8/30(26,6±8,0%) детей – от 6 до 10, у 3/30(10,0±5,4%) детей – от 10 до 15 и у 4/30(13,3±6,2%) детей – более 15 эпизодов апноэ во время ночного сна. Минимальная частота сердечных сокращений (ЧСС) – 57[49; 62] ударов в минуту, максимальная ЧСС – 120[110; 129] ударов в минуту. Нарушение сердечного ритма по типу сердечной аритмии более 100 ударов в минуту – у 24/30(80,0±7,3%) обследованных детей.

Выводы. Результаты свидетельствуют о высокой коморбидности ХА с ронхопатией, осложненной СОАГС (80% случаев). Зарегистрированы транзиторные нарушения сердечного ритма по типу сердечной аритмии. Таким образом, диспансерное наблюдение детей с ХА у детского оториноларинголога должно включать не только стандартизированный осмотр ЛОР-органов и их эндоскопическое исследование, но и исследование состояния функции дыхания во сне с уточнением характера апноэ и степени его тяжести, а также степень тяжести ночной гипоксемии.

ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ДЕТЕЙ ЛЕТНЕГО ОЗДОРОВИТЕЛЬНОГО ЛАГЕРЯ

Сидукова О.Л., аспирант кафедры гигиены и медицинской экологии

Руководитель: Гузик Е.О., к.м.н., заведующий кафедрой гигиены и
медицинской экологии

БелМАПО, г. Минск

Цель исследования: изучить функциональное состояние учащихся, прибывающих на оздоровление в загородный летний лагерь.

Материалы и методы. Проведено исследование функционального состояния 385 детей в возрасте 8-14 лет, прибывших на оздоровление в загородный лагерь Минской области, на основе анализа вариабельности сердечного ритма (ВСР) с использованием аппаратно-программного комплекса «ОМЕГА-М». Выполнена оценка по следующим показателям: адаптация сердечно-сосудистой системы, вегетативная регуляция, центральная регуляция, психоэмоциональное состояние и интегральный показатель здоровья. Анализ полученных данных проведен при помощи программы Statistica 7.0. Ввиду того, что распределение значений изучаемых признаков в выборке оказалось отличным от нормального, в работе в качестве описательных характеристик использована медиана и межквартильный интервал (q25 и q75).

Результаты. Установлено, что медианные значения (Me) всех анализируемых показателей у школьников, прибывших на оздоровление в детский загородный лагерь, находятся на уровне нормальных значений (60 – 80).

При оценке индивидуальных данных установлены статистически значимые различия ($p < 0,05$) в распределении детей по уровню функционального состояния в зависимости от смены по показателям адаптации сердечно-сосудистой системы (АП), вегетативной регуляции и психоэмоциональному состоянию.

Так, в 1-3-ю смены нормальный уровень АП выявлен у 64% детей, в четвертую – у 47%. Около 20 % обследованных имеют неудовлетворительную адаптацию или срыв механизмов адаптации в четвертую смену, в то время как в 1-3-ю смены данный показатель составлял 8% ($p = 0,021138$).

Оптимальный уровень вегетативной регуляции отмечен с 1-й по 3-ю смену, у 40% учащихся, в то время как в 4-ю смену этот показатель составил лишь 22,2%, при этом каждый четвертый имел истощение или срыв механизмов вегетативной регуляции ($p = 0,029886$).

По показателю психоэмоционального состояния наилучший результат отмечен в третью смену, в которую около 70% детей имели нормальные и оптимальные показатели, наименее благоприятные показатели зарегистрированы в четвертую смену, когда каждый пятый ребенок имел истощение и срыв психоэмоционального состояния ($p=,020429$).

По показателям центральной регуляции и интегральному показателю состояния здоровья вышеуказанных закономерностей не выявлено.

Анализ ситуации в целом свидетельствует, что среди детей прибывших в летний оздоровительный лагерь каждый четвертый в начале смены имеет напряжение механизмов адаптации, вегетативной и центральной регуляции, психоэмоционального состояния. Каждый шестой ребенок имеет истощение и срыв адаптационных возможностей ССС, вегетативной и центральной регуляции. Оптимальный уровень по интегральному показателю функционального состояния в начале оздоровления отмечен лишь у 20,3% детей, каждый пятый имеет напряжение механизмов, а каждый шестой – истощение и срыв функционального состояния.

Заключение. Использование анализа вариабельности сердечного ритма для оценки состояния здоровья детей, прибывших на оздоровление, является достаточно высокочувствительным методом, который позволяет выделить группы риска среди детей, что может быть использовано для разработки мероприятий направленных на коррекцию состояния здоровья и оценки эффективности оздоровления.

ДИАГНОСТИКА АСИММЕТРИИ ЧЕРЕПА МЕТОДОМ ТРЕХМЕРНОЙ СИММЕТРОСКОПИИ

Скалкина О.В., клинический ординатор кафедры стоматологии

хирургической и челюстно-лицевой хирургии

Руководитель: Герасимов А.С., к.м.н., асс.

ГБОУ ВПО ПСПбГМУ им.акад. И.П. Павлова, г. Санкт-Петербург

Цель исследования: разработать алгоритм трехмерной симметроскопии для предоперационной диагностики асимметрии черепа.

Материалы и методы. Трехмерная симметроскопия выполняется в программе Materialise Mimics® на основе конусно-лучевых компьютерных томограмм (КЛКТ) пациентов. Выявление зон асимметрии, объёмные измерения и расчеты производятся с построением трехмерных моделей костей черепа, мягкотканного компонента и моделей их зеркальных отражений. Визуализация полученных результатов достигается за счёт наложения данных моделей.

Результаты. За период с 2008 по 2016 год на базе клиники челюстно-лицевой хирургии ПСПбГМУ им.акад.И.П. Павлова, клиники СПИКА, СЗГМУ им. И.И. Мечникова, ГМПБ №2, ГБУЗ ЛОКБ, клиники «Атрибьют» выполнена диагностика асимметрии черепа у ста сорока одного пациента (восемьдесят восемь женщин и пятидесяти трёх мужчин) в возрастной группе от восемнадцати до пятидесяти пяти лет. Из них сто десять пациентов с врожденными аномалиями челюстно-лицевой области и тридцать один пациент с приобретенными деформациями. На основе данных трехмерной симметроскопии происходил выбор тактики лечения, производилось планирование предстоящих операций.

Выводы. Разработанный алгоритм трехмерной симметроскопии позволяет выявить области асимметрии черепа, произвести их объёмные измерения. Данный метод помогает визуализировать разницу между левой и

правой половинами лица и смоделировать несколько вариантов хирургического вмешательства.

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ЭНЕРГОМОДУЛИРУЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ НЕЙРОПЕПТИДНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

Соколик Е.П., асс. кафедры общей и клинической фармакологии

Руководитель: Беленичев И.Ф., д.б.н., проф.

Одесский национальный медицинский университет, г. Одесса, Украина

Введение. На сегодняшний день алкоголизм является актуальной социальной и медицинской проблемой, требующей поиска новых путей решения.

Цель исследования: установить особенности и степень выраженности действия цереброкурина, кортексина и церебролизина на процессы энергетического метаболизма нейронов головного мозга при экспериментальной алкогольной интоксикации.

Материалы и методы. В опытах использовали 50 белых беспородных крыс-самцов с массой тела 180-220 грамм в возрасте 4,5 месяцев, которые содержались в виварии при свободном доступе к пище. Хроническую алкогольную интоксикацию вызывали ежедневным внутрижелудочным введением первые 10 дней – 15% раствора этанола в дозе 4 г/кг, следующие 10 дней – 15% раствора этанола в дозе 6 г/кг и последующие 10 дней крысам вводили 25% раствор этанола в дозе 4 г/кг. С 30-х суток прекращали акоголизацию и проводили экспериментальную терапию изучаемыми препаратами и продолжали наблюдение в течение 14 дней. Все крысы были разделены на 5 групп: 1-я группа получала в течение 30 дней этанол и с 31 по 44 сутки цереброкурин в дозе 0,01 мл/кг; 2-я группа получала в течение 30 дней этанол и с 31 по 44 сутки церебролизин в дозе 1 мл/кг; 3-я группа

получала в течение 30 дней этанол и с 31 по 44 сутки – кортексин в дозе 0,01 мл/кг; 4-я группа получала в течение 30 дней этанол (контроль); 5-я группа – интакт (вместо этанола – физиологический раствор).

Результаты и их обсуждение. Курсовое назначение на фоне алкогольной интоксикации церебролизина (1 мл / кг) привело к снижению уровня лактата на 21,5% по отношению к группе нелеченных животных ($p<0,05$), при параллельном нарастании уровня малата – на 5,4% и пирувата – на 13,3% , что свидетельствовало о нормализации цикла трикарбоновых кислот и ограничении активности анаэробного гликолиза. Курсовое назначение кортексина приводило к подобным по направленности изменениям показателей энергетического обмена, но более выраженных по действию (содержание лактата снизилось на 32,5% ; $p<0,05$) по отношению к показателям контроля), содержание малата повысилось на 13,5% и пирувата – на 25,0%). Наиболее эффективным было назначение цереброкурина, при котором регистрировалось уменьшение лактата на 50,6% ($p<0,05$) и повышение малата – на 27,0% и пирувата – на 38,3%. Интенсификация аэробных процессов под действием нейропептидных препаратов в мозге животных, получавших длительно алкоголь, приводила к увеличению продукции макроэргических фосфатов. Так, назначение церебролизина увеличивало уровень АТФ на 21,8%, АДФ – на 5,7% при снижении уровня АМФ на 8,0%. В группе, получавших кортексин, эти показатели были выше и составили: АТФ на 49,1%, АДФ – на 11,4%, а АМФ – на 20,0%. Применение цереброкурина привело к наиболее значительному повышению энергопродукции – АТФ на 80,1%, АДФ на 20,0% и снижению АМФ на 28,0%.

Выводы. На фоне хронической алкогольной интоксикации в нейронах головного мозга наблюдается угнетение аэробных путей энергопродукции и формирование энергодефицитного состояния. Экспериментальная терапия нейропептидными церебропротекторами (церебролизин, кортексин, цереброкурин) приводила к нормализации окисления в цикле Кребса и

увеличению уровня макроэргов в головном мозге животных с алкогольной интоксикацией. Наиболее выраженная энергомодулирующая активность была отмечена у цереброкурина.

НЕКОТОРЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ ИНФОРМИРОВАННОСТИ РОДИТЕЛЕЙ О ПРАВАХ РЕБЕНКА В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Соколова В.В., аспирант кафедры общественного здоровья и
здравоохранения

Руководитель: Юрьев В.К., заслуженный деятель науки РФ, д.м.н., проф.,
зав. кафедрой

ФГБОУ ВО СПб ГПМУ МЗ РФ, г. Санкт-Петербург

Актуальность. Особую роль в защите прав и интересов детей в области охраны здоровья играет информированность родителей о правах ребенка в системе обязательного медицинского страхования (ОМС). Актуальными являются не только источники информации о правах в системе охраны здоровья, но и активность населения в получении этой информации и ее использовании.

Цель исследования: проанализировать уровень информированности родителей Санкт-Петербурга о правах ребенка в системе ОМС.

Материалы и методы. Проведено анонимное анкетирование 1485 родителей детей в возрасте от 0 до 18 лет, проходивших стационарное лечение в больницах г. Санкт-Петербурга (СПб ГБУЗ «Детская городская больница №1», СПб ГБУЗ «Детская городская больница №19 им. К.А. Раухфуса», СПб ГБУЗ «Детская городская клиническая больница №5 им. Н.Ф. Филатова», СПб ГБУЗ «Детская городская больница №2 Святой Марии Магдалины»). Анкетирование проводилось только с согласия респондентов и по желанию руководства учреждения, в присутствии его представителя.

Результаты и их обсуждение. По результатам анкетирования среди детей, проходивших лечение, 93,1% имели полис ОМС, 5,5% были дополнительно застрахованы по ДМС, а 1,4% не имели полиса вообще. Почти половина респондентов не была информирована или имела весьма скудный объем информации о системе ОМС (45,9%) в целом и о правах ребенка в ОМС (47,1%). Основной объем информации респонденты получили из СМИ и интернета (54,6%), на стендах и плакатах (18,3%). Не интересовались информацией об ОМС 18,5% опрошенных. Более трети (37,7%) родителей не знали, каким образом можно обратиться в страховую медицинскую организацию (СМО) для защиты прав своего ребенка. Для консультации или разъяснения по факту нарушения прав их ребенка 14,2% респондентов приходилось обращаться в СМО, 85,8% – не обращались. В случае ущемления прав ребенка в сфере оказания медицинских услуг только 2,0% респондентов обратились с жалобой в вышестоящие структуры, а 12,8% опрошенных лишь иногда обращались за помощью. 42,4% опрошенных отметили отсутствие необходимости. Только чуть больше трети родителей (36,9%) видит СМО в роли защитника нарушенных прав и интересов ребенка, остальные готовы обратиться к администрации медицинской организации (21,3%), в органы управления здравоохранения (комитет и райотдел – 15,8%) и в прокуратуру, полицию (7,5%). Никуда обращаться не планируют или разберутся самостоятельно 26,0% и 11,9% опрошенных соответственно. В трех из четырех стационаров, в которых проводилось анкетирование, имелись страховые представители разных СМО, однако только 11,9% респондентов знали об их присутствии в медицинской организации и 6,5% обращались к ним за помощью; 12,8% с убежденностью ответили, что их нет в больнице, а 75,3% признались, что не знали об их существовании.

Выводы. Отмечена низкая информированность и правовая активность родителей в защите прав и интересов ребенка в системе ОМС. О существовании страхового представителя СМО в стационаре большинство

родителей не знало и к нему за помощью не обращались. Очевидно, что низкий уровень информированности респондентов связан не только с недоступностью информации или ее отсутствием, но и с нежеланием населения получать эти знания и применять их на практике.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В УРОЛОГИИ

Соколов А.А., аспирант кафедры эндоскопической урологии

Руководитель: Мартов А.Г., д.м.н., проф.

ФГБОУ ДПО РМАНПО, г. Москва

Введение. В современной медицине происходит активное развитие малоинвазивных технологий, которые позволяют выполнять оперативные пособия с минимальной травмой для пациента. В ряде лапароскопических вмешательств в урологии на определенных этапах операции хирург испытывает затруднения, связанные с отсутствием адаптированных инструментов и соответствующих способов проведения операций. Это приводит к увеличению времени операции, повышению риска интраоперационных осложнений, что в итоге снижает безопасность операции для пациента и уменьшает эффективность работы стационара.

Цель исследования. Выявление, на основании нашего опыта, эффективности применения устройств для оптимизации хирургической техники лапароскопических операций в урологии.

Материалы и методы. Были проанализированы результаты 50 лапароскопических операций с использованием разработанных нами устройств (Патенты РФ: №160534, №161539, №164784) в сравнении с 50 лапароскопическими операциями (контрольная группа), выполненными по стандартной методике, в период с 2016 по 2017 гг.

Результаты. При сравнении операций группы с использованием разработанных устройств (50 пациентов) и контрольной группы

(50 пациентов): среднее время операции было 142 ± 36 минуты (от 84 до 240) в основной и 124 ± 25 минуты (от 70 до 210) – в контрольной, средняя кровопотеря 370 ± 60 мл (от 80 до 1100) и 290 ± 40 мл (от 100 до 720) соответственно. При использовании полезной модели «Устройство для создания зоны локальной ишемии почки при резекции» (Патент РФ №160534) отмечается снижение кровопотери на 104 ± 32 мл ($n=18$) в сравнении с контрольной группой ($n=21$) в условиях сохранения магистрального почечного кровотока. Применение устройства «Лапароскопический вакуумно-механический морцеллятор» (Патент РФ №164784) позволило во всех случаях его использования ($n=17$) уменьшить длину разреза с 12 до 3,5-4 см, что сопровождалось снижением послеоперационного болевого синдрома и хорошим косметическим эффектом. «Устройство для лапароскопии» (Патент РФ №161539) обеспечило возможность введения нескольких дополнительных лапароскопических инструментов в брюшную полость через ручной порт при возможности быстрого извлечения удаленного органа из брюшной полости. Среднее время лапароскопической нефрэктомии в данной группе ($n=16$) по сравнению с контрольной группой сократилось на 15 ± 4 минуты, кровопотеря минимальная, интраоперационных и послеоперационных осложнений не было. Все пациенты основной группы были активизированы на второй день после операции, средняя продолжительность пребывания пациента в стационаре после операции составила 4 дня.

Заключение. Применение комплекса разработанных инструментов обеспечивает оптимизацию лапароскопических операций в урологии. Преимуществом предлагаемых устройств является снижение риска кровотечения, возможность быстрого извлечения удаленного органа через ручной порт, увеличение прецизионности при мобилизации почечных сосудов с использованием оптимального сочетания инструментов малого диаметра, надежный гемостаз при органосохраняющих операциях на почке при минимальной травме оперируемого органа, возможностью быстрой

морцелляции и извлечения из брюшной полости органов и тканей разнородной структуры и прочности.

ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ В СТАЦИОНАРЕ

Соколов А.В., Рыкалина Е.Б., студенты 6 курса лечебного факультета,
кафедра фармакологии

Руководитель: Решетько О.В., д.м.н., проф.

ФГБОУ ВО “СГМУ им. В. И. Разумовского” Минздрава России

Фибрилляция предсердий (ФП) – наиболее распространенное нарушение ритма сердца. Высокая распространенность ФП и ее осложнений, а также частота госпитализаций обуславливают высокую социальную значимость этого патологического состояния.

Цель исследования: оценить особенности терапии больных с ФП, находившихся на лечении в специализированном стационаре г. Саратова, и ее соответствие рекомендациям Российского кардиологического общества (РКО), Всероссийского научного общества специалистов по аритмологии (ВНОА) и Ассоциации сердечно-сосудистых хирургов России (АССХ) по диагностике и лечению ФП.

Материалы и методы. Проведено фармакоэпидемиологическое ретроспективное исследование, основанное на анализе медицинских карт стационарных больных (форма 003/у) с диагнозом “Фибрилляция предсердий” (МКБ – I48), последовательно поступивших в кардиологическое отделение специализированного стационара г. Саратова с 02.01.16 по 27.08.16 г. Критерии включения в исследование: пациенты старше 18 лет, постоянная и персистирующая формы ФП ишемического генеза. Критерии исключения: карты пациентов с пароксизмами ФП не более 7 суток, кардиомиопатии неишемического генеза I42- I43 по МКБ-10, тиретоксикоз

Е05 по МКБ-10, врожденные пороки сердца I34- I36 по МКБ-10, а также ОКС I20-I24 по МКБ-10, миокардит I40-I41, перикардиты I30-I32, ТЭЛА I26 по МКБ-10. Фармакоэпидемиологический анализ проводился для лекарственных средств (ЛС), назначенных при госпитализации в стационар.

Результаты. Средний возраст пациентов с персистирующей ФП составил $64 \pm 1,42$ лет, с постоянной ФП - $66,7 \pm 1,12$ лет. Демографические данные пациентов достоверно не отличались ($p > 0.05$). Риск развития тромбоэмболических осложнений оценивался по шкале CHA₂DS₂-VASc. Для оценки риска кровотечений использовалась шкала HAS-BLED. В группах пациентов с низким риском тромбоэмболических осложнений (CHA₂DS₂-VASc=0) с персистирующей и постоянной формами ФП в 100% случаев назначалась антиагрегантная терапия ($p > 0.05$), что противоречит рекомендациям РКО, ВНОА и АССХ для данной группы пациентов. В группе с CHA₂DS₂-VASc=1 всем пациентам с персистирующей ФП была назначена комбинация двух антиагрегантов при отказе от назначения пероральных антикоагулянтов, что не противоречит рекомендациям РКО, ВНОА и АССХ (Класс ПА уровень В). В группе с высоким риском тромбоэмболических осложнений пациентам с постоянной формой ФП достоверно чаще назначалась комбинация двух антиагрегантов (60,3%), чем пациентам с персистирующей ФП (38,8%) ($p \leq 0.05$). В группе пациентов с персистирующей ФП пероральные антикоагулянты были назначены в 42,8% случаев, в группе с постоянной ФП – в 22,4%, при этом противопоказаний к их назначению в обеих группах не отмечалось (HAS-BLED<3), из чего следует, что терапия не удовлетворяла рекомендациям РКО, ВНОА и АССХ. В группе пациентов с персистирующей ФП достоверно чаще назначался ривароксабан ($p \leq 0.05$). У пациентов с персистирующей ФП, получавших варфарин (10,2%), целевое МНО было достигнуто в 40% случаев. В группе с постоянной ФП варфарин был назначен в 3,5% случаев, достижение целевого МНО наблюдалось в 50% случаев. Таким образом, в 60% случаев при персистирующей ФП и 50% при постоянной рекомендации не выполнялись.

Выводы. Таким образом, фармакотерапия ФП не в полной мере соответствовала рекомендациям РКО, ВНОА и АССХ по диагностике и лечению ФП 2012 г.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ

Сомов А.Н., заочный аспирант кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсом экономики и управления здравоохранением

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

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, г. Самара

Введение. В 2015 году на территории Российской Федерации злокачественные новообразования (ЗНО) предстательной железы занимали второе ранговое место в структуре онкологической заболеваемости мужского населения, уступив первое место раку легкого. В Самарской области за последние 10 лет доля ЗНО предстательной железы возросла в 2006 году с 8,8% до 18,9% в 2015 году, что соответствует первому месту в структуре онкозаболеваемости мужского населения.

Цель исследования: изучить заболеваемость раком предстательной железы (РПЖ) в Самарской области в период с 2006 по 2015 гг.

Материалы и методы. Материалом для проведения исследования являлись данные Самарского областного популяционного ракового регистра с 2006 по 2015 гг., официальные отчетные формы 7 «Отчет о заболеваниях злокачественными новообразованиями» и формы 35 «Отчет о больных злокачественными новообразованиями».

Результаты. В Самарской области за последние 10 лет наблюдается неуклонный рост первичной заболеваемости раком предстательной железы с 35,0 на 100 тыс. населения в 2006 году до 90,5 в 2015 году. При этом самый низкий показатель зарегистрирован в 2007 году (33,5), наиболее высокий % в

2014 и 2015 гг.: 90,5 на 100 тыс. населения. Средний темп роста показателя за указанный период составил 8,5%.

При сравнении первичной заболеваемости в различных возрастных группах по итогам 2006 и 2015 гг. оказалось, что наиболее значительный рост показателя зарегистрирован у мужчин в возрасте 50-54 лет – в 3,5 раза; в возрастной группе 65-69 лет показатель увеличился в 2,9 раза; 60-64 года – 2,6 раза.

Наиболее высокие показатели заболеваемости характерны для возрастной группы старше 60 лет. По итогам 2006 года у мужчин в возрасте 60-64 года заболеваемость РПЖ составила 85,6 на 100 тыс. населения (в 2015 году – 221,4); в группе 65-69 лет – 181,8 и 518,6 соответственно; 70-74 года – 355,8 и 617,4; 75-79 лет 322,3 и 690,6; 80-84 года – 518,8 и 607,8; старше 85 лет – 328,4 и 423,6 на 100 тыс. мужчин соответственно. В возрастных группах до 60 лет заболеваемость значительно ниже. В 2006 году у мужчин в возрасте 45-49 лет она составила 4,1 (2015 год – 8,4); 50-54 года – 7,4 и 26,1 соответственно; 55-59 лет – 66,9 и 95,8 на 100 тыс. населения. В возрастной группе до 45 лет по итогам 2006 и 2015 гг. ЗНО предстательной железы не зарегистрировано.

При сопоставлении уровня первичной заболеваемости по сельским районам и городским округам Самарской области оказалось, что по итогам 2006 года показатель выше у городских жителей – 36,3 на 100 тыс. населения (село – 20,3). В 2015 году показатель заболеваемости городского населения составил 88,9, что ниже, чем у жителей села – 95,6 на 100 тыс. населения.

Среди сельских районов наиболее высокий показатель по итогам 2006 года зарегистрирован в Челно-Вершинском (47,0), Борском (944,0) и Клявлинском районах (39,9), а по итогам 2015 года – в Хворостянском (155,9), Елховском (128,3) и Челно-Вершинском (123,1).

Среди городских округов высокие показатели по итогам 2006 года регистрировались в Новокуйбышевске (67,7) и Отрадном (59,3), а по итогам 2015 года – только в Отрадном (156,9).

Выводы. В Самарской области зарегистрирована тенденция роста заболеваемости РПЖ. Наиболее высокие показатели характерны для возрастной группы старше 60 лет. За последние годы показатель заболеваемости среди сельского населения возрос по сравнению с городским. Выделены территории среди сельских районов и городских округов, имеющие наиболее высокий показатель заболеваемости РПЖ и требующие дополнительного изучения.

ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ГЛАУКОМЫ.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Сошина М.М., аспирант кафедры офтальмологии,

Лопарева А.Е., студентка 4 курса ДОП Первого МГМУ им И.М.Сеченова

Руководители : Мошетова Л.К., акад. РАН, профессор, д.м.н, зав. кафедрой
офтальмологии

Сычев Д.А., чл.- корр. РАН, д.м.н., профессор, зав. кафедрой клинической
фармакологии и терапии

ФГБОУ ДПО РМАНПО, г. Москва

Лечение глаукомы начинают, как правило, с назначения местных гипотензивных препаратов, которые применяются кратковременно или длительно, иногда на протяжении всей жизни больного. Безопасность, эффективность и хорошая переносимость гипотензивных лекарственных средств имеют основное значение для соблюдения пациентами рекомендаций врача и режима применения данных препаратов и, как следствие, поддержания зрительных функций больных глаукомой.

Цель работы: представить клинический случай из практики врача

офтальмолога с применения фармакогенетического тестирования.

Материалы и методы. Под наблюдением находился пациент Н., 68 лет. Пациенту проводились следующие исследования: стандартные офтальмологические исследования, тонография, корнеометрия, автоматическая статическая периметрия Humphrey, HRT диска зрительного нерва, ЭКГ, измерение АД и частоты сердечных сокращений (ЧСС), фармакогенетическое тестирование (для определения полиморфизма гена CYP2D6 методом ПЦР в режиме реального времени).

Результаты наблюдения.

Пациент Н., 68 лет. Обратился с жалобами на снижение остроты зрения на оба глаза.

Anamnesis morbi. Со слов пациента, молодости пациент видел 100%, операции, травмы глаз отрицает. Очки для чтения носит с 45 лет (sph +2,0D). Вышеуказанные жалобы беспокоят в течение последних 2 лет.

Anamnesis vitae. На диспансерном учете пациент у специалистов не состоит. Хронические заболевания: Ишемическая болезнь сердца, Стенокардия напряжения ФК I. Перенесенные операции: аппендэктомия в молодости. Наследственность отягощена - у матери глаукома.

Результаты обследования.

Vis OD: 0,7 не корригирует. Vis OS: 0,8 не корригирует.

В момент обращения ВГД ОД (Pt) – 23,0; OS – 22,0 мм рт. ст.

Центральная толщина роговицы: ОД – 555 мкм, OS – 568 мкм.

Артериальное давление – norm 130/80 мм рт ст, ЧСС – 80 ударов в минуту. ЭКГ в пределах возрастной нормы.

По результатам стандартных офтальмологических исследований и инструментальных методов обследования был поставлен диагноз: оба глаза – открытоугольная Ia глаукома, начальная катаракта, возрастная макулярная дегенерация, сухая форма.

С учетом повышенных показателей тонографии, назначен неселективный бета-адреноблокатор 2 раза в день в оба глаза. Через неделю

на контроле внутриглазного давления пациент предъявлял жалобы на общую слабость, сонливость и депрессию. Больному измерили частоту сердечных сокращений, которая составила 60 ударов в минуту, в экстренном порядке была проведена ЭКГ, которая показала брадикардию и атриовентрикулярную блокаду II степени.

Несмотря на то, что давление цели было достигнуто (OD 16, OS 15 мм рт.ст.), данный препарат, в связи с его побочными эффектами, решено было заменить на препарат из группы ингибиторов карбоангидразы. Через 3 дня пациент был обследован повторно. Нежелательные лекарственные реакции отсутствовали (ЧСС – 73 удара в минуту, на ЭКГ отсутствовали какие либо нарушения сердечного ритма). Внутриглазное давление составило 16 мм рт.ст. на оба глаза. По результатам фармагенетического тестирования было установлено, что пациент относится к числу лиц со сниженной ферментной активностью изофермента CYP2D6. У данной категории людей отмечается повышение концентрации лекарственных средств (ЛС) в плазме крови за счет снижения скорости его элиминации и развитие нежелательных побочных реакций на фоне стандартного режима дозирования.

Заключение. В представленном наблюдении продемонстрирована важность значения персонализированного подхода при выборе медикаментозного лечения глаукомы. В настоящее время стало очевидным, что генетические особенности пациентов могут определять до 50% всех атипичных фармакологических ответов, таких как неэффективность ЛС или нежелательные лекарственные реакции. Такие генетические особенности обусловлены полиморфными участками генов, кодирующих белки, которые участвуют в фармакокинетике и/или фармакодинамике ЛС, называемые так же полиморфными маркерами. Изучение фармакогенетики антиглаукомных препаратов и внедрение фармакогенетического тестирования позволит офтальмологам подобрать рациональное, безопасное и эффективное лечение в короткие сроки, что позволит существенно улучшить качество оказываемой помощи.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ И МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОРАЖЕНИЙ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА НА ФОНЕ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ АНТИТРОМБОЦИТАРНОЙ ТЕРАПИИ

Стрежнева Д.А., ассистент кафедры терапии

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

ИГМАПО – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО, г. Иркутск

Цель исследования: оценить эндоскопические и морфологические особенности поражений проксимального отдела (ПО) желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) на фоне приема ацетилсалициловой кислоты (АСК), АСК в сочетании с клопидогрелем и АСК в сочетании с тикагрелором.

Материалы и методы. Объект исследования – 65 последовательных амбулаторных пациентов с ишемической болезнью сердца и артериальной гипертонией высокого и очень высокого сердечно-сосудистого риска, принимающих различные варианты антитромбоцитарной терапии (АТТ): АСК – 21 человек, средний возраст пациентов – $53,9 \pm 3,1$ года, АСК в сочетании с клопидогрелем – 24 человека, средний возраст пациентов – $57,9 \pm 2,5$ лет, АСК в сочетании с тикагрелором – 20 человек, средний возраст пациентов – $53,3 \pm 2,1$ года. Пациенты всех групп не имели в анамнезе ранее установленных заболеваний ПО ЖКТ, длительность приема АТТ составила не менее 4 недель. Анализу подверглись данные фиброэзофагогастродуоденоскопии (ФЭГДС): степень повреждения слизистой оболочки (СО) пищевода оценивали по модифицированной версии Лос-Анджелесской классификации, степень повреждения СО желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) оценивали с помощью модифицированной шкалы Lanza score. В биоптате СО пищевода оценивали гиперплазию базального слоя (ГБС), элонгацию сосочков (ЭС), полиморфно-клеточную инфильтрацию (ПКИ). Состояние СО желудка оценивали по наличию атрофии, кишечной метаплазии (КМ) и степени ПКИ. Диагностику инфекции

H. pylori осуществляли цитологическим методом. В СО ДПК оценивали выраженность ПКИ. Статистическая обработка материала проведена с использованием описательной статистики, статистическую значимость различий средних оценивали по Краскелу-Уоллису. Пороговый уровень значимости при проверке статистических гипотез принимался равным $p \leq 0,05$.

Результаты. В ПО ЖКТ при различных вариантах АТТ не выявлено эндоскопических и морфологических различий в изменениях СО желудка и ДПК. Достоверные различия отмечены в характере изменений СО пищевода: по данным ФЭГДС, наибольшая степень повреждения пищевода была выявлена на фоне двойной терапии АСК и клопидогрелем в сравнении с монотерапией АСК и двойной терапией АСК и тикагрелором (чаще регистрировались тяжелые эрозивные эзофагиты, $p=0,0099$), а согласно анализу биопсийного материала: ГБС ($p=0,0056$), ЭС ($p=0,0192$), выраженность ПКИ ($p=0,0220$).

Выводы. Совместный прием АСК и клопидогрела ассоциирован с большей степенью макро- и микроскопического повреждения СО пищевода, чем монотерапия АСК и совместный прием АСК и тикагрелора.

БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КРОВИ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМОЙ

Стулова А.Н.¹, Аливердиева М.А.²

¹Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова, студент

²Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, кафедра офтальмологии, аспирант

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

Иомдина Е.Н., д.б.н., проф., МНИИ ГБ им. Гельмгольца,

г. Москва

Цель исследования. Целью данной работы было изучение связи изменений биохимических показателей крови и функционального состояния щитовидной железы с развитием первичной открытоугольной глаукомы (ПОУГ) на основании ретроспективных данных.

Материалы и методы. В ходе исследования были проанализированы данные амбулаторных карт пациентов офтальмологического отделения ГЛПУ «Поликлиника №2 Минэкономразвития России». Были выделены 2 группы – пациенты с ПОУГ (n=71) и контрольная группа (n=76). В контрольную группу включили пациентов с офтальмологическим диагнозом катаракта, пресбиопия, синдром сухого глаза (ССГ), задняя отслойка стекловидного тела (ЗОСТ), астиопия. Средний возраст пациентов составил $67,12 \pm 6,47$ лет в группе ПОУГ и $65,30 \pm 5,97$ лет в контрольной группе ($p > 0.5$). Исследуемые биохимические показатели крови включали в себя уровень глюкозы, холестерина (ХС), липопротеидов высокой и низкой плотности (ЛПВП, ЛПНП), триглицеридов (ТГЦ). В качестве показателей функции щитовидной железы были использованы уровни тиреотропного гормона (ТТГ), свободного тироксина (Т4), антител к пероксидазе, заключение эндокринолога.

Результаты. В результате проведенного исследования установлено, что уровень глюкозы в крови у пациентов с ПОУГ чаще превышал границы нормы, чем в контрольной группе (11,3% и 2,6% пациентов соответственно; различия статистически достоверны, $p < 0,05$). Кроме того, в группе пациентов с ПОУГ чаще регистрировался сахарный диабет 2 типа (9,86% и 2,63% пациентов соответственно).

Анализ уровня ХС, ЛП и ТГЦ в крови не выявил значимых различий между группами, однако в группе пациентов с ПОУГ наблюдалась тенденция к более высокому уровню ХС (ХС выше нормы у 70,4% пациентов, контроль – 63,2%) и ТГЦ (ТГЦ выше нормы у 12,7% пациентов, контроль – 7,9%).

Средний уровень свободного Т4 был значимо ниже у пациентов с ПОУГ ($15,05 \pm 2,2$ ммоль/л), чем в контрольной группой ($20,65 \pm 14,5$ ммоль/л). Сниженный уровень Т4 является одним из лабораторных проявлений гипотиреоза. Другим признаком гипотиреоза может быть повышение ТТГ, однако значимых различий в уровне ТТГ между группами выявлено не было. Анализ структуры эндокринологического диагноза пациентов обеих групп показал, что у пациентов с ПОУГ чаще, чем в контрольной группе, регистрировался многоузловой зоб (25,35% и 15,79% соответственно) и хронический аутоиммунный тиреоидит (11,27% и 6,58% соответственно).

Выводы. Механизмы, лежащие в основе развития ПОУГ, до конца не изучены. В настоящее время появляются новые данные о связи ПОУГ с рядом эндокринных патологий. Результаты проведенного исследования указывают на возможную связь ПОУГ с развитием сахарного диабета и нарушениями функции щитовидной железы. Вероятно, эти данные могут быть использованы для выявления групп повышенного риска развития глаукомы и ранней диагностики заболевания.

ВОЗМОЖНОСТИ МАГНИТО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ С ПОЛУЧЕНИЕМ ДИФФУЗИОННО-ВЗВЕШЕННЫХ ИЗОБРАЖЕНИЙ В ВИЗУАЛИЗАЦИИ ИНТРАТОРАКАЛЬНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ

Сударкина А.В., асс. кафедры лучевой диагностики

Руководитель: Дергилев А.П., проф., зав.кафедрой лучевой диагностики

ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России, г. Новосибирск

Увеличенные лимфатические узлы (ЛУ) - частая находка при проведении компьютерной томографии (КТ) области груди пациентам с различными инфекционными, неинфекционными и опухолевыми заболеваниями. В случае опухолевого процесса выявление вторичного поражения ЛУ определяет стадию заболевания и влияет на выбор лечебной тактики. Для разграничения доброкачественного и злокачественного характера изменений ЛУ в настоящее время используются КТ, магнитно-резонансная томография (МРТ), позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ), а также такие инвазивные методики как медиастиноскопия, торакоскопия, трансторакальная и трансбронхиальная биопсия, при этом оптимальный метод исследования остается дискуссионным. Методом первичной диагностики является КТ, позволяющая оценивать наличие и размеры ЛУ, однако не позволяющая с точностью дифференцировать доброкачественные и злокачественные состояния. По данным разных авторов чувствительность и специфичность КТ в диагностике метастатического поражения ЛУ около 60%. ПЭТ также не позволяет с уверенностью дифференцировать вторичное поражение и реактивную гиперплазию ЛУ при воспалении, поскольку метаболизм глюкозы повышен в обоих случаях. Инновационным методом оценки ЛУ является МРТ с получением диффузионно-взвешенных изображений (ДВИ).

Цель исследования: оценить возможности МРТ с получением ДВИ в визуализации и характеристике интраторакальных ЛУ.

Материалы и методы. 22 пациентам (15 мужчин, 7 женщин в возрасте от 27 до 80 лет), направленным по различным причинам на КТ, проведена МРТ с получением ДВИ. КТ области груди проводилась на 16-срезовом компьютерном томографе в положении лежа на спине во время максимально глубокого вдоха. МРТ проводилась на сверхпроводящем томографе с напряженностью поля 1,5Тл в положении лежа на спине с комбинированным использованием многоканальной поверхностной катушки для тела и встроенной в стол спинальной катушки. ДВИ получали с использованием диафрагмального триггера на выдохе с автоматическим расчетом измеряемого коэффициента диффузии (ИКД) и построением ИКД-карт.

Результаты. При проведении КТ у 5 пациентов было выявлено увеличение медиастинальных ЛУ на фоне рака легкого, у 1 - на фоне лимфопролиферативного заболевания, у 2 - на фоне саркоидоза, у 8 - на фоне инфекционного процесса. Выявленные при КТ интраторакальные ЛУ были визуализированы на МР-томограммах у всех пациентов. Кроме того, у пациента с центральным раком легкого МРТ позволила выявить париетальный интраторакальный лимфоузел и лимфоузел в мягких тканях с признаками некроза, не визуализированные при КТ. На ИКД-картах при доброкачественном поражении большинство ЛУ имело гиперинтенсивный сигнал (81,2%), остальные ЛУ имели изоинтенсивный (8,9%), смешанный (6,5%) и гипоинтенсивный (3,4%) сигнал. При опухолевом поражении ЛУ имели преимущественно гипоинтенсивный сигнал (74,2%), остальные ЛУ имели гиперинтенсивный (9,5%) или смешанный (16,3%) сигнал вследствие некроза.

Выводы. Предварительные результаты исследования показывают, что МРТ не уступает КТ в выявлении и оценке размеров интраторакальных ЛУ, а ДВИ с анализом карт диффузии могут быть использованы в дифференциальной диагностике доброкачественного и злокачественного характера изменений в лимфатических узлах.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТОВ С НООТРОПНОЙ
АКТИВНОСТЬЮ В НОВОЙ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ МОДЕЛИ
«СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ»

Сухорукова Н.А., м.н.с. лаборатории радиоизотопных методов исследований,
Боков Р.О., студент II курса магистратуры биологического факультета МГУ
имени М.В. Ломоносова, кафедры физиологии человека и животных

Руководитель: Ковалёв Г.И., д.м.н., проф.

ФГБНУ «НИИ фармакологии имени В.В. Закусова», г. Москва

«Синдром дефицита внимания» (СДВ) – это дисфункция ЦНС, которая проявляется трудностями концентрации и поддержания внимания, обучения и социальной адаптации. На сегодняшний день не удаётся выявить единую причину возникновения заболевания, поэтому система лечения и наблюдения людей с СДВ разработана недостаточно.

В лаборатории радиоизотопных методов исследований ФГБНУ «НИИ фармакологии имени В.В. Закусова» разработан новый тест оценки состояния «дефицита внимания» на основе аутбредной линии мышей CD-1 – «закрытый обогащенный крестообразный лабиринт» (ЗОКЛ). Преимуществами метода являются простота выполнения, трансляционность, неинвазивность и минимизация воздействия внешних стимулов. ЗОКЛ позволяет одновременно оценивать спектр возможного действия препарата на внимание, тревожность, исследовательскую и двигательную активность.

Целью данной работы являлось сравнительное исследование влияния 5-кратного внутрибрюшинного введения препаратов Пантогам (D-Гопантенвая кислота) и Нейроглутам (гидрохлорид β -фенилглутаминовой кислоты, РГПУ-135) на показатели поведения субпопуляций мышей аутбредной линии CD-1 в тесте ЗОКЛ.

Материалы и методы. Выбор данных препаратов и доз связан с показанным в других экспериментах воздействием на катехоламинергическую систему. Пантогам является ноотропным

препаратом с нейрометаболическими, нейропротекторными и нейротрофическими свойствами. Нейроглутам – это антидепрессантное, анксиолитическое, нейропротекторное и иммуностимулирующее средство.

В тесте были обнаружены два фенотипа грызунов, различающиеся по величинам индекса внимания к объектам в боковых отсеках установки (ED-ratio). Грызуны подтипа ED-low характеризовались дефицитом внимания к объектам по сравнению с животными подтипа ED-high. Были исследованы следующие группы: группа «Контроль» (в/б введение физраствора в объеме 30 мкл), группа «Пантогам» (100 мг/кг/день) и группа «Нейроглутам» (26 мг/кг/день) (в/б введение раствора препарата в объеме 30 мкл) (езде в обеих субпопуляциях). Поведение регистрировали в программе «Behavior». Статистическую обработку проводили с помощью пакета программ Statistica 10.0.

Результаты. Введение Нейроглутама вызвало уменьшение значения ED-ratio (46% к контролю, $p < 0,05$) в группе ED-High, а в группе ED-Low – увеличение индекса внимания (366% к контролю, $p < 0,05$) и уменьшение двигательной активности (76% к контролю, $p < 0,05$). При введении Пантогама из всех измеренных параметров наблюдалось избирательное увеличение индекса внимания только у дефицитарных животных (340% к контролю, $p < 0,05$).

Выводы. 1. Установленные особенности аутбредной линии мышей CD-1 позволяют использовать её в качестве модели СДВ как быстрого теста в скрининге и оценке препаратов для коррекции данного патологического состояния. 2. При сопоставлении поведенческих эффектов исследуемых препаратов было выявлено селективное влияние Пантогама на субпопуляцию животных с дефицитом внимания.

ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ КОМПРЕССИОННОЙ ЭЛАСТОГРАФИИ В РАННЕМ ПРОГНОЗИРОВАНИИ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Сушкова О.С., младший научный сотрудник лаборатории репродуктивного
здоровья

Руководитель: Курлович И.В., к.м.н.

ГУ «РНПЦ «Мать и дитя», г. Минск

Цель исследования. Изучение возможностей ультразвукового компрессионного эластографического исследования шейки матки у беременных с целью раннего прогнозирования истмико-цервикальной недостаточности (ИЦН).

Материалы и методы. В исследовании проведен анализ эластографических ультразвуковых параметров шейки матки основной и контрольной групп. Основную и контрольную группы соответственно составили: 120 беременных группы риска по ИЦН и 20 беременных с физиологически протекающей беременностью в сроке 12-22 недели беременности.

Результаты. У пациентов основной группы область внутреннего зева шейки матки имела в 56,7% красный градиент окрашивания, в 34,8% – желтый, область цервикального канала – 23,8% и 61,5% соответственно, что указывает на снижение упругости/эластичности, размягчение данных участков и проявление признаков патологических изменений. У пациентов контрольной группы область внутреннего зева шейки матки имела синий градиент окрашивания в 84,7%, область цервикального канала – 63,1% соответственно, что указывает на упругость/эластичность данных участков и отсутствие признаков патологических изменений. Средний эластографический индекс (IE) эластографических ультразвуковых параметров шейки матки основной и контрольной групп составил 8,2

(5,1–11,4) и 2,1 (0,2-5,9) соответственно. Для определения чувствительности и специфичности компрессионной эластографии шейки матки в сроке 12-22 недель беременности при прогнозировании развития ИЦН приняли $IE > 3$ как положительный результат теста, а $IE \leq 3$ – как отрицательный результат. Компрессионная эластография в качестве диагностического теста прогнозирования ИЦН обладает высокой чувствительностью (78,5%) и ещё более высокой специфичностью (86,7%).

Выводы. Применение ультразвуковой компрессионной эластографии позволит прогнозировать развитие ИЦН на ранних сроках беременности и повысит диагностическую ценность обследования в целом, что дает возможность рекомендовать данный метод ультразвукового исследования в качестве дополнительного в ранней диагностике ИЦН у беременных.

ХИМИОЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫМ И РЕЦИДИВНЫМ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ

Таджибова И. М., студентка ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова
Минздрава России, кафедра онкологии
Руководитель: Гордеев С. С., к.м.н., доц.
ФГБНУ «РОНЦ им. Н.Н.Блохина», г. Москва

Цель исследования. Оценка токсичности и необходимости применения неоадьювантной ХЛТ и частоты послеоперационных осложнений у больных с осложненным местнораспространенным или рецидивным раком прямой кишки.

Материал и методы. Выполнен ретроспективный анализ данных историй болезни архива РОНЦ за 2005-2016 гг. В группу исследования входили пациенты с осложненным течением местнораспространенного или рецидивного рака прямой кишки с наличием сформированных опухолевых

свищей или паратуморальных абсцессов, которым проводилась химиолучевая терапия на область малого таза. Анализировались переносимость и токсичность ХЛТ, послеоперационные осложнения, лечебный патоморфоз.

Результаты. В исследуемую группу вошли 16 пациентов. Ректовагинальные свищи были у 4 (31,3%) пациентов, наружные кишечные свищи – у 4 (25%), ректовезикальный – у 1 (6,3%) пациента, перитуморальный абсцесс – у 1 (6,3%), распад опухоли отмечался у 5 (31,3%) пациентов. На фоне проведённой ХЛТ токсичность 3 степени зарегистрирована у 2 (12,5%) пациентов. Токсичности 4-5 степени не зарегистрировано. Послеоперационные осложнения Grade IVa отмечались у 1 (5,5%) пациента. Хирургическое лечение в объеме R0 в исследуемой группе выполнено 9 из 14 пациентов, которые получали лечение с радикальной целью. Полный морфологический ответ на лечение отмечался у 1 из 14 оперированных пациентов.

Выводы. Проведение химиолучевой терапии у больных осложнённым местнораспространённым раком прямой кишки выполнимо и имеет допустимый уровень осложнений. Проведение комбинированного лечения в данной подгруппе больных должно назначаться по тем же показаниям, что и у остальных пациентов раком прямой кишки.

СОСТОЯНИЕ ФАКТОРОВ СИСТЕМНОГО И МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ СЕЗОННЫМ АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ

Тарабрина О.В., ассистент кафедры клинической иммунологии и
аллергологии

Руководитель: Юдина С.М., д.м.н., проф., академик РАЕН
ФГБОУ ВО КГМУ, г. Курск

Сезонный аллергический ринит (САР) до настоящего времени остается одним из наиболее распространенных видов аллергопатологии, заболеваемость которым в различных регионах России составляет от 12% до 17%. Это обосновывает актуальность дальнейшего изучения патогенетических особенностей САР с целью оптимизации диагностических и лечебных мероприятий.

Цель исследования: исследовать особенности иммунного статуса больных САР в период обострения.

Материалы и методы. Проведено обследование 100 больных с обострением САР в возрасте от 20 до 35 лет. Для определения показателей, принимаемых за физиологическую норму, в исследование были включены 20 доноров (средний возраст $35,1 \pm 2,1$ лет). Содержание цитокинов в сыворотке крови и назальном секрете определяли методом твердофазного ИФА с помощью набора реагентов ЗАО «Вектор-Бест» (Новосибирск). Также для оценки иммунного статуса определялось количество лимфоцитов периферической крови: Т-хелперов ($CD_3^+CD_4^+$), цитотоксических Т-лимфоцитов ($CD_3^+CD_8^+$), В-лимфоцитов ($CD_3^-CD_{19}^+$) методом лазерной проточной цитофлуориметрии на проточном цитофлуориметре «Cytomics FC 500» (Becton Coulter, США) с использованием моноклональных антител к кластерам дифференцировки с двойной меткой: CD_3 -FITC/ CD_4 -PE, CD_3 -FITC/ CD_8 -PE, CD_3 -FITC/ CD_{19} -PE (Becton Dickinson, США).

Результаты. При анализе возрастной структуры наибольшее количество составили пациенты от 20 до 25 лет (45,5%), возрастные диапазоны от 26 до 30 лет и от 31 до 35 лет составили 37,5% и 17% больных соответственно. Среди обследованных пациентов отмечено преобладание лиц мужского пола - 74 (66%), женщин - 38 человек (34%).

Исследование цитокинового статуса у пациентов выявило увеличение уровня провоспалительных цитокинов: ИЛ-1 β в 1,5 раза и в назальном смыве и в сыворотке крови, ИЛ-8 - в 4,2 и в 2,1 раза соответственно. Это сочеталось со снижением ИФН- γ в 1,5 раза в назальном смыве и в 1,9 раза в сыворотке крови по сравнению с группой доноров. Особого внимания заслуживает увеличение концентрации противовоспалительных цитокинов, а именно ИЛ-10 в 16 раз в сыворотке крови и в 24,3 раза в назальном секрете ($p < 0,001$), ИЛ-4 - в 1,9 и в 2,1 раза ($p < 0,001$) соответственно.

При анализе фенотипа лимфоцитов у всех больных выявлено достоверное увеличение относительного количества $CD_3^-CD_{19}^+$ лимфоцитов в 2,6 раза по сравнению с донорами ($p < 0,001$). Это сочеталось со снижением в 1,7 раза $CD_3^+CD_8^+$ лимфоцитов. Следует также отметить, что количество CD_3^+ и $CD_3^+CD_4^+$ клеток достоверно не отличалось от значений здоровых лиц. Данный факт можно объяснить дисбалансом между субпопуляциями Th-клеток в сторону преобладания Th₂-лимфоцитов и, соответственно, активации $CD_3^-CD_{19}^+$ клеток, на фоне супрессии Th₁-клеток и активируемых ими $CD_3^+CD_8^+$ лимфоцитов.

Заключение. В ходе проведенных исследований установлено, что иммунный статус больных САР характеризуется активацией гуморального иммунного ответа с увеличением количества $CD_3^-CD_{19}^+$ клеток в периферической крови и концентрации цитокинов-регуляторов Th₂-ответа (ИЛ-4 и ИЛ-10) в назальном секрете и сыворотке крови, на фоне снижения функциональной активности Th₁-клеток и активируемых ими $CD_3^+CD_8^+$ лимфоцитов. Это сочетается с увеличением содержания провоспалительных цитокинов ИЛ-1 β и ИЛ-8 в обеих биологических жидкостях.

КЛИНИЧЕСКИЕ ЧЕРТЫ РОЗАЦЕА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Таратынова А.И., аспирант курса кожных и венерических болезней

Руководитель: Байтяков В.В., д.м.н., проф.

ФГБОУ ВО «НИ МГУ им. Н.П. Огарева», г. Саранск

Цель исследования. Клинико-анамнестическая характеристика розацеа у женщин репродуктивного возраста.

Материалы и методы. Обследовано 35 пациенток, находившихся на амбулаторном лечении в Мордовском республиканском кожно-венерологическом диспансере (г. Саранск) в 2015-2017 гг.

Критерии включения в исследование: установленный диагноз розацеа; женский пол; возраст старше 18 лет; сохраненная менструальная функция; письменное информированное согласие на участие в исследовании. Критерии исключения из исследования: беременность; лактация; сопутствующая эндокринологическая патология; состояние после овариэктомии.

Клинические формы розацеа определяли в соответствии с классификацией J.Wilkin (Wilkin J. et al., 2002). Для количественной оценки выраженности кожного процесса использовали шкалу диагностической оценки розацеа (ШДОР) (Адаскевич В.П., 2004). Для оценки характера влияния дерматологического заболевания на качество жизни обследуемых пациенток был использован Дерматологический Индекс Качества Жизни пациентов (ДИКЖ) (Finlay A.Y., Khan G.K., 1994). Оценка фототипа кожи проводилась по классификации Т. Фитцпатрика (Fitzpatrick T.B., 1988).

Результаты. Возраст обследованных больных варьировал от 22 до 49 лет, в среднем составив $37,0 \pm 1,37$ лет. Наибольшее количество пациенток входило в возрастные группы от 41 года до 44 лет (22,9%), от 26 до 30 лет (20,0%), от 36 до 40 лет (20,0%) и от 31 до 35 лет (17,1%). Возраст дебюта заболевания у обследованных больных варьировал от 15 до 49 лет, составив в

среднем $31,2 \pm 1,51$ лет. Средняя продолжительность заболевания была $5,99 \pm 1,37$ лет (от 3 месяцев до 27 лет).

Наследственность была отягощена у 9 пациенток (25,7%), из них у 7 – по материнской, а у 2 – по отцовской линии. В качестве триггерных факторов, способствующих обострению розацеа, женщины чаще всего отмечали нервный стресс (65,7%), прием алкоголя (48,6%), значительные перепады температуры окружающей среды (40,0%), физическую нагрузку (31,4%), употребление острой пищи (28,6%), использование определенной косметики (28,6%), инсоляцию (20,0%). Среди пациенток с розацеа преобладали женщины со вторым («светлый европейский») фототипом кожи (88,6%). Первый («кельтский») и третий («темный европейский») фототипы кожи отмечались соответственно у 8,57% и 2,86% пациенток.

Эритематозно-телеангиэктатический подтип розацеа отмечался у 65,7% пациенток, папуло-пустулезный – у 31,4%. У одной пациентки был гранулематозный клинический вариант заболевания. ШДОР варьировал от 2 до 13 баллов, составив в среднем $6,06 \pm 0,52$. Достоверного различия величины индекса у пациенток с эритематозно-телеангиэктатической и папуло-пустулезной розацеа не было ($p > 0,05$).

Из сопутствующих заболеваний у женщин с розацеа наиболее часто отмечались болезни ЖКТ (60,0%), гинекологическая патология (37,1%), заболевания сердечно-сосудистой системы (11,4%). У трех пациенток (8,57%) отмечалось сочетание клинических признаков розацеа и акне.

Заключение. Таким образом, для женщин репродуктивного возраста характерно раннее начало розацеа ($31,2 \pm 1,51$ лет); высокая частота (25,7%) наследственной отягощенности с преобладанием наследования по материнской линии; преобладание эритематозно-телеангиэктатического подтипа заболевания (65,7%); высокий уровень коморбидной патологии с преобладанием заболеваний ЖКТ (60,0%) и женской половой сферы (37,1%).

ОЦЕНКА ДИНАМИКИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНОЙ СИМПТОМАТИКИ
У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ОТМЕНЫ АЛКОГОЛЯ,
ПРИНИМАЮЩИХ ФЕНАЗЕПАМ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ
ПОЛИМОРФНОГО ВАРИАНТА ГЕНА *CYP3A5*

Темирбулатов И.И., студент 4-го курса Дирекции образовательных программ
Первого МГМУ им. И.М. Сеченова,

Ивашенко Д.В., м.н.с. Сектора прикладных проблем персонализированной
медицины НИЦ ФГБОУ ДПО РНМАПО, врач-психиатр ГБУЗ МНПЦ
наркологии ДЗМ

Руководитель: Сычев Д.А., д.м.н., проф., член-корр. РАН, зав. кафедрой
клинической фармакологии и терапии
ФГБОУ ДПО РНМАПО, г. Москва

Введение. Синдром отмены алкоголя (СОА) – наиболее распространенное показание к госпитализации среди лиц, страдающих от алкогольной зависимости. Кроме того, СОА развивается у 40% пациентов соматических стационаров. Терапия СОА включает детоксикацию и применение бензодиазепиновых транквилизаторов. Отечественный бензодиазепин бромдигидрохлорфенилбензодиазепин (феназепам) широко применяется в российской клинической практике, но его фармакогенетические исследования на сегодня отсутствуют. Вероятно, что бромдигидрохлорфенилбензодиазепин метаболизируется изоферментами цитохрома семейства *CYP3A*, поэтому ген *CYP3A5* – основной кандидат для фармакогенетического исследования бромдигидрохлорфенилбензодиаземина.

Цель исследования: оценить ассоциации генотипов полиморфизма rs776746 (6986 A>G) гена *CYP3A5* со степенью редукции тревожно-депрессивной симптоматики у пациентов с СОА, принимающих феназепам.

Материалы и методы. В исследование было включено 102 пациента мужского пола, госпитализированных с неосложненным СОА (F10.3 по

МКБ-10). Все пациенты получали феназепам (бромдигидрохлорфенилбензодиазепин) в дозе $5,69 \pm 1,94$ мг/сут. Динамическая оценка состояния проводилась на 1-е и 6-е сутки после госпитализации при помощи валидизированных шкал: Госпитальная шкала тревоги и депрессии, Шкала тревоги и депрессии Гамильтона, шкала оценки тяжести синдрома отмены алкоголя CIWA-Ar. От каждого пациента было получено 5 мл венозной крови, из которой позднее выделялась ДНК с целью генотипирования полиморфизма rs776746 (6986 A>G) гена *CYP3A5*. Статистическая обработка данных проводилась в программе SPSS Statistics 21.0 при помощи t-критерия для повторных измерений и однофакторного дисперсионного анализа ANOVA.

Результаты. Среди пациентов 18 (17,6%) были носителями генотипа *GA*, который ассоциирован с повышенной экспрессией изофермента *CYP3A5*. Анализ клинической динамики состояния пациентов показал достоверное улучшение психофизического состояния за 6 суток терапии СОА. С целью установить наличие или отсутствие ассоциации эффективности терапии с носительством вариантного генотипа *CYP3A5*, нами проведен отдельный анализ групп пациентов с генотипами *GG* и *GA*. Так, Госпитальная шкала тревоги и депрессии снизилась как у гомозигот *GG*, так и у гетерозигот *GA*: на $9,10 \pm 7,99$ и $9,17 \pm 10,01$ балла соответственно; $p=0,974$. Балл Шкалы тревоги и депрессии Гамильтона также сопоставимо снизился у обеих групп пациентов: на $10,43 \pm 9,49$ – у гомозигот (*GG*) и на $7,78 \pm 7,86$ у гетерозигот (*GA*); $p=0,272$. Улучшение физического состояния, измеренное по шкале CIWA-Ar, также не зависело от генотипа *CYP3A5*. Во всех изученных группах значение использованных шкал в 1-е сутки и на 6-е сутки госпитализации значимо различалось.

Заключение. Проведенный анализ не выявил ассоциации полиморфного варианта rs776746 (6986 A>G) гена *CYP3A5* на степень редукции тревожно-депрессивной симптоматики у пациентов с СОА, принимающих феназепам (бромдигидрохлорфенилбензодиазепин). Однако

необходимо увеличить выборку, так как малое число носителей генотипа *GA* не позволяет сделать окончательные выводы.

НЕИНВАЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ ИНФАНТИЛЬНЫХ ГЕАНГИОМ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Терещенко М. А., аспирант кафедры челюстно-лицевой хирургии

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

БелМАПО, г.Минск

Цель исследования. Изучение эффективности пропранолола при лечении гемангиом челюстно-лицевой области

Объекты и методы исследования. В условиях стационара детской челюстно-лицевой хирургии УЗ «МОДКБ» на протяжении трёх лет (2012-2016гг.) пролечен 21 ребенок (13 (62%) девочек и 8 (38%) мальчиков) с диагнозом инфантильная гемангиома (ИГ) различной локализации. Возраст пациентов составил от 1 до 12 месяцев (в среднем 8,4 месяца). Период наблюдения после окончания лечения составил от 6-ти до 25-ти месяцев. Показаниями к системному применению пропранолола были гемангиомы больших размеров в области шеи, околоушно-жевательной области, области уха, осложненные изъязвлением, кровотечением, выраженным болевым синдромом ($n = 3(14,4\%)$), быстро растущие ИГ области нижней губы ($n = 5(23,8\%)$), в области верхней губы ($n=2(9,5\%)$), ИГ щёчной и приорбитальной областей ($n = 4(19,1\%)$), околоушно-жевательной области ($n = 7(33,3\%)$).

Для обследования пациентов использовались методы:

- клинические – сбор анамнеза, жалобы, физикальные методы,
- лучевая диагностика – УЗИ, МРТ.

Начальная доза препарата составила 1 мг/кг/сут., окончательная 3 мг/кг/сут., на 2 приёма. Препарат назначался в виде порошка белого цвета, растворимого в воде, который, производился в аптеке УЗ «МОДКБ». Давался

ребёнку мамой перорально, растворённый в воде. Следует отметить, что доза 3 мг/кг/сут является невысокой и, как правило, не сопровождается побочными эффектами. Первый этап лечения, включающий предварительное обследование и подбор дозы препарата, проводили в условиях стационара. Ежедневно контролировали показатели АД, ЧСС. После подбора терапии перед выпиской (5-7 сутки после начала лечения) из стационара каждому ребёнку проводили контрольное ДЭХОКГ исследование с оценкой сократительной способности миокарда, а также биохимический анализ крови. Второй этап лечения осуществляли в домашних условиях. После выписки домой контроль за состоянием детей осуществляли ежемесячно (показатели ЧСС, АД,ЭКГ, ДЭХОКГ). По мере прибавки в массе тела производили пересчет дозы препарата. Третий этап лечения – отмена препарата. Для процедуры отмены пропранолола дети госпитализировались повторно. Отмена терапии осуществлялась постепенно в течение 2–3 недель, путем снижения разовой дозы препарата. Вновь контролировали показатели гемограммы, биохимические параметры, ЭКГ, ЭКГ, АД.

Выводы. Результаты применения пропранолола при лечении инфантильных гемангиом в УЗ «МОДКБ» на протяжении трёх лет (2012-2016 гг.) свидетельствуют об очевидной эффективности этого препарата, проявляющейся не только приостановкой роста, но и сокращением размеров образования. При проведении ультразвукового исследования гемангиомы с доплеровским картированием в динамике выявлено запустевание питающего сосуда гемангиом.

Положительными особенностями терапии гемангиом β -адреноблокаторами являются:

- значительное сокращение сроков естественного течения ИГ;
- возможность отмены ГКС;
- меньшая длительность лечения;
- рецидивы редки и поддаются повторному лечению;
- разнонаправленный механизм действия.

ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ НОВЫХ ОРАЛЬНЫХ АНТИКОАГУЛЯНТОВ

Терещенко О.В., студентка лечебного факультета РНИМУ
им. Н.И. Пирогова, Крюков А.В., аспирант кафедры клинической
фармакологии и терапии РМАНПО
Руководитель: Сычев Д.А., д.м.н., проф., чл.- корр. РАН, зав. кафедрой
клинической фармакологии и терапии РМАНПО
ФГБОУ ДПО РМАНПО, г. Москва

Цель исследования: оценить влияние генетических факторов на фармакокинетические параметры новых оральных антикоагулянтов.

Материалы и методы. Проведен обзор литературных данных об изучении влияния генетических особенностей пациентов на метаболизм и распределение новых оральных антикоагулянтов.

Результаты. При изучении дабигатрана в исследовании RE-LY у носителей полиморфизма rs2244613 гена CES1 отмечалось снижение минимальной концентрации на 15%, что соответствовало снижению на 27% относительного риска развития кровотечений. Также наблюдается тенденция к снижению риска «больших» кровотечений (ОШ 0,66; 95% ДИ: 0,43-1,01).

В последующем исследовании влияния полиморфизмов rs2244613 и rs8192935 гена CES1 на фармакокинетику дабигатрана у гетерозигот по полиморфизму rs8192935 наблюдалось снижение остаточной равновесной концентрации дабигатрана на 3%, у гомозигот – на 11%. При изучении гетеро- и гомозигот по полиморфизму rs2244613 установлено снижение остаточной равновесной концентрации дабигатрана на 2% и 3%, соответственно.

У здоровых добровольцев, последовательно получавших одну дозу дабигатрана этексилата (300 мг) и ривароксабана (40 мг) отдельно или совместно с кларитромицином, было установлено, что полиморфизмы rs2032582 и rs1045642 гена ABCB1 не оказывали существенного влияния на

фармакокинетику препаратов. Одновременный прием ингибиторов Р-гликопротеина и СYP3A4 с дабигатраном или ривароксабаном требует осторожности у больных с повышенным риском кровотечения.

Также был описан случай желудочно-кишечного кровотечения, предположительно ассоциированного с приемом ривароксабана у пациента-носителя аллельных вариантов по полиморфизмам rs2032582 и rs1045642 гена ABCB1. Несмотря на отмену препарата были зарегистрированы высокие уровни анти-Ха активности и концентрации ривароксабана, а период полувыведения в 2-3 раза превысил указанный в инструкции по применению.

При изучении влияния на фармакокинетику апиксабана у пациентов с фибрилляцией предсердий генотипа по полиморфному маркеру rs4148738 гена ABCB1, кодирующего Р-гликопротеин, определялось повышение пиковой равновесной концентрации апиксабана в плазме, тогда как у носителей дикого генотипа значения пиковой концентрации препарата были достоверно ниже.

Исследование пиковой концентрации апиксабана у пациентов с неклапанной фибрилляцией предсердий и кардиоэмболическим инсультом, имеющих различные генотипы по полиморфному маркеру rs1045642 гена ABCB1, не выявило статистически значимых различий.

Для эдоксабана было установлено, что аллельные варианты генов ABCB1 (rs1045642) и SLCO1B1 (rs4149056), кодирующие транспортеры препарата, не оказывают влияния на его фармакокинетику. Однако у носителей аллельного варианта гена SLCO1B1 наблюдалось повышение концентрации метаболита эдоксабана, что не имело клинического значения, так как доля метаболита составляет примерно 10% от концентрации основного вещества.

Заключение. Требуется проведение крупных популяционных исследований для уточнения клинической значимости генотипирования при применении новых оральных антикоагулянтов.

НОРМАЛИЗАЦИЯ СОКРАТИМОСТИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА НА ФОНЕ СМЕНЫ КАРДИОСТИМУЛЯЦИИ НА ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВУЮ У ДЕТЕЙ

Тимошок В.Л.

Руководитель: Дроздовский К.В., к.м.н.

ГУ «Республиканский научно-практический центр детской хирургии»,
г. Минск, Республика Беларусь

Цель исследования. Определение влияния стимуляции левого желудочка на его функцию у детей с низкой фракцией выброса, развившейся на фоне постоянной правожелудочковой кардиостимуляции по поводу полной послеоперационной атриовентрикулярной блокады.

Материалы и методы. В исследование включены 6 пациентов с низкой сократительной способностью левого желудочка, развившейся на фоне постоянной эпикардальной стимуляции правого желудочка. Данным пациентам выполнена замена электрокардиостимулятора (ЭКС), при которой эпикардальным методом был имплантирован двухкамерный кардиостимулятор к левому желудочку. В ходе исследования проанализированы данные эхокардиографического обследования (ЭХО КГ). Для оценки систолической функции ЛЖ измеряли фракцию выброса ЛЖ (ФВ ЛЖ) и фракцию укорочения ЛЖ (ФУ ЛЖ). Количественные показатели представлены в виде Ме – медианное значение показателя и (Q25;Q75) – межквартильный разброс. Достоверность различий количественных признаков проверяли при помощи W-критерия Вилкоксона. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. Возраст пациентов на момент первичной имплантации ЭКС к правому желудочку составил 0,62 (0,41-0,87) года. У всех пациентов была послеоперационная атриовентрикулярная блокада III степени, развившаяся после радикальной коррекции дефектов межжелудочковой перегородки. До первичной имплантации ЭКС к правому желудочку пациенты имели нормальные значения ФВ ЛЖ – 74% (69-77) и ФУ ЛЖ – 41%

(39-44). Длительность стимуляции составила 2,6 (2,3-3,0) года. При обследовании в отдаленном периоде выявлено снижение показателей сократительной способности левого желудочка: ФВ ЛЖ – 50 (46-51) и ФУ ЛЖ – 24 (22-26). Замена ЭКС, при которой эпикардальным методом были имплантированы двухкамерные кардиостимуляторы к левому желудочку, достоверно привела к увеличению и нормализации ФУ ЛЖ - 66% (59-70) и ФВ ЛЖ – 38% (35-39) ($p<0,05$).

Выводы. Постоянная стимуляция правого желудочка у детей с послеоперационной полной атриовентрикулярной блокадой может негативно влиять на сократительную способность левого желудочка в отдаленном послеоперационном периоде. Смена вида кардиостимуляции на левожелудочковую приводит к нормализации сократительной способности левого желудочка у пациентов детского возраста со сниженной фракцией выброса левого желудочка на фоне стимуляции правого желудочка.

ПЕРЕХОДНЫЕ ИЗВИЛИНЫ: ВОЗРОЖДЕНИЕ ЗАБЫТОГО НЕЙРОАТОМИЧЕСКОГО КОНЦЕПТА

Титов О.Ю., студент лечебного факультета

Руководитель: Добровольский Г.Ф., к.м.н., ст. науч. сотр.

Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, г. Москва;

ФГАУ «ННПЦН имени академика Н.Н. Бурденко» Минздрава России,
г. Москва

Введение. В 1854 году французский анатом, физиолог и зоолог Пьер Луи Грасиоле предложил термин «переходные извилины» (фр.: *plis de passage*) для обозначения кортикальных анастомозов, соединяющих между собой определённые [основные] извилины (фр.: *plis*) полушарий конечного мозга. Впоследствии данный термин широко использовался нейроанатомами со второй половины XIX века по первую половину XX-го, а стоящие за ним

образования кодировались и изучались наравне с основными извилинами. Однако сейчас этот важный концепт подвергнут почти полному забвению, что обедняет современные представления о структурно-функциональной организации коркового рельефа и образует заметные «белые пятна» на его картах. Заполнение этих пробелов, актуальное как с теоретической, так и с практической точек зрения, возможно только после возрождения указанного концепта.

Цель исследования: 1) выполнить систематизированный обзор описанных в литературе переходных извилин; 2) дополнить данные обзора схемами и фотографиями реальных препаратов.

Результаты. Каждое полушарие конечного мозга человека может содержать до 50 переходных извилин и более. Нами предлагается: 1) классификация и номенклатура переходных извилин, основанные на их отношении к долям конечного мозга (лобной, теменной, затылочной, височной, островковой и лимбической); 2) очерк локализации и терминогенеза (происхождения наименований) данных структур; 3) соответствующие схемы и фотографии препаратов.

Выводы. Переходные извилины – важный концепт нейроанатомии, незаслуженно забытый. Эти структуры потенциально содержат функционально значимые популяции нейронов и нейроглиоцитов, чья роль в нормальной и патологической жизнедеятельности человека в настоящее время практически не изучена. Предлагаемая работа имеет целью способствовать дальнейшим исследованиям переходных извилин конечного мозга, представляющих большой морфофизиологический и клинический интерес.

ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВНЫХ ПАХОВЫХ ГРЫЖ У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ

Топурия Г., Абдулаев М.А., Топузов Э.Г., Авдеев А.М.,

кафедра госпитальной хирургии им. В.А. Оппеля

Руководитель: Топузов Э.Э., д.м.н, проф.

ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, г. Санкт-Петербург

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения пациентов с рецидивными паховыми грыжами.

Материалы и методы. Проведен анализ наблюдений пациентов, оперированных по поводу рецидива паховых грыж. Для проведения данного исследования было отобрано 150 пациентов в период с 2000 по 2014 годы, проходивших лечение в СПб ГБУЗ «Александровская больница», ФГБУЗ «Клиническая больница №122 им. Л.Г. Соколова» и в хирургических отделениях кафедры госпитальной хирургии им. В.А. Оппеля СЗГМУ им. И.И. Мечникова, г. Санкт-Петербург.

В качестве хирургического лечения изучались два метода: лапароскопическая герниопластика и традиционная герниопластика по методике Лихтенштейна.

Для качественной оценки негативных факторов в каждой из изучаемых методик, мы отобрали контрольные группы из пациентов, подвергшихся лапароскопической 50 (59,5%) и открытой герниопластике по Лихтенштейну 44 (66,7%) пациентов без этих факторов.

В качестве негативного фактора было изучено ожирение. Мы выявили 12 пациентов с ожирением, оперированных лапароскопически и 16 - по Лихтенштейну. Ожирение у пациентов существенно удлиняет время герниопластики по Лихтенштейну, в среднем на 22,2 (40,1%) мин, и не влияет на время выполнения лапароскопической герниопластики. Анализ других критериев не выявил значимых статистических отклонений внутри каждой из методик.

Далее проведен сравнительный анализ ожирения между изучаемыми методиками. Длительность антибиотикотерапии, курса анальгетиков, время, необходимое для активации больных после операции, и средний койко-день существенно не изменились внутри каждой из групп. Однако при проведении сравнительного статистического анализа выявлено, что при лапароскопии средняя продолжительность лечения антибиотиками и анальгетиками у пациентов с ожирением меньше: соответственно на 2,2 дня (в 2,2 раза меньше!) антибиотиками и на 2,3 дня (в 2,4 раза меньше!) анальгетиками. Причем необходимость назначения антибиотиков у лапароскопически оперированных получилась существенно ниже, 3 (25,0%) человека против 14 (87,5%) оперированных по Лихтенштейну, что в 3,5 раза меньше! Время послеоперационной активации и перевода пациента с I режима на II определяется многими факторами: тяжестью операционной травмы, продолжительностью и видом анестезии, наличием тяжелых сопутствующих заболеваний. В нашем случае герниопластика по Лихтенштейну более травматичная и соответственно среднее время, необходимое для активации пациента почти в два раза больше (в 1,9 раза): 1 день после лапароскопической герниопластики и 1,9 после операции по Лихтенштейну.

Выводы. При выборе метода лечения рецидивной паховой грыжи у пациентов с ожирением лапароскопическая герниопластика является предпочтительной методикой, если нет противопоказаний для наложения пневмоперитонеума. Это позволяет отказаться от антибиотикопрофилактики и снизить её длительность в среднем на 2,2 дня, сократить длительность послеоперационной аналгезии на 2,3 дня и среднее время, необходимое для активации пациента, почти в два раза (в 1,9 раза).

ВЫСЕВ *S.AUREUS* С ПОВЕРХНОСТИ МЕСТНОГО ОЧАГА ВОСПАЛЕНИЯ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ПРИСУТСТВИИ MRSA У БОЛЬНЫХ РОЖЕЙ В ГЛУБИНЕ ОЧАГА ВОСПАЛЕНИЯ

Троицкий В.И., ассистент кафедры инфекционных болезней

Руководитель: Белая О.Ф., д.м.н., профессор

ФГБОУ ВО ПМГМУ им. И.М. Сеченова, г. Москва

Рожа является широко распространенным инфекционным заболеванием и по частоте регистрации среди стрептококкозов занимает одно из ведущих мест. Актуальность изучения рожи определяется склонностью заболевания к рецидивированию (25-30%), значительным увеличением в последние годы числа геморрагических форм, протекающих длительно и тяжело, с замедленной репарацией тканей в очаге местного воспаления, возникающими осложнениями и остаточными явлениями, в том числе, глубокими нарушениями лимфообращения.

Возбудителем рожи является β -гемолитический стрептококк группы А *S.pyogenes*. Из числа микробов, которые имеют клиническое значение у больных рожей, привлекают внимание *S.aureus* и другие стафилококки, присутствие которых обуславливает более тяжелое и длительное течение заболевания.

Цель работы: оценить сравнительную диагностическую значимость бактериологического исследования и ПЦР в выявлении микробной флоры местного воспалительного очага у больных рожей.

Материалы и методы. Обследовано 60 больных рожей нижних конечностей. Бактериологическое исследование проведено с целью выявления у больных рожей нижних конечностей стафилококков, микрококков и родственных им микроорганизмов, стрептококков и родственных им микроорганизмов, Enterobacteriaceae и других грамотрицательных палочек, грибов, а также неферментирующих

микроорганизмов. В ПЦР с гибридационно-флюоресцентной детекцией в реальном времени выявляли ДНК *Staphylococcus* spp., *Streptococcus* spp., *S. pyogenes*, *S. pneumoniae*, *S. aureus* (MSSA, MRSA, MRCoNS), *Klebsiella* spp., *Enterococcus* spp., *H.influenza*, *Proteus* spp., *P.aeruginosa*, *E.coli*.

Основные результаты. В целом, бактериологическим методом очага различные микроорганизмы выявлены у 60,0% больных: преобладали стафилококки - *S.aureus* (20,45%), *S.epidermidis* (28,57%), а также *S.saprophyticus* (12,25%). В составе редких микстов (8%) отмечены сочетания стафилококков с грамотрицательными микробами и с другими стафилококками, а *S.pyogenes* в составе микстов не выявлены. Методом ПЦР частота выявления *S.aureus* в очаге была такой же, как при бактериологическом исследовании, а *S.pyogenes* – достоверно выше. Совпадение результатов этих двух методов по виду выявляемого микроорганизма отмечено, в целом, у 36,67% больных. Несовпадение результатов бактериологического метода и ПЦР отмечено за счет высева *S.epidermidis* и *S.saprophyticus* с кожи в области очага (приблизительно половина всех несовпадающих результатов – 38,46%) при отсутствии их ДНК в пробах, исследованных ПЦР. Остальные случаи несовпадения – за счет выявления, в основном, ДНК *Streptococcus* (в т.ч. *S.pyogenes*), методом ПЦР вследствие более высокой чувствительности этого метода.

При высеве *S.aureus* с поверхности очага частота выявления ДНК стафилококков (в том числе MRSA) и *S.pyogenes* методом ПЦР в очаге составила 83,9%. Это было достоверно выше, чем при отсутствии высева микроорганизмов или при высеве с поверхности очага *S.epidermidis* и *S.saprophyticus* (47,06%), в последних случаях в глубине местного очага ДНК MRSA методом ПЦР не выявлены.

Выводы. Высев *S.epidermidis* и *S.saprophyticus* с поверхности кожи местного очага свидетельствует о том, что вероятность присутствия MRSA в очаге у больных рожей низкая. Высев *S.aureus* с поверхности кожи области местного воспалительного очага является косвенным маркером

значительного присутствия в глубине очага у больных рожей различных микроорганизмов, в том числе MRSA.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ, ПОЛУЧАЮЩИХ ЗАМЕСТИТЕЛЬНУЮ ПОЧЕЧНУЮ ТЕРАПИЮ МЕТОДОМ ГЕМОДИАЛИЗА

Трофимова А.Г., магистр 2 года, кафедра общественного здоровья и
здравоохранения.

Руководитель: Пузырев В.Г., к.м.н., доц.

ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, г. Санкт-Петербург

Последние два десятилетия ознаменовались поступательным развитием российского гемодиализа. Во многих регионах открываются новые диализные центры, обновляется парк аппаратов для гемодиализа. Научная новизна исследования заключается в том, что в нем выявлены особенности медико-социальной характеристики пациентов, получающих заместительную почечную терапию методом гемодиализа. Проанализирована информированность данной группы населения о процедуре гемодиализа. Выявлены основные проблемы больных с терминальной стадией хронической болезни почек, связанные с заместительной почечной терапией. Рассмотрено влияние хронического гемодиализа на образ жизни пациентов с терминальной стадией хронической болезни почек.

Данное исследование проводилось на базе отделения нефрологии и гемодиализа Ленинградского филиала Нефросовета в г. Гатчина, отделения нефрологии и гемодиализа Ленинградского филиала Нефросовета в г. Луга.

С помощью специально разработанной анкеты было опрошено 108 пациентов, получающих гемодиализ.

Среди опрошенных больше половины (60,2%) составили женщины. Средний возраст респондентов составил 52 года. При анализе первичной медицинской документации определены основные заболевания, в связи с

которыми пациенты получают диализ: в 27% - гломерулонефрит, 22% - артериальная гипертензия, 19% - поликистоз почки, взрослый тип. Среди опрошенных пациентов 64,8% являются инвалидами I группы вследствие хронической болезни почек. На момент проведения анкетирования 51,9% респондентов не работали в связи с инвалидностью.

При изучении влияния гемодиализа на образ жизни пациентов с хронической болезнью почек терминальной стадии было выявлено, что с началом заместительной почечной терапии 82,4 % респондентов изменили свой образ жизни. Среди проанкетированных 32,4% до начала диализа «иногда курили» и 20,4% курили регулярно. С началом заместительной почечной терапии лишь 14,8% респондентов продолжают «иногда курить», а 17,6% курят регулярно. 57,4% больных следуют рекомендациям врача и 42,6% выполняют назначения не в полном объеме. Выяснилось, что 48,1% опрошенных не имеют достаточно знаний о том, как следует изменить образ жизни с началом заместительной почечной терапии. На вопрос о желании узнать о процедуре диализа больше, 64,8% посчитали это необходимым, 29,6% считают это интересным и 5,6% дополнительные знания не интересуют.

На основании полученных данных были сделаны следующие выводы: в связи с терминальной стадией хронической болезнью почек и началом гемодиализа, большинство респондентов являются инвалидами I группы, при этом средний возраст опрошенных составляет 52 года.

Начало заместительной почечной терапии влияет на образ жизни пациентов, и основная часть следует рекомендациям врача. Почти половина (48,1%) опрошенных не знает, как именно нужно изменить образ жизни. Большинство респондентов (64,8%) считают необходимым узнать о процедуре диализа больше.

ВЛИЯНИЕ ВНУТРИБРЮШНОГО ДАВЛЕНИЯ НА ЦИРКУЛЯЦИЮ ГРАМОТРИЦАТЕЛЬНОЙ МИКРОФЛОРЫ И РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ПРЕСЕПТИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ (ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Трошин В.В., Цыганов А.С., интерны, очная форма обучения

Каф. хирургических болезней №2 и патологической анатомии

Руководитель: Матюшко Д.Н., PhD, асс. каф. хирургических болезней №2
и патологической анатомии

КГМУ, г. Караганда

Цель исследования. Изучение влияния повышенного внутрибрюшного давления на циркуляцию грамотрицательной микрофлоры и ранняя диагностика пресептического состояния.

Материалы и методы. Объекты экспериментального исследования – 100 лабораторных крыс одинакового возраста, размера и пола. Выделены 3 основные группы: первая – с уровнем внутрибрюшного давления 15 мм рт.ст., вторая – с уровнем внутрибрюшного давления 25 мм рт. ст., третья – с уровнем внутрибрюшного давления 35 мм рт.ст. и контрольная группа. С учетом уровня внутрибрюшного давления каждая группа была разделена на 3 подгруппы в зависимости от времени продолжительности нахождения в условиях повышенного внутрибрюшного давления (3,12,24 часа) по 10 крыс в каждой группе и 10 крыс составили контрольную группу. Во всех группах, а также в контрольной произведен забор крови из полости сердца с измерением уровня маркера sCD14 (пресепсина).

Результаты. Показатель sCD14 (пресепсина) в контрольной группе лабораторных животных составил 19,42 нг/мл. Пресепсин повышался во всех группах независимо от уровня внутрибрюшного давления, но в группах с уровнем брюшного давления 25 и 35 мм рт.ст. были получены самые высокие результаты. На основании полученных данных экспериментального

исследования можно проследить взаимосвязь между степенью внутрибрюшного давления и продолжительностью времени нахождения лабораторного животного в условиях повышенного внутрибрюшного давления. В группе с уровнем давления 15 мм рт.ст. и продолжительностью 3 часа отмечено незначительное повышение уровня sCD14 по сравнению с контрольной группой здоровых животных. Во всех трех основных группах с продолжительностью внутрибрюшного давления 12 и 24 часа отмечено статистически значимое повышение уровня маркера sCD14 по сравнению с контрольной группой лабораторных животных. В то же время, при сравнении данных, полученных внутри групп, через 12 и 24 часа статистически значимых различий в концентрации маркера sCD14 не отмечено.

Выводы. Повышение внутрибрюшного давления вызывает повышение уровня пресепсина при всех степенях внутрибрюшного давления, при 25 и 35 мм рт.ст. отмечен высокий уровень статистической значимости; продолжительность внутрибрюшного давления 12-24 часа вызывает резкое повышение концентрации sCD14 при любых цифрах внутрибрюшного давления. На основании полученных результатов sCD14 может рассматриваться как возможный ранний маркер, свидетельствующий о начале циркуляции грамотрицательной флоры в крови при повышенном внутрибрюшном давлении.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ЭПИЛЕПСИИ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ

Трощенко Ю.С., врач-невролог 10 неврологического отделения для
больных с ОНМК, ГКБ им. С.П. Боткина

Руководитель: Левин О.С., д.м.н., проф., зав. кафедрой неврологии РМАНПО
ФГБОУ ДПО РМАНПО, г. Москва

Эпилепсия является одним из наиболее распространенных заболеваний нервной системы. Примерно у 10% пациентов, перенесших инсульт, развивается симптоматическая эпилепсия.

Материалы и методы. В исследование включены 30 пациентов, у которых в дебюте или после перенесенного ишемического или геморрагического инсульта отмечались однократные или повторные эпилептические приступы. Средний возраст больных составил $63,7 \pm 11,2$ года, с диапазоном от 50 до 70 лет. Пациенты были разделены на группы: в зависимости от бассейна инсульта – по бассейну средней мозговой артерии, по вертебробазилярному бассейну и геморрагический характер инсульта. Проводилась оценка возраста, пола больных, локализация патологического очага по данным компьютерной томографии головного мозга.

Результаты. У пациентов в возрасте до 60 лет эпилептические приступы развиваются преимущественно при инсульте в бассейне средней мозговой артерии ($p < 0,05$). При этом в данной возрастной группе в равной мере встречаются как одиночные, так и повторные эпилептические приступы (48% и 52% соответственно). Повторные эпилептические приступы чаще развиваются при инсульте в бассейне средней мозговой артерии, тогда как одиночные приступы идут без преобладания определенного бассейна ($p < 0,05$). В возрасте больного старше 60 лет чаще бывают однократные эпилептические приступы, тогда как в более молодой возрастной группе приступы чаще

имеют повторяющийся характер ($p < 0,05$). Развитие симптоматической эпилепсии после инсульта в возрасте старше 60 лет ухудшает прогноз на восстановление, подобной зависимости в возрастной группе до 60 лет отмечено не было.

Выводы. Генез симптоматической эпилепсии в разный возрастной период имеет разный механизм. Так, в более молодом возрасте до 60 лет он представляет собой следствие гиперпластичности мозга в восстановительный период, а в возрасте старше 60 лет имеет деструктивный генез развития. Видимо, этим и объясняется то, что развитие эписиндрома у лиц старших возрастных групп ухудшает прогноз на постинсультное восстановление. Более частое развитие эписиндрома после инсульта в бассейне средней мозговой артерии, вероятно, связано с особенностями кровоснабжения «более» эпилептогенных очагов головного мозга данным сосудистым бассейном. Необходимо выделять пациентов в возрасте до 60 лет с инсультом в каротидном бассейне в группу риска по развитию симптоматической эпилепсии с целью персонализированного подхода к их ведению и ограничения назначения им в восстановительный период лекарственных средств, понижающих судорожную готовность мозга.

ОСОБЕННОСТИ ОБЩЕНИЯ С ОНКОБОЛЬНЫМ РЕБЕНКОМ

Ульянова Е.Д., студент очной формы обучения

Руководитель: Усатенко М.Н., асс. кафедры русского языка ИвГМА

ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»

Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Иваново

Актуальность. Общая заболеваемость злокачественными опухолями у детей относительно невелика и составляет примерно 15 случаев на 100 000 детей. Это означает, что заболеть раком за период детства рискует один ребёнок из 450, в то время как у взрослых этот показатель в десятки раз

выше. Среди общего количества больных злокачественными новообразованиями дети до 15 лет составляют не более 2%. Тем не менее, сегодня в России ежегодно выявляется 4,5 - 6,5 тысяч детей со злокачественными опухолями. К счастью, более 70-80% детских онкологических заболеваний излечимы. Это связано с особенностями физиологии и гистологии встречающихся в детском возрасте опухолей.

Медицинская деонтология – учение о профессиональном долге медицинского работника перед человеком, находящимся в сфере его деятельности, и перед всем обществом. Медицинская деонтология учит врача относиться к больному не как к объекту своих наблюдений и лечебных действий, но как к личности со своим духовным миром, своими желаниями, надеждами, опасениями, страхами. Такое отношение должно быть, конечно, и к ребенку, начиная с самого раннего возраста; к нему тоже нужно подходить как к личности, правда, еще не сложившейся, формирующейся, но даже на ранних ступенях своего развития имеющей определенные черты индивидуальности.

В каком возрасте происходит становление личности ребенка как сознательного индивидуума? К 2-2,5 годам малыш говорит и сознательно руководствуется тем, что видит и слышит от взрослых, проявляет известную инициативу, самостоятельность. Словом, его поведение характеризуется чертами, присущими человеческой деятельности. Приблизительно с трехлетнего возраста начинает создаваться более сложная внутренняя организация поведения, а к 7 годам подготовительный период или период «фактического складывания личности» завершается.

Познать индивидуальность ребенка можно лишь при общении с ним, внимательном наблюдении за его поведением. Узкая специализация, широкое пользование аппаратной техникой обследования в какой-то мере суживают возможности познания больного как личности. Вместо тесного общения врача с больным все большее место во врачебной деятельности занимает, так сказать, опосредованный контакт. Врач стал меньше видеть

больного; для оценки его состояния все чаще используются различные аппаратные графические записи, кривые, цифры, формулы, обезличивающие человека. При сборе анамнеза вместо живой свободной беседы с больным иногда проводится анкетный опрос в форме и системе, удобной для статистической обработки, но без учета интеллектуального развития больного (матери) и его эмоционального состояния. Отношение к болезни ребенка, как и взрослого, зависит, конечно, от индивидуальных особенностей личности – характера, темперамента, индивидуального опыта. При этом большую роль играют предшествовавшее воспитание (в домашних условиях, в детском учреждении), тяжесть переживаемого болезненного состояния, окружающая обстановка и пр. При всем разнообразии индивидуальных реакций можно отметить общее принципиальное отличие отношения к болезни взрослого и ребенка.

Взрослые в подавляющем большинстве случаев, осознавая свое болезненное состояние, угрожающую им опасность и необходимость лечения, мобилизуют свою волю на активное противодействие болезни, подавляют свой страх и отрицательные эмоции, связанные с предстоящим лечением. Старшие школьники приближаются по своим реакциям к взрослым.

Что касается детей, как маленьких, так и старших, особенно восстанавливает их против себя грубость, проявляемая в отношении к ним врачом или медицинской сестрой («чего ты орешь, я тебя не режу!»). Дети старшего возраста и подростки неприязненно воспринимают фамильярность («ну, милочка, не будем слезы лить»), бесцеремонность, проявление брезгливости со стороны медика.

Дети раннего возраста по своей природе доверчивы. Однако чужим людям, в чужой больничной обстановке их доверие и расположение нужно заслужить. Нил Федорович Филатов учил, что лечить ребенка могут только врачи, которые любят детей. Его обращение с детьми, умение заслужить их доверие служило образцом. Это был истинный друг ребят. «Георгий

Нестерович Сперанский, – пишет его ученик М. П. Матвеев, – любил детей, находил постоянную радость в общении с ними. Он обладал волшебным даром вызывать детскую улыбку и расположение к себе. Доверие к Георгию Нестеровичу, вера в него были безграничными».

Но стоит учитывать, что доверие ребенка можно легко утратить, если его обмануть; например, успокоив его обещаниями, что с ним ничего не будут делать, и произвести какую-то тягостную, болезненную диагностическую или лечебную манипуляцию. Нужна психологическая подготовка, но не обман.

Улыбка, ласковая шутка располагает ребенка. Но шутить с ним надо умеючи, с тактом. У малыша еще не развито чувство юмора и добрую, но не понятную для него шутку он может воспринять как обиду, насмешку.

Также обязательно важна психологическая беседа с родителями. Им нужно объяснить, как в дальнейшем строить общение с ребенком, чтобы не усугубить его психологическое состояние.

И в заключение хотелось бы сказать: несомненно, онкологическое заболевание – это серьезный и достаточно сложный диагноз, и, конечно же, он оказывает серьезное влияние на психику человека. А как мы знаем, психологическое состояние является одним из факторов риска онкологии, а также влияет при лечении. Что касается детей-пациентов, ребенок – доверчивое существо, которое, приходя к врачу, чувствует страх и хочет видеть в докторе прежде всего своего друга. Поэтому в общении с ним стоит быть осторожным, дабы не навредить и не утратить его доверие. Особенно важно для детей, страдающих онкологическими заболеваниями, верить в то, что они все преодолеют и обязательно выздоровеют, а мы, как хорошие врачи, в этом им поможем.

МЕТОД ДИКСА-ХОЛЛПАЙКА В ДИАГНОСТИКЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОГО ПАРАКСИЗМАЛЬНОГО ПОЗИЦИОННОГО ГОЛОВОКРУЖЕНИЯ

Умаров Д.А, студент 5-го курса медико-педагогического факультета

Руководитель: Хайдарова Г.С., д.м.н.

Ташкентская Медицинская Академия, г. Ташкент

Наиболее частой причиной головокружения, связанного с патологией внутреннего уха, считается доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение (ДППГ). ДППГ характеризуется внезапными приступами вестибулярного головокружения при изменении положения головы и тела пациента. Охарактеризовать головокружение можно как интенсивное, но длится оно обычно не более одной минуты. При ДППГ не наблюдается нарушений слуха, шума в ушах, отсутствуют очаговые неврологические расстройства. У пациентов с ДППГ отмечаются неустойчивость при ходьбе, которая может оставаться даже после полного прекращения приступов. Диагноз ДППГ основывается на анамнезе и клинической картине приступов.

Целью данного исследования явилось исследование метода Дикса – Холлпайка в диагностике ДППГ.

Материалы и методы. Было проведено исследование 20 пациентов, в возрасте от 20 до 65 лет, которые обратились к врачу оториноларингологу с жалобами на головокружение. Всем пациентам проводился отоневрологический осмотр и вестибулологические тесты, такие как проба Дикса – Холлпайка, определение спонтанного и позиционного нистагма, тест саккад, тест зрительного слежения, проба вытянутых рук, проба за реакцию отклонения рук Волак-Фишера, указательная проба Барани, пальце-носовая проба, поза Ромберга и исследование походки.

Результаты. При опросе все обследованные пациенты предъявляли жалобы на головокружение, которое усиливалось при перемене положения тела и движении головой. Также пациенты отмечали шаткость походки, чувство страха, временами наблюдались тошнота, рвота. Перечисленные жалобы мешали обследованным пациентам вести обычный образ жизни. У пациентов старше 50 лет в анамнезе имелись сопутствующие заболевания, такие как: артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, дисциркуляторная энцефалопатия, остеохондроз шейного отдела позвоночника.

После проведенного отоневрологического обследования, основанного на вестибулологических тестах, пробы Дикса – Холлпайка, было выявлено, что большую часть 12 (60%) составили пациенты с доброкачественным позиционным параксизмальным головокружением. Остальная часть пациентов - 8 (40%) больных, страдали головокружением, возникшем после перенесенного эмоционального стресса.

Выводы. Полученные результаты показали, что симптом головокружения обладает патогенетическим полиморфизмом, разнообразной клиникой. Наблюдается лабильность лабораторных и инструментальных исследований. Метод Дикса–Холлпайка может быть использован для дифференциальной диагностики ДППГ.

АНАЛИЗ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПО ПОВОДУ ДИСПЛАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Умбетов Е.А., Махамбеткул А.К., 4 курс, факультет общей медицины, очная форма обучения, кафедра травматологии и ортопедии №4 ГКБ г. Алматы

Руководитель: Альходжаев С.С., д.м.н., проф.

КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы, Республика Казахстан

Актуальность. Нестабильность тазобедренного сустава диспластического генеза (подвывих и вывих бедра) имеет тенденцию к прогрессированию и является одной из главных причин развития деформирующего коксартроза у подростков и взрослых с последующей инвалидизацией. В настоящее время наиболее эффективным среди оперативных методов лечения заболеваний тазобедренного сустава является эндопротезирование.

Цель исследования. Анализ проведенных эндопротезирований по поводу дисплазии тазобедренного сустава больных, поступивших в ГКБ №4 г. Алматы за 2015 г.

Материалы и методы. Нами были изучены архивные материалы (истории болезни) за 2015 г. на базе ГКБ №4 г.Алматы. Выявили результаты лечения 26 пациентов (20 женщин, 6 мужчин) возрасте от 18 до 66 лет, находившимися на стационарном лечении, у которых были диагностированы диспластический коксартроз тазобедренного сустава и асептический некроз головки бедренной кости. По возрастам мы разделили их на группы: 18-35 лет – 11 (42,7%) больных, 36-45 лет – 7 (26,6%) больных, 46-55 лет – 2 (7,6%) больных, 56-66 лет – 6 (23,1%) больных. Распределение пациентов по степени дисплазии проводилось по классификации JF Crowe: I степень – 5 (19,2%) пациентов, II степень – 12 (47,2%) пациентов, III степень – 6 (22,3%) пациентов, IV степень – 4 (11,3%) пациента.

Результаты. В послеоперационном периоде клиническая оценка результатов лечения проводилась по оценочной шкале Харриса для тазобедренного сустава (Harris Evaluation System of the Hip).

До операции более 70 баллов ($73,3 \pm 2,3$) выявлено только у 3 (2,4%) больных, у 23 (97,6%) пациентов функциональные результаты были плохими ($51,9 \pm 11,6$).

После операции у пациентов с I степенью дисплазии по классификации JF Crowe (1979) хорошие результаты (средний балл по шкале Харриса $89 \pm 2,1$) достигнуты в 89,7% наблюдений, при II и III степенях – в 85,0% (средний балл $82 \pm 3,9$), а при IV степени – только в 73,6% (средний балл $77 \pm 5,6$).

Выводы.

1. Тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава при диспластическом коксартрозе является эффективной операцией, позволяющей добиться у 87,1% больных стойкого исчезновения болевого синдрома и хорошего функционального результата лечения (средний балл по шкале Харриса $85 \pm 4,7$).

2. Характер выполняемых операций и отдаленные результаты тотального эндопротезирования тазобедренного сустава при его дисплазии во многом определяются степенью ее выраженности.

УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ КАЧЕСТВОМ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ КАК ФАКТОР СОЦИАЛЬНОГО САМОЧУВСТВИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С

Усова Е.Н., аспирант кафедры философии, гуманитарных наук и психологии

Руководитель: Андриянова Е.А., д.с.н.. проф.

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского, г. Саратов

Цель исследования. Анализ удовлетворенности пациентов с хроническим вирусным гепатитом С качеством оказываемых медицинских услуг.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось с помощью авторской анкеты «Социальное самочувствие пациентов с хроническими заболеваниями. Хронический вирусный гепатит», содержащей в себе вопросы относительно трех групп факторов социального самочувствия: медицинских, социальных и психологических. В исследовании приняли участие 332 пациента с хроническим вирусным гепатитом С МУЗ ГКБ №2 им. В.И. Разумовского г. Саратова, из них 42,5% женщин и 57,5 % мужчин в возрасте от 21 до 77 лет с различной продолжительностью заболевания (от 1 месяца до 15 лет). Основную часть пациентов составляли лица трудоспособного возраста (91%), лица пенсионного возраста составили 9%. Большинство опрошенных состоят в официальном или гражданском браке (52,4% и 18,7% соответственно). Среди респондентов 24,4% имеют высшее образование, 71,3% – среднее профессиональное или общее. Статистическая обработка результатов проводилась с использованием пакета прикладных программ Statistica-6.

Результаты. С целью анализа удовлетворенности пациентов с хроническим вирусным гепатитом С качеством оказания медицинской помощи нами были исследованы следующие аспекты: 1. Удовлетворенность условиями лечебного учреждения, в которое обратились пациенты.

Выявлено, что 79,5% респондентов полностью удовлетворены данными условиями, 17,2% опрошенных удовлетворены частично и 3,3% – не удовлетворены. 2. Удовлетворенность пациентов отношением медицинского персонала. Выявлено, что 81% респондентов высоко оценили вежливость и внимательность врача, 80,7% высоко оценили объяснения врачом назначений, 80,4% отметили внимание врачей к изменениям состояния здоровья с учетом жалоб. Следующим аспектом удовлетворенности пациентов качеством оказания медицинской помощи являлась удовлетворенность различными сторонами терапевтического процесса, связанного с необходимостью приобретения необходимых для лечения лекарств во время пребывания в медицинском учреждении за собственные средства. Ответы распределились следующим образом: 43,1% опрошенных лечились препаратами, которыми обеспечивались бесплатно; 25% респондентов приобретали лекарства за собственные средства, т.к. считали, что льготные препараты низкого качества; 11,4% опрошенных приобретали лекарства за собственные средства из-за отсутствия бесплатных препаратов в аптеке; у 20,5% опрошенных не возникало необходимости приобретения лекарственных препаратов за собственные средства. В ходе исследования было установлено, что 66% респондентов оплачивали дополнительные диагностические исследования. Стоимость дополнительных диагностических исследований как «приемлемую» оценили 55,1% опрошенных, как «дорогую» – 40,1% и как «неприемлемую» – 1,8% опрошенных. Анализ результатов анкетирования показал, что 68,1% пациентов с хроническим вирусным гепатитом С полностью удовлетворены оказанием медицинской помощи.

Выводы. В результате проведенного исследования было установлено, что большинство опрошенных удовлетворены условиями лечебного учреждения, высоко оценивают профессиональные и личностные качества врача. Также большинство пациентов утверждают, что нужные лекарства предоставлялись бесплатно, однако у них возникала необходимость

оплачивать дополнительные диагностические исследования, стоимость которых они оценили либо как приемлемую, либо как дорогую.

ВЗГЛЯД КЛИНИЦИСТА НА ПРОБЛЕМУ ДИАГНОСТИКИ КРАСНУХИ У БЕРЕМЕННЫХ

Учаева О.Н., интерн кафедры инфекционных болезней

Руководитель: Бургасова О.А., д.м.н., доц., проф.

ФГБОУ ДПО РМАНПО, г. Москва

Диагностика краснухи у беременных остается сложной и актуальной задачей медицины. Продолжительный период в медицинском сообществе положительные результаты тестирования на краснуху расценивались однозначно в сторону прерывания беременности. Последние годы встал вопрос о правомочности этих решений, так как в ряде случаев высока вероятность ложноположительных результатов, тогда появляется шанс сохранить долгожданную беременность.. На сегодняшний момент насчитывается уже не один случай, когда во время беременности были обнаружены ложноположительные антитела к вирусу краснухи и при этом беременность сохраняли, а рожденные дети были здоровы.

Цель исследования. Оценка результатов тестирования на наличие IgM и IgG к вирусу краснухи.

Материалы и методы исследования. Беременные, находившиеся под наблюдением; иммунологические методы исследования (ИФА, иммуноблотинг и др.).

Приводим клинические примеры: пациентка, беременность 9 недель, обратилась для решения вопроса о прерывании беременности в связи с выявлением IgM к вирусу краснухи и IgG в титре 1:130; при повторных исследованиях выросли титры IgG; IgM - 1,5. Авидность 92%. Другая пациентка, беременность 11 недель, направлена на прерывание беременности

с положительными IgM к вирусу краснухи и авидности - 94%. Из анамнеза известно, что принимала гормональные препараты до наступления беременности в течение года. Наблюдение за пациентками показало, что сохраняющиеся высокие титры IgG, положительные IgM и высокий индекс авидности ($> 60\%$) не является показанием для прерывания беременности. У наблюдаемых пациенток родились абсолютно здоровые дети.

Выводы. Диагностика первичного инфицирования вирусом краснухи основана, главным образом, на исследовании специфических IgM антител, а также динамике роста IgG антител. Однако, не всегда обнаружение IgM, выявляемые современными тестами, является следствием недавнего инфицирования вирусом краснухи. Трактовка результатов исследования может быть различная: 1- IgM выявляются у вакцинированных; 2- IgM, как следствие первичного инфицирования; 3- IgM, как следствие повторного инфицирования (персистенция в течение нескольких лет); 4- IgM могут выявляться у беременных, недавно инфицированных другими вирусами (Эпштейна-Барр, цитомегаловирусом, человеческим парвовирусом B19 или др.), что нужно считать, как ложноположительный результат; 5- ложноположительные результаты могут иметь место у пациенток с аутоиммунными заболеваниями (системная красная волчанка, ювенильный ревматоидный артрит и т.п.). Правильная оценка IgM пренатального серологического скрининга на краснуху является не только ответственным, но и судьбоносным решением. Результаты серологического скрининга всегда следует оценивать с учётом анамнестической и клинической картины. В сомнительных случаях при обнаружении IgM обязательным является исследование крови в иммуноблоте и определение авидности антител.

ИССЛЕДОВАНИЕ КОЛИЧЕСТВА ДНК В ПОТОЖИРОВОМ ВЕЩЕСТВЕ, ОСТАВЛЕННОМ ЧЕЛОВЕКОМ НА ПОВЕРХНОСТИ ОБЪЕКТОВ ИЗ ИСКУССТВЕННОЙ КОЖИ

Фалеева Т.Г., аспирант кафедры судебной медицины

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

Корниенко И.В., д.б.н.

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

Цель исследования. Целью работы стало определение количества ДНК в потожировом веществе (ПЖВ), оставленном подушечками пальцев рук человека на поверхности объектов из искусственной кожи.

Материалы и методы. Объектом данного исследования явилась ДНК ПЖВ кожи концевых подушечек пальцев рук десяти мужчин и десяти женщин в возрасте от 20 до 50 лет. Руки испытуемых не подвергались контакту с водой и очистке за 1-2 часа до проведения исследования. Нанесение ПЖВ подушечек пальцев обеих рук на заранее очищенную поверхность ткани искусственной кожи (состав: 62% полиамид, 34% полиэтиленовое волокно, 4% эластан) осуществлялось путем их однократного контакта умеренной силой нажатия и прокатыванием в течение 5 секунд. Поле контакта для каждого пальца составляло 6 см². Изъятие биологического материала проводили спустя 20-30 минут после нанесения отпечатков путем смывов на стерильную хлопчатобумажную ткань, размером 0,5×0,5см, смоченную 25 мкл деионизированной воды. В ходе проведения эксперимента исследуемая искусственная кожа находилась в условиях комнатной температуры, без прямого попадания лучей солнечного света и контакта с посторонними объектами. Каждый смыв на хлопчатобумажной ткани, полученный от одного отпечатка пальца, помещали в отдельную колонку для фильтрации, вставленную в 1,5 мл

микроцентрифужную пробирку. Инкубировали пробы в термоблоке при +99°C в течение 8 минут, затем центрифугировали при 14680 g в течение 5 минут. Конечный объем каждого фильтрата, содержащего ДНК, составлял около 15 мкл. Количество выделенной ДНК оценивали по накоплению ампликонов фрагмента гена *HBG* (human beta globin) размером 120 н.п. на термоциклере с мультиканальным детектором для оценки продуктов полимеразной цепной реакции (ПЦР) в режиме «реального времени» (РВ-ПЦР) iQ5 (Bio-Rad, США). Регистрацию накопления ампликонов в «реальном времени» и построение калибровочных кривых проводили по технологии выполнения РВ-ПЦР, основанной на связывании фрагментов двухцепочечной ДНК с интеркалирующим красителем EVA Green. Для этого использовали базовый набор реактивов для проведения РВ-ПЦР в присутствии интеркалирующего красителя EVA Green (Синтол). Энзиматическую амплификацию проводили согласно рекомендуемым в инструкции условиям. Статистическую обработку экспериментальных данных проводили с использованием программы STADIA (версия 6.5).

Результаты. Учитывая, что распределения данных отличались от нормального (по тестам Колмогорова, омега-квадрат и хи-квадрат) в дальнейшем оперировали с медианами выборок. Нормированное количество ДНК в ПЖВ, оставленном 1 см² кожи подушечек пальцев рук составил: для больших 1,48 нг, для указательных 2,06 нг, для средних 2,12 нг, для безымянных 1,79 нг и для мизинцев – 1,51 нг.

Закключение. Статистически значимых различий между концентрацией ДНК в ПЖВ, оставленном подушечками разных пальцев рук на поверхности объектов из искусственной кожи, не отмечено. Средняя концентрация ДНК в ПЖВ, оставленном 1 см² кожи подушечек пальцев рук составила 1,5 – 2,1 нг.

СРАВНЕНИЕ ЧАСТОТЫ НОСИТЕЛЬСТВА АЛЛЕЛЬНЫХ ВАРИАНТОВ
CYP2C19*2, CYP2C19*3, АССОЦИИРОВАННЫХ С РАЗВИТИЕМ
РЕЗИСТЕНТНОСТИ К КЛОПИДОГРЕЛУ, У ПАЦИЕНТОВ С ОКС
РУССКОЙ И ЯКУТСКОЙ ЭТНИЧЕСКИХ ГРУПП

Федоринов Д.С., студент 4 курса ПМГМУ им. И.М. Сеченова

Руководители: Сычёв Д.А., д.м.н., проф., член-корр. РАН;

Мирзаев К.Б., к.м.н.

Со-руководители: Чертовских Я.В., Попова Я.В. – врачи-клинические

фармакологи Центра персонализированной медицины г. Якутска

ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, г. Москва

Актуальность и цель исследования. Вариабельность фармакологического ответа на клопидогрел обусловлена генетическим полиморфизмом изофермента CYP2C19 цитохрома P450, участвующего в двухступенчатой печеночной трансформации препарата. Носительство медленных аллелей гена данного фермента – CYP2C19*2 и CYP2C19*3 – может стать причиной тромботических осложнений, а быстрой аллели – CYP2C19*17 – геморрагических.

Целью нашего исследования являлось изучение распространённости аллелей гена CYP2C19, ассоциированных с риском резистентности к клопидогрелу и развитием тромботических осложнений на фоне стандартной терапии среди пациентов (русских и якутов), получающих терапию клопидогрелем по поводу острого коронарного синдрома (ОКС).

Материалы и методы. В исследование было включено 411 пациентов со средним возрастом $64 \pm 8,5$ лет, поступивших с диагнозом ОКС и получавших клопидогрел в рекомендованных дозах (300 мг – нагрузочная и 75 мг – поддерживающая). Из них: 143 пациента – русские и 268 пациентов – якуты. Определение полиморфизмов гена CYP2C19 проводилось методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) в реальном времени (Real-Time PCR).

Результаты. В обеих этнических группах соблюдалось равновесие Харди-Вайнберга по распределению аллелей и генотипов в популяции, что свидетельствует о соответствии частоты распределения аллелей и генотипов в изучаемых группах генеральной совокупности.

В результате генотипирования якутов по аллельному варианту *CYP2C19*2* из 268 участников исследования у 176 (65,7%) установлен генотип **1/*1*, у 90 (33,6%) – генотип **1/*2* и у 2 (0,7%) – генотип **2/*2*. Частота аллельного варианта *CYP2C19*2* составила 17,53%. При генотипировании якутов по аллельному варианту *CYP2C19*3* у 247 (92,2%) был установлен генотип **1/*1*, у 21 (7,8%) – генотип **1/*3*. Генотип (*CYP2C19*3/*3*) не обнаружен. Частота аллельного варианта *CYP2C19*3* составила 3,92%.

Из 143 русских генотип **1/*1* был выявлен у 120 (83,9%) пациентов, генотип **1/*2* – у 22 (15,4%) и у 1 (0,7%) – генотип **2/*2*. Частота аллельного варианта *CYP2C19*2* составила 8,39%. При генотипировании по аллельному варианту *CYP2C19*3* генотип **1/*1* был выявлен у 133 (93,0%) пациентов, генотип **1/*3* – у 10 (7%). Генотип (*CYP2C19*3/*3*) обнаружен не был. Частота аллельного варианта *CYP2C19*3* составила 3,5%.

При сравнении распределения частот аллелей *CYP2C19*2* и *CYP2C19*3* у больных с ОКС из этнической группы русских и якутов, частота *CYP2C19*2* в группе якутов оказалась выше, по сравнению пациентами русской этнической группы (17,53% vs 8,39% , $p=0,0001$). Сравнивая частоту распределения аллели *CYP2C19*3* у якутов и русских с ОКС статистически достоверной разницы в частоте носительства не было обнаружено (3,92% vs 3,5% , $p=0,76$).

Выводы. Частота носительства аллели *CYP2C19*2*, ассоциированной с развитием резистентности к клопидогрелу на фоне стандартной антиагрегантной терапии у пациентов с ОКС, оказалась выше среди пациентов якутской этнической группы по сравнению с пациентами русской этнической группы (17,53 % vs 8,39 % , $p=0,0001$).

ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ МЕР НА СТАДИИ ПРОЕКТИРОВАНИЯ

Федорова М.С., ассистент кафедры «Архитектура»

Руководитель: Холодова Л.П., д.а., проф.

ФГАОУ ВО Уральский Федеральный Университет

им. первого Президента России Б.Н. Ельцина, г. Екатеринбург

Отделения анестезиологии и реанимации характеризуются чрезвычайно высоким риском возникновения внутрибольничных инфекций (ВБИ), уровень ВБИ в отделениях этого профиля в десятки раз выше, чем в отделениях общего профиля.

Цель исследования: разработать комплексный подход к решению проблемы на стадии проектирования, который позволит снизить риск развития инфекции и оптимизировать будущую деятельность ЛПУ.

Материалы и методы. Обеспечение при проектировании еще на стадии эскиза необходимых функциональных помещений с учетом используемых способы борьбы с ВБИ на территории ЛПУ.

1. Основной и первичный способ борьбы с ВБИ – использование дезинфицирующих средств, выбор которых зависит от конкретной задачи. Проектировщик должен предусмотреть подсобные помещения для хранения дезинфицирующих средств и раковины в каждом помещении, организовать безопасное место для установки бактерицидных облучателей, подключение их к электрической сети с необходимым напряжением.

2. Система шлюзов позволяет исключить перетоки воздуха между отделениями и палатами. В задачи проектировщика входит организация шлюзов при палатах и между отделениями, вопросы перепада давлений.

3. Система раздевалок для персонала с организацией отдельного входа и санитарного пропускника. В задачи проектировщика входит организация гардеробных для служебных нужд с последующим переходом в помещения

для смены одежды, а также организация рекреации, комнаты отдыха вдали от основных потоков.

4. Вентиляция в зданиях должна исключать возможность перетока воздуха из «грязных» зон (помещений) в «чистые». В задачи проектировщика входит организация приточно-вытяжной вентиляции.

5. Использование одноразового белья позволяет уменьшить вероятность передачи инфекции от пациента к пациенту, исключая риск некачественного обеззараживания. В задачи проектировщика входит организация печей для сжигания отходов или мест складирования отходов перед вывозом.

6. Обеспечение нормального пребывания за счет разделения отделений на боксы по количеству человек для снижения риска передачи заболевания от пациента к пациенту. В задачи проектировщика входит распределение койко-мест по боксам и отделениям с соблюдением требований по площади на 1 больного.

7. Отделение инфекционного блока имеет собственную структуру и должно быть изолировано. В задачи проектировщика входит организация отдельно стоящего инфекционного отделения с собственными хозяйственными мощностями (прачечная, столовая, дез. камера и пр.).

8. Разделение помещений на «чистые» и «грязные». В задачи проектировщика входит организация логистики перемещений потоков, исключая места их пересечений.

9. Наличие лаборатории для ежедневной проверки состояния развития внутрибольничной инфекции. В задачи проектировщика входит организация помещения лаборатории и деятельности лаборантов.

Результаты и выводы. Основная задача архитектора – обеспечить максимально комфортные условия для работы и проживания в проектируемом объекте. ЛПУ – особый тип учреждений, где помимо комфортного нахождения важно организовать условия для соблюдения гигиенических и санитарных норм.

СОЗДАНИЕ БИОИНЖЕНЕРНОЙ КОНСТРУКЦИИ НА ОСНОВЕ 3D КЛЕТОЧНОЙ КУЛЬТУРЫ

Фидаров А.Ф., аспирант кафедры общей патологии и патофизиологии¹,

Зурина И.М., аспирант²

Руководитель: Сабурина И.Н., д.б.н., проф.

¹ФГБОУ ДПО «РМАНПО» Минздрава России, г. Москва

²ФГБНУ «НИИ общей патологии и патофизиологии», г. Москва

Актуальность. Для успешного восстановления обширных дефектов костной ткани наиболее эффективным методом может стать использование ткане-инженерных конструкций, в которых сочетаются остеопластические материалы и культуры клеток. Одним из наиболее доступных источников аутологичных клеток являются стромальные клетки жировой ткани (СКЖТ), выделенные из стромально-сосудистой фракции подкожной жировой ткани. Данная популяция представлена мультипотентными клетками, способными дифференцироваться в трех направлениях – остео-, хондро- и адипогенном. **Целью** данной работы было сравнение заселения остеопластического материала БАК-1000 2D и 3D культурами СКЖТ.

Материалы и методы. Клетки стромально-сосудистой фракции выделяли из подкожного жира паховой области крыс и культивировали по общепринятой методике. Для получения 3D культуры СКЖТ – мезеносфероидов – суспензию СКЖТ четвертого пассажа в концентрации 3×10^6 кл/мл помещали в агарозные планшеты, полученные при помощи 3D PetriDish, (Microtissues Inc).

Для заселения матриц БАК-1000 использовали суспензию СКЖТ четвертого пассажа (5×10^5 кл/блок) или зрелые семидневные мезеносфероиды (250 шт/блок) в 150мкл полной ростовой среды, оставляли матрицы в инкубаторе (37°C, 5% CO₂) на 2 часа для первичной адгезии клеток, после чего доливали 1,5-2 мл полной ростовой среды и инкубировали

в течение 7 суток. Оценку эффективности заселения материала проводили методом растровой электронной микроскопии.

Результаты. Для получения биоинженерных конструкций мы использовали стерильные пористые матрицы БАК-1000 – ячеистый биосовместимый остеокондуктивный апатитосиликатный композиционный материал с пористостью 60%, размером пор 50-500мкм, по минеральному составу близкий к минеральному матриксу губчатой костной ткани.

Исследование показало, что материал матриц не цитотоксичен, адгезивен и не влияет на пролиферативную активность клеток. После заселения матрицы БАК суспензией СКЖТ уже через два часа наблюдали активное выселение клеток на культуральный пластик, так как единичные клетки легко проникали через поры, не успевая адгезироваться на поверхности матрицы. К седьмым суткам наблюдали высокую плотность клеток на чашках, в то время как на самих блоках плотность клеток была низкой, как на поверхности, так и в порах.

При заселении блоков БАК-1000 7-дневными мезеносфероидными СКЖТ клетки менее активно мигрировали на культуральный пластик. К 7 суткам наблюдали лишь единичные выселившиеся клетки. На самих блоках, как на поверхности, так и в порах, к 7 суткам формировался плотный слой клеток, которые экспрессировали остеопонтин и остеокальцин – маркеры остеогенной дифференцировки.

Выводы. Таким образом, заселение матриц мезеносфероидными, а не суспензией клеток, более эффективно и обеспечивает плотность клеток, приближенную к плотности клеток в нативной ткани, что, наряду с механическими свойствами и химическим составом матрицы БАК-1000, служит дополнительным стимулом для дифференцировки клеток в остеогенном направлении и процесса остеогенеза. Полученные данным способом в условиях *in vitro* биоинженерные конструкции являются наиболее перспективными для восполнения костных дефектов различной степени тяжести.

СЛУЧАЙ ГЕРПЕС-АССОЦИИРОВАННОГО МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТА С РАЗВИТИЕМ ВНУТРИБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ

Филин И.А., ординатор кафедры инфекционных болезней

Руководитель: Бургасова О.А., д.м.н., проф.

ФГБОУ ДПО РМАНПО, г. Москва

Вирусные менигоэнцефалиты занимают особое место в инфектологии. Ранняя диагностики и противовирусная терапия во многом влияют на выживание и уменьшают степень необратимых повреждений головного мозга.

Приводим клинический случай: пациентка К., 50 лет, 07.01 доставлена СМП в кардиореанимацию. В анамнезе: «ИБС: стенокардия напряжения, ПФК, фибрилляция предсердий, персистирующая форма. Гипертоническая болезнь III ст., риск ССО 4. ХСН 2А. Сахарный диабет 2 типа, инсулинопотребный (в стадии декомпенсации на момент госпитализации)». Заболела остро 06.01, появилась тошнота, рвота, температура до 38.9⁰С, одышка. С 1-го дня отмечался жидкий стул, открылось носовое кровотечение. Состояние при поступлении крайне тяжелое (2-й д.б.). Кожные покровы бледные, умеренно влажные, видимые слизистые физиологической окраски. Сопор. Очаговых знаков нет. Ригидность затылочных мышц выражена. Симптом Кернига «положительный» с обеих сторон. Пациентка переведена на ИВЛ, дыхание через оротрахеальную трубку. На 3-й д.б. в легких проводные влажные хрипы. Отделяемое из бронхов – гнойное. Диагностирована двусторонняя нижнедолевая пневмония (из мокроты высеяны *K.pneumoniae* БЛРС + *P.aeruginosa*). Анализ ликвора: 427 клеток/мкл (90% лимфоцитов); белок и глюкоза в норме. На 4-й д.б. принято решение о переводе в инфекционную реанимацию. Состояние больной очень тяжелое без динамики, сохранялось нарушение сознания и головные боли в височной области. КТ ГМ: в правом полушарии в проекции височной доли выявлена зона патологически пониженной плотности неомогенно

накапливающая контрастное вещество. Признаки сдавления правого бокового желудочка, смещение срединных структур справа налево и умеренно выраженная дислокация ствола мозга. МРТ ГМ: в правом полушарии объемное образование неомогенной структуры, окруженное зоной перифокального отека с компрессией правого бокового желудочка и оральных отделов ствола. Исследование антител к ВПГ-1,-2 в сыворотках крови выявило наличие положительного ответа в виде антител к IgM свидетельствующих о связи заболевания с ВПГ (исследование антител к ВПГ-1,-2 методом ИФА выявило титры в оптической плотности IgM - 0,496 (контрольный уровень -0,41), IgG₁ - 1,326 (к.у. - 0,28), IgG₂ - 1,44 (к.у. - 0,29). Анализ ликвора (5-й д.б.): бесцветный, опалесцирующий, нарастание цитоза до 1613 клеток/мкл (91% лимфоцитов), белок и глюкоза в норме, методом ПЦР обнаружены ДНК ВПГ-1. Данные анамнеза и клинико-лабораторные исследования позволили диагностировать герпетический менингоэнцефалит. Больная получила полный курс антибиотикотерапии и противовирусной терапии ацикловиром 750 мг/сутки (21 день). На фоне лечения состояние больной улучшилось на 20-й д.б. Ликвор санирован, хрипов нет. На 25-й д.б. пациентка переведена на самостоятельное дыхание, гемодинамические показатели стабилизировались, возможен элементарный контакт, однако сохранился выраженный неврологический дефицит. Для дальнейшей реабилитации переведена в отделение общей неврологии.

Представленный клинический случай является примером тяжелого течения герпетического поражения центральной нервной системы, осложнившегося развитием внутрибольничной пневмонии.

МИКРОХИРУРГИЧЕСКАЯ ГЕТЕРОТОПИЧЕСКАЯ
АУТОТРАНСПЛАНТАЦИЯ ЦЕЛЬНОГО ЯИЧНИКА: КОНЦЕПЦИЯ
ВНЕДРЕНИЯ ТЕХНОЛОГИИ В КЛИНИЧЕСКУЮ ПРАКТИКУ
Фимушкина Н.Ю., ординатор кафедры Госпитальной хирургии с курсом
сердечно-сосудистой хирургии СибГМУ
Руководитель: Байтингер В.Ф., д.м.н., проф., президент АНО «НИИ
микрохирургии»
АНО «НИИ Микрохирургии»
ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России

Актуальность. Проблема восстановления гормональной и репродуктивной функций молодых женщин после проведенных лучевой и химиотерапии по поводу онкологического заболевания является актуальной ввиду высокой гонадотоксичности данных методов лечения и непосредственного желания самих пациенток повысить качество жизни: восстановить эндокринную и репродуктивную функции. Ученые Института Микрохирургии (г. Томск) считают, что дальнейшее перспективное направление для решения данной проблемы принадлежит микрохирургической гетеротипической аутотрансплантации криоконсервированного цельного яичника (МГАКЦЯ). С целью реализации данной идеи на начальном этапе был произведен поиск реципиентной зоны для отсроченной МГАКЦЯ на основании измерения температур в потенциально благоприятных для функционирования яичника зонах, определены наиболее оптимальные реципиентные и донорские сосуды для дальнейшей интраоперационной реперфузии органа. Было установлено, что оптимальной реципиентной зоной для МГАКЦЯ на микрососудистых анастомозах может стать паховая область, где температура соответствовала базальной температуре и ее динамике в брюшной полости. Оценка диаметров реципиентных и донорских сосудов биопсийного материала

показала, что реваскуляризация трансплантата возможна путем выполнения анастомоза по типу конец-в-бок. Полученные результаты были положены в основу дальнейшего этапа – реализации идеи в клинической практике.

Цель исследования. Создание технологии МГАКЦЯ с последующим её внедрением в клиническую практику.

Материалы и методы. Были разработаны этапы реализации цели: 1) поиск оптимального метода криоконсервации целого органа, 2) решение вопроса об эффективности химической и хирургической кастраций, 3) регулирование вопроса о правовом статусе операций по пересадке эндокринных органов. Проводился анализ методик криоконсервации органов и тканей, при которых было установлено, что на сегодняшний день «выживаемость» тканей и органов может обеспечить процесс криоконсервации, обязательным компонентом которого является витрификация. Решение вопроса об эффективности хирургической и химической кастраций принимали на основании анализа клинических исследований, проводимых с использованием препаратов Золадекс® и Анастрозол® на период проведения лучевой и химиотерапии с целью подавления функций яичников. Проблема правового статуса получила своё решение после принятия нормативно-правового акта: Приказа Минздрава России N 306н, РАН N 3 от 04.06.2015 «Об утверждении перечня объектов трансплантации», в котором главные изменения затронули принятую юридическую возможность пересадки эндокринных органов.

Результаты. Оптимальным методом криоконсервации целого органа выбрана разработка ученых Медицинского радиологического научного центра им. А.Ф. Цыба (патент RU № 2519637, г. Обнинск). Вопрос об эффективности химической кастрации не может быть однозначно положительным, так как определены серьезные побочные эффекты данных препаратов (индуцирование развития атипической гиперплазии эндометрия, сопровождающейся дисфункциональными маточными кровотечениями, вплоть до карциномы эндометрия). Приказ Минздрава России N 306н, РАН

№ 3 от 04.06.2015 требует внесения поправок в связи с отсутствием в списке эндокринных органов яичников как возможного объекта трансплантации.

Вывод. На сегодняшний день не существует препятствий для клинического внедрения МГАКЦЯ в клиническую практику. Данная идея готова для реализации.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ СЕЛЕЗЕНКИ В УСЛОВИЯХ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ

Фомина Р.В., студентка 4-го курса, кафедра общей хирургии и онкологии
медицинского факультета

Руководитель: Фомин В.Н., зав. хирургическим отделением БУ ЧР
«Козловская ЦРБ им. И.Е. Виноградова» Минздрава Чувашии
ФГБОУ ВО «ЧГУ им. И.Н. Ульянова», г. Чебоксары

Цель исследования. Диагностика и хирургическая тактика при травмах селезенки в условиях хирургического отделения районной больницы.

Материалы и методы исследования. По данным хирургического отделения Козловской центральной районной больницы им. И.Е. Виноградова Минздрава Чувашской Республики, за последние 20 лет (1997-2016) на стационарном лечении по поводу травм селезенки находились 19 больных, что составило 80,8% от общего количества всех повреждений органов брюшной полости. При этом открытые повреждения селезенки наблюдались у 3 больных (15,8%), закрытые повреждения - у 16 (84,2%). Сочетанные повреждения селезенки с другими органами брюшной полости наблюдались у 7 больных (36,8%).

Пострадавшие в наиболее трудоспособном возрасте (от 20 до 50 лет) составили в этой группе 15 больных или 78,9%. Городских жителей – 9 (47,4%), сельских – 10 (52,6%). Мужчин – 16 (84,2%), женщин – 3 (15,8%).

Причинами травм селезенки у 8 пациентов были дорожно-транспортные происшествия, у 3 – колото-резаные ранения в быту, у 8 – удар тупым предметом в область левого подреберья или нижней трети левой половины грудной клетки и падения на эту область.

Госпитализированы в первые 12 часов после травм 14 больных (73,7%), в промежутке от 12 до 24 часов – 4 (21,1%), через сутки и более – 1 (5,2%). С повреждениями селезенки было оперировано 2 детей (10,5%). Умер – 1 больной, летальность составила 5,3%. Причина смерти – тяжелая сочетанная травма, осложненная травматическим шоком и синдромом полиорганной недостаточности (СПОН). Остальные больные выписаны с выздоровлением.

Результаты исследования и их обсуждение. Несмотря на приоритет органосохраняющей операции при повреждениях селезенки, спленэктомия являлась операцией выбора при всех 19 случаях, что было связано с техническими трудностями обеспечения надежного гемостаза. Все пострадавшие были оперированы под общим обезболиванием. Доступ к селезенке у 17 больных был обеспечен верхнесрединной лапаротомией, у двух – верхнесрединная лапаротомия с дополнительным поперечным разрезом по Кохеру.

После спленэктомии ни в одном случае аутотрансплантация селезеночной ткани не производилась. В одном случае наблюдался двухмоментный разрыв селезенки, когда больная было оперирована через 5 суток после травмы живота, выполнена спленэктомия, выписана с выздоровлением.

Средняя длительность пребывания больных в стационаре составила в среднем 10 койко-дней.

Выводы. 1. Несмотря на приоритет органосохраняющего лечения повреждений селезенки в условиях районной больницы, при травмах селезенки наиболее часто выполняемой операцией является спленэктомия.

2. На этапе центральной районной больницы актуальной проблемой при повреждениях селезенки остается своевременная диагностика

повреждений селезенки, своевременное хирургическое лечение и максимальное снижение послеоперационной летальности.

3. Хирургическая тактика при повреждениях селезенки должна быть строго индивидуальна и зависит от характера повреждения, от хирургической ситуации и квалификации, опыта и владения различными способами оперативных пособий.

ОПТИМИЗАЦИЯ МУЛЬТИМОДАЛЬНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ЦИЛИНДРИЧЕСКОЙ ЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ МЕТАПЛАЗИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПИЩЕВОДА

Фоса Д.А., аспирант кафедры хирургии №4

Руководитель: Унгуряну С.Н., д.м.н., доц.

Государственный Университет Медицины и Фармации
«Николае Тестемицану», г. Кишинёв, Республика Молдова

Цель исследования. Оптимизация результатов хирургического лечения пациентов с цилиндрической эпителиальной метаплазией слизистой оболочки пищевода путём внедрения современных методов диагностики (эндоскопический и эндолюминальный) и разработка оптимального алгоритма мультимодального медико-хирургического лечения пациентов с этой патологией.

Материал и методы. Исследование представляет собой проспективное и ретроспективное клиническое исследование в области оценки клинико-параклинических особенностей, диагностики и лечения пациентов с хроническими формами течения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, осложненной цилиндрической эпителиальной метаплазией пищевода.

Работа проводится в соответствии с протоколом изучения историй болезни пациентов, которые соответствовали критериям для включения в исследуемую группу в ОМСУ Республиканская Клиническая Больница,

Кафедра хирургии №4, Факультет Резиденциата и Клинического Секундариата ГУМФ «Николае Тестемицану». Ретроспективное исследование (контрольная группа 1) сосредоточено на анализе материалов клиничко-параклинических наблюдений в группе до 50 пациентов с различными формами метаплазии слизистой оболочки пищевода, проходивших лечение в нашей клинике на протяжении 2000-2015 годов, а проспективная часть исследования представляет собой группу пациентов (менее 50), которые подлежат лечению в период 2016-2019 годов.

Из методов исследования используются как традиционные клиничко-параклинические методы (суммарные общие, биохимические анализы крови и мочи, ЭКГ, радиоскопия пищевода с BaSO_4 , ФЭГДС), так и новые методы диагностики: передовая эндоскопия, узкоспектральная улучшенная эндоскопия (NBI^+), эндоскопия с увеличением по технологии Near Focus, измерение клиренса пищевода, манометрия пищевода, сцинтиграфия пищевода и SPECT сканирование, pH-метрия пищевода, в том числе и морфопатологическое (биоптическое) и иммуногистохимическое исследование слизистой оболочки пищевода, а хирургическое лечение ориентировано на миниинвазивные эндолюминальные и лапароскопические техники.

Результаты. В хирургической клинике ОМСУ РКБ на протяжении 15 лет (2000-2015) было оказано специализированное лечение 360 пациентам с ГЭРБ. Посредством эндоскопической и гистопатологической диагностики у 52 пациентов была подтверждена цилиндрическая эпителиальная метаплазия слизистой оболочки пищевода. У 28 пациентов была выявлена метаплазия желудка 1 типа, а у 24 пациентов – метаплазия кишечника 2 типа. У 28 пациентов с метаплазией 1 типа без дисплазии были проведены противорефлюксные хирургические вмешательства: 20 операций по типу Hill-Dor (180°), 6 вмешательств по типу Hill-Nissen-Rossettii (360°), а в 2 случаях была проведена процедура Hill-Toupet (270°). В группе пациентов с метаплазией 2 типа (24 случая) проведено 15 операций по секторальной

резекции слизистой оболочки пищевода (эндоскопическая резекция подслизистой, эндоскопическое иссечение слизистой и аргано-плазменная коагуляция), а в 9 случаях прибегли к удалению пищевода и его замещению тонким кишечником или ободочной кишкой. Постоперационная смертность составила 4% – 2 случая имели место у прооперированных пациентов с цилиндрической метаплазией и аденокарциномой пищевода.

Выводы.

1. Главным методом ранней объективной диагностики цилиндрической метаплазии, степени дисплазии и карциномы слизистой оболочки пищевода является эндоскопия с биопсией под руководством различных передовых методов визуализации.

2. Эндоскопия с увеличением в комплексе с улучшенной узкоспектральной эндоскопией (NF-NBI) предоставляет результаты *in vivo*, аналогичные патоморфологическим, при определении типа цилиндрической метаплазии в пищеводе в 97,8% случаев и преждевременно определяет рак в зоне пищеводно-желудочного соединения в 100% случаев из общего числа случаев, диагностируемых патоморфологически.

3. Метаплазия кишечника представляет собой фактор с самым высоким риском развития аденокарциномы пищевода.

4. Эндоскопические и лапароскопические миниинвазивные методы лечения являются незаменимыми для лечебно-диагностической тактики при цилиндрической метаплазии слизистой оболочки пищевода.

СИНДРОМ СУХОГО ГЛАЗА ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ В И С

Хацукова Б.Н., аспирант кафедры офтальмологии

Руководитель: Чернакова Г.М., к.м.н., доц.

ФГБОУ ДПО РМАНПО, г. Москва

Проблема вирусных заболеваний печени (вирусных гепатитов), обусловленными вирусами А, В, С, D, Е занимает ведущее место среди встречающихся нозологий. Связь патологии печени с заболеваниями глаз была отмечена еще с древних времен, а работы современных исследователей лишь подтверждают это положение. Особую значимость для врачей всех специальностей приобретают хронические вирусные гепатиты В и С (ВГВ, ВГС) в связи с их высокой контагиозностью через биологические жидкости во время медицинских и косметологических манипуляций. По статистическим данным, в Российской Федерации проживает более 5 млн. лиц, инфицированных ВГВ и около 7 млн. человек с хроническим гепатитом С, а в ближайшие годы прогнозируется значительное увеличение их численности.

ВГВ и ВГС представляют собой системные заболевания, протекающие с развитием различных внепеченочных проявлений, которые нередко выходят на первый план в клинической картине. Данный факт связан с тем, что уже на фоне субклинического поражения гепатоцитов возникают нарушения в синтетической, детоксикационной и регуляторной функциях печени и наиболее уязвимым звеном в этой цепи становится микроциркуляторное русло. Кроме того, в развитии внепеченочных проявлений ВГВ и ВГС, большое значение имеют иммунопатологические реакции и, возможно, непосредственные размножения вирусов в тканях глаза.

Одним из распространенных видов поражения глаз при хроническом гепатите В и С (ХГВ, ХГС) является синдром слезной дисфункции (роговично-конъюнктивальный ксероз, «синдром сухого глаза» (ССД), англ. *dry eye*). Все три термина, являясь синонимами, отражают результат нарушения осмотических свойств прероговичной слезной пленки, а именно – повышение ее осмолярности с возникновением процессов хронического аутоиммунного воспаления эпителия глазной поверхности. На наш взгляд, термин синдром «слезной дисфункции» (ССД) шире, чем остальные два, отражая патогенетическую и клиническую сущность ксерофтальмии при ХГС, поскольку вирусы гепатита В и С вовлекают в патологический процесс не только слезопродуцирующие органы (слезную железу), но и эпителий глазной поверхности. Предполагается два основных патогенетических механизма развития ССД при ХГВ и ХГС: первый связан с отложением патологических иммунных комплексов (криоглобулинов) в ткани слезной железы с последующим снижением секреции слезы. Второй механизм, вероятно, обусловлен биологическими свойствами вирусов, а именно – способностью проникать в клетки секреторных желез (слезных и слюнных), а также конъюнктивы и роговицы с нарушением их метаболизма. Не исключено, что ВГВ и С выступают в роли лимфотропных вирусов по отношению к мукозо-ассоциированной лимфоидной ткани конъюнктивы.

На сегодняшний день нет четкого понимания, какова взаимосвязь между длительностью, тяжестью ХГВ и С и степенью тяжести ССД. В доступной литературе имеются лишь отдельные попытки продвинуться в этих направлениях. Остается открытым вопрос о влиянии генотипов ВГВ и С на развитие ССД; кроме того, неясно, зависит ли продукция ВГВ и С в слезной жидкости и/или поражение эпителия глазной поверхности от сывороточной вирусной нагрузки.

Таким образом, литературные источники свидетельствуют о значительном интересе офтальмологов к тематике, касающейся вирусных гепатитов В и С и понимании важности той роли, которую играют эти

инфекции в развитии патологии глаз. Помимо статуса «смежного специалиста», офтальмологи могут стать теми первыми врачами, которые столкнутся с внепеченочными проявлениями ХГ, тогда как выраженность поражения печени в этот момент может быть сугубо субклинической.

НЕКОТОРЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КОЖИ И ПОДКОЖНОЙ КЛЕТЧАТКИ

Хведелидзе М.Г., асс. кафедры общественного здоровья и здравоохранения,
Харбедия Ш.Д., асс. кафедры общественного здоровья и здравоохранения

Руководитель: Юрьев В.К., з.д.н. РФ, д.м.н., проф.

ФГБОУ ВО СПбГПМУ, г. Санкт-Петербург

С целью оптимизации объективной экспертизы качества стационарной помощи больным с заболеваниями кожи и подкожной клетчатки нами была разработана автоматизированная информационная система, которая позволяет проводить экспертизу на всех уровнях, значительно сокращает время проведения экспертизы, дает возможность оценить экспертируемые качественные признаки в количественном эквиваленте в соответствии с разработанной математической моделью, осуществлять углубленную аналитическую разработку результатов экспертизы. Единая технология проведения экспертиз позволяет проводить сравнение результатов экспертизы в отдельных ЛПУ и субъектах РФ в целом. В основу экспертной части карты были положены критерии, определенные приказом МЗ РФ N 422ан от 07.07.2015 «Критерии оценки качества медицинской помощи», расширенные и адаптированные к условиям стационарного лечения больных с заболеваниями кожи и подкожной клетчатки.

С помощью автоматизированной информационной системы была проведена экспертиза качества стационарной медицинской помощи 210

больным с заболеваниями кожи и подкожной клетчатки в трех субъектах Северо-Западного региона (Ленинградской, Псковской и Новгородской областях). Проведенная экспертиза показала, что наиболее низкий уровень качества оказания медицинской помощи (интегрированный показатель качества и технологии $G=0,675$) имеет Ленинградская область, удовлетворительный уровень качества имеет Псковская область ($G=0,850$) и хороший уровень был установлен в Новгородской области ($G=0,906$).

Во всех трех изучаемых регионах наиболее низкая оценка была дана блоку А (качество ведения документации), блоку D (лечебные мероприятия) и блоку Е (лечебно-организационные мероприятия), которые и привели к снижению интегрированного показателя.

Проведенная экспертиза качества позволила установить как характерные для отдельных ЛПУ, так и общие для всех регионов недостатки. Так, во всех базовых ЛПУ врачебная комиссия не рассматривает вопрос назначения лекарственных препаратов, не включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения, в случае особенностей течения заболевания больным, как правило, не назначаются показанные дополнительные сложные и длительно проводимые исследования как внутри, так и вне данной медицинской организации, не проводятся гистологические и иммунологические исследования. В большинстве медицинских карт стационарного больного отсутствует запись о наличии информированного добровольного согласия на проведение лечебно-диагностических мероприятий, нет записей осмотра заведующим отделением. Несмотря на необходимость, больным часто не проводится коррекция плана лечения с учетом клинического диагноза, состояния пациента, особенностей течения заболевания, наличия сопутствующих заболеваний, осложнений заболевания и результатов проводимого лечения, редко назначается показанный консультативный осмотр специалистами другого профиля.

АССОЦИАЦИИ ГЕНЕТИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ С ВОЗНИКНОВЕНИЕМ КАЗЕОЗНОЙ ПНЕВМОНИИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Хомова Н.А., магистрант 2 года обучения кафедры фтизиатрии,

Султанов С.А., магистрант 1 года обучения кафедры фтизиатрии

Руководитель: Ташпулатова Ф.К., д.м.н., доц.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент

Цель исследования: изучить ассоциацию комбинации генетических маркеров с казеозной пневмонией у больных туберкулезом легких.

Материалы и методы. Было обследовано 26 больных туберкулезом легких, у которых специфический процесс клинико-рентгенологически проявлялся в виде казеозной пневмонии. Мужчин было 14 ($53,8 \pm 9,7\%$) человек, женщин – 12 ($46,2 \pm 9,7\%$). Возраст составил $31,4 \pm 1,9$ лет. По характеру первоначального процесса у 6 – диагностирован инфильтративный туберкулез легких, одинаково часто встречался фиброзно-кавернозный и диссеминированный туберкулез легких – по 10 ($40 \pm 9,7$). Больным определяли в качестве носительства генетических маркеров фенотип гаптоглобина по D.G.Davis в модификации Н.П.Осиной (1989), тип инактивации ГИНК по Л.П.Гребеннику (1966), активность эритроцитарного фермента глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы (Г-6-ФДГ) по G.Glohri (Асатиани В.С., 1965).

Тяжесть интоксикации оценивали по лейкоцитарному индексу интоксикации (ЛИИ) по формуле Я.Я.Каотф-Калифа в модификации В.К.Островского и соавт. (1983).

Результаты. При изучении частоты и характера разных комбинаций генетических маркеров у больных с казеозной пневмонией, согласно К.С.Казакову и соавт. (1999), встречались лица только с неблагоприятной и относительно неблагоприятной комбинацией генетических маркеров. Неблагоприятная комбинация генетических маркеров (гомозиготные

фенотипы гаптоглобина, слабый тип инактивации ГИНК, пониженная активность фермента Г-7-ФДГ) выявлена у 16 ($61,5 \pm 9,5\%$) больных, относительно неблагоприятная комбинация генетических маркеров (комбинация двух неблагоприятных и одного благоприятного маркера у 10 ($38,5 \pm 9,5\%$) больных).

Лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) до лечения у больных с казеозной пневмонией с носительством неблагоприятной комбинации генетических маркеров составила $3,42 \pm 0,32$ ($N - 0,6 \pm 1,2$) при относительно неблагоприятной комбинации – $2,88 \pm 0,33$. В динамике в процессе лечения ЛИИ у больных с неблагоприятной комбинацией генетических маркеров уменьшился до $2,9 \pm 0,32$, при относительно неблагоприятной – $2,4 \pm 0,25$.

Эффективность терапии у больных с казеозной пневмонией была низкой, только у 10 ($40 \pm 4,7\%$) больных отмечено абацилирование, уменьшение симптомов интоксикации и бронхолегочного синдрома. Рентгенологически у этих больных было отмечено частичное рассасывание инфильтрации и очагов обсеменения, участки деструкции несколько уменьшились. У 4 больных с неблагоприятной комбинацией отмечено прогрессирование на фоне лечения, у 2-х процесс осложнился развитием спонтанного пневмоторакса с эмпиемой плевры, у 6 больных особого улучшения не наблюдалось.

Выводы. Таким образом, среди больных с казеозной пневмонией встречаются лица носители неблагоприятной и относительно неблагоприятной комбинацией генетических маркеров. Клинически казеозная пневмония протекала с ярко выраженными симптомами туберкулеза легких, с высоким показателем лейкоцитарного индекса интоксикации.

Определение носительства комбинаций генетических маркеров у больных туберкулезом легких даст возможность заранее выделить «группу риска по отношению развития казеозной пневмонии» и провести соответствующие коррекции в лечении.

СООТВЕТСТВИЕ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ
ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ
СТАНДАРТАМ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

Хуснутдинова Ю.С., Лавриенко А.В., студенты очной формы обучения

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

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им.В.И.Разумовского Минздрава РФ,
г.Саратов

Распространенность АГ в РФ составляет около 40% в популяции и возрастает в старческом возрасте до 80%. Раннее выявление, диагностика в соответствии со стандартами (рекомендациями), адекватно и своевременно подобранная терапия – залог успешного ведения пациентов с АГ на амбулаторно-поликлиническом этапе и путь к снижению сердечно-сосудистых осложнений.

Цель исследования. Анализ ведения пациентов с АГ на амбулаторно-поликлиническом этапе, выявление недостатков при назначении диагностического минимума и соответствия назначаемого лечения стандарту первичной медико-санитарной помощи при первичной АГ (ГБ) (приказ от 9 ноября 2012 г. №708н).

Материалы и методы. Ретроспективный анализ 100 амбулаторных карт пациентов г.Саратова (ГУЗ поликлиника № 16 (50 карт) и ГУЗ поликлиника № 3 (50 карт)).

Результаты исследования. В рассматриваемой группе женщин – 63%, мужчин – 37%, средний возраст женщин – $67,9 \pm 11,3$, мужчин – $64,5 \pm 12,1$. Распределение по стадиям и риску АГ: АГ2 – 62%, АГ3 – 37%, АГ4 – 1%; риск2 – 5%, 3 – 43%, 4 – 52%. Факторы риска были указаны лишь в 32% (в 26% – ожирение, 2 % – курение, стресс – 7%, отягощенная наследственность по АГ – 4%, гиподинамия – 3%, нарушение толерантности к глюкозе – 10%).

В исследуемой группе ИБС в строке диагноз фигурирует в 90% (ХСН – 42% (1 ст. – 13%, 2 ст. – 28%, 3 ст. – 1%), перенесенный ИМ – 14%, ФП –

12% и др). Патология ЖКТ представлена в 27% (гастрит – 6%, панкреатит – 10%, холецистит – 14%, ЯБЖ–4%). Заболевания опорно–двигательного аппарата – 29% (остеохондроз позвоночника – 11%, вертеброгенная люмбоишалгия – 9%, остеоартроз коленного сустава – 9%). Патология неврологического профиля: ХИГМ2 смешанного генеза – 33%, перенесенный инсульт – 1%. Заболевания эндокринной системы: патология щитовидной железы – 11%, СД 2 типа – 20%.

Согласно стандарту первичной медико-санитарной помощи, при первичной АГ всем больным должны проводиться следующие исследования: общий (клинический) анализ крови (проводился у 51%), анализ крови биохимический (общетерапевтический) – 51%, анализ мочи общий – 50%, анализ на микроальбуминурию (в рамках исследования не выполнялся), клиренс креатинина–39%, коагулограмма – 14%, офтальмоскопия/окулист – 48% исследуемых нашей группы (выявлены: ангиопатия сетчатки – 19%, катаракта – 13%, гиперметропия – 9%, глаукома – 2%, новообразование нижнего века – 1% и др.).Эхокардиография – выполнена в 31% случаев, УЗИ почек и надпочечников – в 30% (пиелонефрит – 2%, кисты – 9%, стеноз сегментарной артерии – 1%, нарушение уродинамики – 1%, МКБ – 4%, пиелозктазия – 1%, новообразование – 2%), электрокардиографическое исследование выполнено в 82% (ГЛЖ – 28%, неполная блокада ПНПГ – 2%, полная – 1%, АВ-блокада – 2%, нарушение внутрижелудочковой проводимости – 7%, рубцовые изменения – 5%, фибрилляция предсердий – 1%, неспецифические изменения по зубцу Т – 5%), рентгенография легких выполнена в 30%, суточное мониторирование АД – не проводилось.

Лечение назначалось согласно стандарту: в 78% случаев проводилась комбинированная терапия несколькими препаратами, рекомендовались препараты из 5 основных классов (ИАПФ – 28%, БРА – 24%, ББ – 58%, диуретики – 45%, блокаторы Са-каналов – 17%), также использовались фиксированные дозировки препаратов – 13%,монотерапия была проведена в

14%. У 8% адекватное лечение отсутствовало. Для базисного лечения использовались препараты короткого действия (каптоприл – 2%, нифедипин – 5%), которые по приказу используются для экстренной помощи снижения АД. Статины назначались в 64% случаев (после ИМ – 12%, при стенокардии – 16%, после инсульта – 1%, АГ – 30%), достигнут целевой уровень общего холестерина в 23% случаев, контроль АЛТ, АСТ при приеме статинов проводился у 31% пациентов. Осмотры после назначенной терапии были проведены в 69% случаев, наблюдение при смене терапии в 15%, немедикаментозное лечение было назначено у 62% больных, достигнуты целевые цифры АД у 50% пациентов.

Выводы. Представленные данные свидетельствуют о том, что ведение больных не в полной мере соответствует стандарту первичной медико-санитарной помощи при первичной АГ. Недостаточное обследование и лечение пациентов не позволяет в полной мере снизить прогрессирование заболевания и сердечно-сосудистые осложнения.

ОЦЕНКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РИСКА РАБОЧИХ ХРОМОВОГО ПРОИЗВОДСТВА ПО МАТЕРИАЛАМ АТТЕСТАЦИИ РАБОЧИХ МЕСТ

Цукрова О.В., студентка очной формы обучения,
кафедра гигиены труда

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

АО «Медицинский университет Астана», г. Астана, Казахстан

Оценка условий труда по гигиеническим критериям является априорной оценкой профессионального риска. Согласно современной концепции медицины труда, принятой Всемирной организацией здравоохранения, полностью установлена взаимосвязь здоровья и работы, а уровни физических, химических и биологических вредных производственных факторов могут рассматриваться как причинные факторы

профзаболеваний. На практике оценка риска включает оценку условий труда, анализ структуры и степени профессионального риска (количественные характеристики экспозиции), расчет доз вредных производственных факторов, оценку эффективной экспозиции ведущего фактора с учетом остального комплекса факторов в зависимости от класса условий труда.

Цель исследования. Анализ материалов аттестации рабочих мест по степени вредности и опасности 2 предприятий Донского горно-обогатительного комбината филиала АО "ТНК Казхром", которые ведут подземную и открытую добычу хромовой руды.

Материалы и методы. Материалами были протоколы общей оценки условий труда по ведущим неблагоприятным факторам (химический, шум, общая и локальная вибрация, неионизирующее излучение, микроклимат, освещение, тяжесть и напряженность труда) 13 служб.

Результаты. Проведенный анализ показал, что к классу 3.1 (как вредный) отнесено было 28 профессий и согласно Руководству условия труда способствуют изменению функционального состояния рабочих и увеличивают риск повреждения здоровья. Следует отметить, что в основном превышения нормативных значений были по химическим и физическим факторам, а также по тяжести труда.

К классу 3.2 (вредный 2 степени) было отнесено 15 профессий. В основном это профессии, которые занимались взрывными работами и обслуживанием горной техники. Максимальные уровни превышений регистрировались по шуму и вибрации, а также по химическим веществам.

К классу 3.3 была отнесена лишь 1 профессия – это проходчик на участке подземной добычи. Считается, что условия 3.2 и 3.3 способны вызвать стойкие функциональные изменения в организме рабочих и привести к появлению и развитию профессиональных заболеваний легкой и средней степени тяжести (с потерей профессиональной трудоспособности) в период трудовой деятельности.

Тяжесть труда в этих профессиях была вызвана было поднятием и перемещением рабочими значительных тяжестей, способствующих сгибанию, вращению туловища, выполнению рывковых движений; частых и глубоких наклонов туловищ, что будет приводить к болезням спины и являться одной из наиболее частых причин потери трудоспособности и травм. Большая нагрузка физического труда будет вызывать изменения со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

Заключение. Таким образом, система управления рисками требует целевой разработки мер по улучшению условий труда с учетом специфики комплексного воздействия вредных факторов и оценки состояния здоровья рабочих.

ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА БУРЯТСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Цыреторова С.С., аспирант кафедры эндокринологии

Руководители: Бардымова Т.П., д.м.н, проф., зав. кафедрой эндокринологии;

Протасов К.В., д.м.н., проф., зав. кафедрой кардиологии и профилактики
сердечно-сосудистых заболеваний

Иркутская государственная медицинская академия последипломного
образования – филиал ФГБОУ ДПО "Российская медицинская академия
непрерывного профессионального образования" Минздрава России,
г.Иркутск

Цель исследования: изучить клинические особенности острого инфаркта миокарда (ИМ) у больных сахарным диабетом (СД) 2 типа бурятской популяции.

Материалы и методы. За период 2013-2015 гг. проанализированы 925 историй болезни всех больных острым инфарктом миокарда (ИМ), проходивших лечение в отделении неотложной кардиологии ГАУЗ РКБ им.

Семашко г. Улан-Удэ (Республика Бурятия). Среди больных ИМ выделены две группы: русской (703 чел.) и бурятской популяций (222 чел.).

Результаты. Проведенный анализ показал, что с ИМ без углеводных нарушений было 527 пациентов (57%), средний возраст $62,76 \pm 0,55$ лет, и с нарушением углеводного обмена на фоне ИМ – 398 больных (43%), средний возраст $67,01 \pm 0,57$ лет. Структурный анализ показал, что ИМ и СД 2 типа имел 191 пациент, и 207 – нарушенную толерантность к глюкозе (НТГ) или нарушенную гликемию натощак (НГН). В группе русской популяции было 400 пациентов с ИМ без нарушений углеводного обмена, средний возраст $63,21 \pm 0,63$ лет (муж. – 269, жен. – 131); 145 больных ИМ и СД 2 типа, средний возраст $68,69 \pm 0,85$ лет (муж. – 47, жен. – 98); 156 пациентов с ИМ и НТГ/НГН, средний возраст $66,71 \pm 0,98$ лет (муж. – 79, жен. – 77). В бурятской группе – 127 больных ИМ без нарушений углеводного обмена, средний возраст $61,32 \pm 1,09$ лет (муж. – 88, жен. – 39); 46 пациентов с ИМ и СД 2 типа, средний возраст $65,09 \pm 1,56$ лет (муж. – 26, жен. – 20); 51 пациент с ИМ и НТГ/НГН, средний возраст $64,84 \pm 1,65$ лет (муж. – 35, жен. – 16). В структуре больных с ИМ как в русской, так и бурятской популяции соотношение пациентов с ИМ и СД 2 типа не отличалось (21% и 20% соответственно). Проведенный анализ показал, что среди больных ИМ без нарушений углеводного обмена русской и бурятской популяции в 2 раза было больше мужчин. При ИМ с СД 2 типа русской популяции в 2 раза больше было женщин, а в аналогичной группе бурят – разницы по полу не установлено. Больные ИМ с нарушениями углеводного обмена бурятской популяции были существенно моложе, чем в аналогичной группе русской популяции ($p < 0,05$). Отмечено, что общий холестерин у больных ИМ и СД 2 типа бурятской популяции был существенно ниже, чем у пациентов русской популяции ($p < 0,05$). Повторный ИМ в 2 раза чаще регистрировался у больных диабетом русской популяции (58 чел – 40%), чем у бурят (10 чел – 21%). ИМ с подъемом сегмента ST наблюдался у 432 больных СД 2 типа бурятской популяции (72%) и у 159 чел русской популяции (58%). По длительности

диабета больные ИМ русской и бурятской популяции не отличались ($9,74 \pm 1,37$ лет и $7,34 \pm 0,70$ лет соответственно).

Выводы. Таким образом, больных с ИМ и нарушениями углеводного обмена (СД 2 типа, НТГ, НГН) было 43% среди больных ИМ. Установлены особенности инфаркта миокарда у больных СД 2 типа бурятской популяции. Больные ИМ и СД 2 типа бурятской популяции не отличались по гендерному признаку, а среди больных ИМ и СД 2 типа русской популяции женщин было в 2 раза больше. Больные ИМ и СД 2 типа бурятской популяции были существенно моложе аналогичной группы русской популяции. ИМ у больных СД 2 типа бурятской популяции одинаково часто регистрировался как у мужчин, так и у женщин. Дислипидемия по уровню общего холестерина у бурят с СД 2 типа менее выражена, чем у русской популяции. Повторный ИМ при СД 2 типа в бурятской популяции наблюдался в 2 раза реже относительно аналогичной группы русской популяции.

ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ДЕМЕНЦИИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ НЕЙРОДЕГЕНЕРАТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ НА ОСНОВЕ ГЕНЕТИЧЕСКОГО ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА MDR1

Чеботарева А.Д., соискатель кафедры неврологии

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

ФГБОУ ДПО РМАНПО, г. Москва

Деменция – синдром, характеризующийся приобретенным, часто прогрессирующим снижением интеллекта, которое возникает в результате органических поражений головного мозга и приводит к нарушению социальной адаптации пациента. Доказанное в исследованиях положительное действие антидементных препаратов имеет клиническое значение только у сравнительно небольшой группы пациентов. В связи с этим при их назначении становится необходимым персонализированный подход. Ведется

активный поиск как клинических, так и генетических предикторов эффективности назначаемого лечения.

Цель исследования: оценить взаимосвязь полиморфизма гена MDR1 с эффективностью ингибиторов холинэстеразы при лечении деменции при различных нейродегенеративных заболеваниях.

Материалы и методы. В исследование включен 21 пациент с деменцией, получающий лечение ингибитором холинэстеразы, пришедший на амбулаторный прием сотрудников кафедры неврологии. Из них 10 пациентов с болезнью Альцгеймера и 11 пациентов с деменцией с тельцами Леви. Возраст пациентов составил в среднем 73 ± 8 лет, с разбросом от 58 до 82 лет. Оценка когнитивного статуса проводилась по шкале MMSE: деменция легкой степени выраженности (20-24 баллов) выявлена у 43% пациентов (9 человек), умеренной степени (11-19 баллов) – у 57% пациентов (12 человек). Оценка эффективности терапии антихолинэстеразным препаратом проводилась с использованием шкалы IQCODE (Jorm A., 2004). Также всем пациентам выполнен анализ крови на однонуклеотидный генетический полиморфизм 3435 C>T гена MDR1 методом ПЦР. Генетический анализ выполнен на базе НИЦ РМАНПО. Проведенный генетический анализ выявил 4 пациента с нормальной гомозиготой с генотипом C/C, 7 пациентов с гетерозиготой с генотипом C/T, 10 пациентов с мутантной гомозиготой с генотипом T/T.

Результаты. Статистический анализ данных был проведен при помощи программы Statistica 10.0. Для выявления связи между баллом по шкале IQCODE и результатом генетического анализа применен непараметрический метод корреляционного анализа с использованием ранговой корреляции по Спирману. При оценке данных всех включенных в исследование пациентов получен коэффициент корреляции $r=0,66$, $p=0,039$, что свидетельствует об умеренной корреляции. Не установлено различий между коэффициентами корреляции в группе пациентов с болезнью Альцгеймера ($r=0,71$) и в группе пациентов с деменцией с тельцами Леви

($r=0,68$) ($p=0,912$). Также не установлено различий между коэффициентами корреляции в группе пациентов с деменцией легкой степени выраженности ($r=0,75$) и в группе пациентов с деменцией умеренной степени выраженности ($r=0,60$) ($p=0,602$).

Выводы. Выявленная умеренная корреляция может свидетельствовать о прогностической значимости однонуклеотидного полиморфизма гена MDR1 при применении антихолинэстеразных препаратов. Однако, полученные данные не дают возможности сделать однозначный вывод ввиду малой выборки и низкой чувствительности шкалы IQCODE для оценки эффективности проводимого лечения. Необходимо дальнейшее изучение этой проблемы. Планируется обследование большего количества пациентов, а также двукратное тестирование когнитивного статуса пациентов с интервалом 6 месяцев для более объективной оценки эффективности проводимого лечения.

РОЛЬ ГЕНЕТИЧЕСКОГО АНАЛИЗА В ДИАГНОСТИКЕ СИНДРОМА ВЯЛОГО РЕБЕНКА НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ ВРОЖДЕННОЙ МЕРОЗИН-НЕГАТИВНОЙ МЫШЕЧНОЙ ДИСТРОФИИ

Черневский Д. К., студент

Руководитель: Миронова Е. И., к.м.н., асс. кафедры неврологии,
нейрохирургии и медицинской генетики

ГБОУ ВПО «НижГМА», г. Нижний Новгород

В детской неврологии широко используется термин «вялый ребенок» для обозначения выраженной мышечной гипотонии независимо от её генеза. Данный симптомокомплекс характерен для многих патологий, что создает трудности дифференциальной диагностики. Одной из актуальных задач детской неврологии является ранняя диагностика причины синдрома вялого ребенка, решение которой обеспечит своевременную адекватную терапию.

Мерозин-негативная врожденная мышечная дистрофия (ВМД) – наиболее распространенный вариант этой группы. С рождения или в первые месяцы жизни она манифестирует мышечной гипотонией конечностей, затем вовлекается лицевая мускулатура. При этом поражается белое вещество головного мозга, что может давать клинику олигофрении и тонико-клонических судорог. В большинстве случаев отмечается повышение уровня КФК и выраженная недостаточность белка мерозина. Мерозин-негативная ВМД подозревается по клиническим проявлениям, но диагностируется лишь по наличию мутации гена LAMA2 в длинном плече 6 хромосомы (6q22-23), отвечающем за биосинтез мерозина (альфа-цепи белка ламинина).

Цель исследования: изучить методы генетического анализа и определить значение полного секвенирования экзона ДНК для диагностики ВМД.

Материалы и методы. Был исследован клинический случай – мальчик, 1 год. С рождения: задержка психомоторного развития, диффузная мышечная гипотония, постнатальная гипотрофия, дисплазия тазобедренных суставов. Ребенок обследовался в различных клиниках, поставить диагноз по клиническим проявлениям было невозможно. Обследование ребенка включало исследование неврологического статуса, биохимический анализ крови на КФК, лактат, ИФА на миоглобин. Затем провели генетическое исследование для подтверждения спинальной амиотрофии, результат был отрицательным.

Для окончательного диагноза было использовано полное секвенирование экзона. Использовались метод парно-концевого чтения и селективный захват кодирующих участков ДНК для пробоподготовки. Обработка данных секвенирования проведена с использованием автоматизированных алгоритмов. Для оценки популяционных частот использованы выборки проектов «1000 геномов», ESP6500 и ExAC.

Результаты. Биохимический анализ крови выявил увеличение уровня КФК до 3559,40 Ед/л (норма <171,00 Ед/л) и нормальный уровень лактата -

1,21 ммоль/л (норма 0,50 - 2,20 ммоль/л). В ИФА было повышение миоглобина до 153,60 нг/мл (норма 0,00 – 95,00 нг/мл). Полное секвенирование экзона показало **вероятную** причину заболевания – мутацию в одном из участков гена LAMA2. Дополнительно отмечена вероятно патогенная мутация в данном гене, но в другом его участке, являющаяся **возможной** причиной заболевания. Первая мутация (50-й экзон) приводит к появлению сайта преждевременной терминации трансляции в 2383 кодоне. Согласно базе данных университета Лейдена, ее можно расценивать как патогенную. Вторая мутация (32-й экзон) – причина сдвига рамки считывания, начиная с 1556 кодона, и, следовательно, нарушения синтеза полноразмерного белка. Данная мутация не описана в контрольных выборках «1000 геномов», ESP6500 и ExAC, поэтому ее следует расценивать как вероятно патогенную.

Выводы. Симптомы (диффузная мышечная гипотония, задержка психомоторного развития), анамнез (манифестация с рождения), биохимические показатели (повышение КФК и миоглобина) не дали возможности однозначно поставить окончательный диагноз. Только подтверждение мутации гена LAMA2 путем полного секвенирования экзона позволило поставить диагноз: мерозин-негативная врожденная мышечная дистрофия.

ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА *CYP3A5* (6986A>G, rs776746)
НА ПОКАЗАТЕЛИ УРОВНЯ РАВНОВЕСНОЙ КОНЦЕНТРАЦИИ
ГАЛОПЕРИДОЛА У ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Черников А.В., ординатор кафедры наркологии

Руководители: Застрожин М.С., ассистент кафедры наркологии;

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

ФГБОУ ДПО РМАНПО, г. Москва

Цель исследования: оценить взаимосвязь полиморфизма гена *CYP3A5* с уровнем равновесной концентрации галоперидола у пациентов, страдающих алкогольной зависимостью, в период актуализации патологического влечения.

Материалы и методы. В исследовании приняло участие 66 пациентов мужского пола с синдромом алкогольной зависимости. Профиль эффективности оценивали с помощью валидизированных психометрических шкал, безопасности – с помощью шкалы побочных эффектов UKU. Генотипирование *CYP3A5**3 производили методом полимеразно-цепной реакции в режиме реального времени с аллель-специфической гибридизацией.

Результаты исследования. U-тест Манна-Уитни показал отсутствие статистически значимой разницы равновесной концентрации и показателя концентрации/дозы у пациентов, страдающих алкогольной зависимостью, получавших галоперидол в форме раствора для инъекций, с разными генотипами по полиморфному маркеру *CYP3A5* (6986A>G, rs776746) 0,33 [0,18; 0,48] vs 0,33 [0,17;0,65] ($p=0,74650$).

Выводы. По результатам исследования было установлено, что полиморфизм *CYP3A5**3 не оказывает значимого влияния на уровень равновесной концентрации галоперидола, а частота его выявления в популяции больных, находящихся на лечении в Московском НПЦ

наркологии, крайне мала, что может означать отсутствие достаточной значимости в его изучении при назначении галоперидола данным больным.

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОВЕДЕНИЯ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ СЪЕМНЫМИ ПЛАСТИНОЧНЫМИ ПРОТЕЗАМИ

Чесноков В.А., аспирант кафедры ортопедической стоматологии

Руководитель: Стафеев А.А д.м.н., доцент, зав. кафедрой ортопедической
стоматологии ОмГМУ

ФГБОУ ВО Омский государственный медицинский университет

Министерства здравоохранения РФ, г. Омск

Актуальность. Исследования последних лет диктуют необходимость изучения процесса взаимодействия протезных материалов с микробиотой рта, формирования очагов хронической инфекции в ротовой полости. Увеличение концентрации агрессивных видов микробиоты может способствовать развитию осложнений воспалительного характера после протезирования. *Candida albicans* (*C. albicans*) обладают мощным потенциалом патогенности, что обуславливает их способность вызывать воспалительный процесс слизистой оболочки рта.

Цель исследования. Анализ выявления микробиоты слизистой оболочки рта и поверхности зубных протезов при ортопедической реабилитации съемными акриловыми пластиночными протезами.

Материалы и методы. Обследовано 28 лиц в возрасте 45-65 лет (мужчин и женщин поровну), проживающих в г. Омске, с диагнозом частичной и полной адентии, без выраженной соматической патологии, которым изготовлены съемные акриловые протезы. Проводилась оценка микробиоценоза рта до протезирования и после наложения акриловых протезов в течение 1 мес. Для микробиологического исследования проводили

забор биоматериала при помощи стерильного тупфера с поверхности съемных пластиночных зубных протезов, а также с поверхности слизистой оболочки рта. Перед забором биоматериала пациенты не применяли обработку рта антисептическими препаратами. После забора биоматериала тупфер помещали в транспортную среду. В бактериологической лаборатории готовили серию двукратных разведений исходного материала 10^{-3} - 10^{-12} для посева микроорганизмов на соответствующие питательные среды. Видовую идентификацию выделенных чистых культур осуществляли на основании изучения морфологических, тинкториальных, культуральных, биохимических, антигенных свойств в соответствии с определителем Берджи. Количественное содержание микробиоты выражали через десятичный логарифм величины выросших колоний (lg КОЕ/мл). Биометрический анализ проводили с использованием пакетов STATISTICA-6, БИОСТАТИСТИКА, возможностей программы Microsoft Excel.

Результаты и обсуждение. Со слизистой оболочки рта пациентов до протезирования высевались *C. albicans* в концентрации $0,33 \pm 0,23$ КОЕ/мл, после протезирования — в концентрации $1,92 \pm 0,53$ КОЕ/мл, $T=2,50$, $Z=2,37$, $p=0,018$. Наиболее высокое содержание *C. albicans* отмечено в биоматериале с поверхности протезов. Из биоматериала слизистой оболочки рта пациентов после протезирования выделены *S. aureus* ($1,92 \pm 0,70$), *S. saprophyticus* ($2,25 \pm 0,73$ КОЕ/мл), *S. oralis* ($1,42 \pm 0,58$ КОЕ/мл), *E. faecalis* ($2,08 \pm 0,64$ КОЕ/мл). Наиболее часто с поверхности протезов пациентов высевались грамположительные бактерии *S. aureus* (содержание $2,75 \pm 0,77$ $M \pm m$ lg КОЕ/мл), *Micrococcus spp.* в концентрации $0,67 \pm 0,31$ $M \pm m$ lg КОЕ/мл, *S. haemolyticus* в концентрации $0,50 \pm 0,28$ $M \pm m$ lg КОЕ/мл и грамотрицательные бактерии *K. pneumoniae* при содержании $2,8 \pm 1,2$ КОЕ/мл, *P.aeruginosa* в 20,0% случаев при содержании $1,20 \pm 0,80$ КОЕ/мл.

Выводы. В биоматериале с поверхности протезов пациентов наиболее часто высевали представителей грамположительной микробиоты *S. aureus*, *Micrococcus spp.*, *S. haemolyticus*, грамотрицательной микробиоты —

Klebsiella pneumoniae, *Pseudomonas aeruginosa*. Проведенные исследования свидетельствуют о выраженной колонизации протезов ассоциантами микробиоты, что может оказывать неблагоприятное воздействие на состояние рта при осуществлении ортопедической реабилитации съемными акриловыми пластиночными протезами.

ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ДЕМЕНЦИИ С ТЕЛЬЦАМИ ЛЕВИ

Чимагомедова А.Ш., аспирант кафедры неврологии,

Султанова С.Г., ординатор кафедры неврологии

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

ФГБОУ ДПО РМАНПО, г. Москва

Цель исследования. При МРТ у пациентов с деменцией с тельцами Леви (ДТЛ) часто обнаруживаются сосудистые изменения в белом веществе головного мозга. Роль сопутствующего цереброваскулярного заболевания (ЦВЗ) в течении и особенностях клинических проявлений ДТЛ остается не до конца изученной. Целью нашего исследования является изучение влияния сосудистых изменений на нейропсихологические проявления при ДТЛ.

Материалы и методы. Мы исследовали 29 пациентов с вероятным диагнозом ДТЛ согласно международным критериям McKeith и соавт. 2005 г. Пациентам было проведено клиничко-неврологическое, нейропсихологическое, нейропсихиатрическое исследование с количественной оценкой изменений (Монреальская когнитивная шкала (MoCA), Адденбрукская когнитивная шкала (ACE-R), шкала нейропсихиатрического исследования (NPI-4), краткий опросник зрительных галлюцинаций (UM-PDHQ), Корнельская шкала депрессии). МРТ проводилась в режимах T1, T2, T2*GRE, DWI, FLAIR, с оценкой сосудистых изменений (лейкоареоз, лакунарные инфаркты, церебральные

микрокровоизлияния, расширение периваскулярных пространств Вирхова-Робина).

Результаты. 2 группы пациентов были сопоставимы по возрасту и полу. Цереброваскулярные изменения обнаружены у 44,8% пациентов с ДТЛ. Достоверно значимых различий при нейропсихологическом обследовании не выявлено, однако пациенты с сопутствующим ЦВЗ характеризовались более выраженными психотическими, аффективными нарушениями.

Выводы. Мы обнаружили связь сосудистых изменений у пациентов с ДТЛ с более выраженными нейропсихиатрическими нарушениями. Необходимы дальнейшие проспективные исследования факторов, влияющих на гетерогенность клинических и нейровизуализационных проявлений ДТЛ, для повышения качества диагностики заболевания и своевременного назначения адекватной терапии с учетом возможных осложнений.

РЕГИОНАЛЬНЫЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПО ВИРУСУ ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА В РЕСПУБЛИКЕ КРЫМ

Чопикян А.А., студент, Кирилюк Т.И., студентка, кафедра акушерства и
гинекологии №2

Руководитель: Пругло А.К., к.м.н., доц.

ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского», Медицинская академия им.
С.И. Георгиевского, г. Симферополь

Вирус папилломы человека (ВПЧ) – семейство вирусов, вызывающих изменения в клетках кожи и слизистых оболочек, некоторые типы которого передаются преимущественно половым путем и обладают онкогенными свойствами.

Цель исследования. Изучение эпидемиологической обстановки по ВПЧ среди студенток, обучающихся в вузах Республики Крым (РК).

Материал и методы. Данные получены путем анкетирования студенток по специально разработанному авторскому опроснику, состоящему из 15 вопросов (в том числе онлайн-анкетирование) и проанализированы в пакете программ Statistika 6.0 и Microsoft Office 2013 Excel.

Результаты. В анкетировании приняли участие 254 студентки в возрасте от 18 до 24 лет, ведущие активную половую жизнь. 62,7% признались, что их первый сексуальный опыт приходился на промежуток от 16 до 18 лет, 24,4% начали половую жизнь в возрасте от 19 лет до 21 года, а оставшиеся 12,9% – в возрасте от 22 лет. При этом 87,2% ежегодно бывают на профилактических осмотрах у гинеколога. 25,7% девушек инфицированы ВПЧ, у 14,2% обнаружены типы ВПЧ высокого онкогенного риска (16,18 типы). 71,4% инфицированных девушек начали половую жизнь в возрасте 16-18 лет, 17,9% – в возрасте от 19 до 21 года, а 10,7% – старше 21 года. Таким образом, среди тех, кто начал половую жизнь в 16-18 лет, доля инфицированных – 31,2%, среди лиц, имевших первый сексуальный опыт от 19 лет до 21 года – 21,5%, меньше всего в группе, начавшей половую жизнь после 21 года – 16,7%.

Выводы. Эпидемиологическая обстановка по ВПЧ среди студенток вузов РК характеризуется установленной в ходе исследования высокой распространенностью ВПЧ, статистически значимой ($p < 0,05$) зависимостью между частотой инфицирования девушками от срока начала половой жизни. Так, у студенток, вступивших в половую жизнь в возрасте 16-18 лет, почти в 1,5 и в 2 раза чаще обнаруживался ВПЧ, чем у тех, кто испытал первый сексуальный опыт в возрасте от 19 лет до 21 года и в группе от 22 лет соответственно.

ОЦЕНКА РИСКА ФОТОКАНЦЕРОГЕНЕЗА У НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КРЫМ

Чопикян А.А., Кирилук Т.И., студенты 5-го курса, кафедра
дерматовенерологии и косметологии

Руководитель: Прохоров Д.В., к.м.н., доц.

ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского», Медицинская академия им. С.И.
Георгиевского, г. Симферополь

Среди всех факторов риска, способствующих развитию злокачественных новообразований кожи, особое значение имеет фотоканцерогенез, который представляет большую опасность на территории полуострова Крым, где ведущей локализацией в структуре онкологической заболеваемости является кожа – 17,9%.

Цель исследования. Оценка риска фотоканцерогенеза среди населения Республики Крым для формирования комплекса профилактических мероприятий с учетом климатических особенностей региона.

Материал и методы. Исследование проводилось путем анкетирования жителей Крыма по специально разработанной анкете, состоящей из 20 вопросов. Фототипы кожи определены по Фитцпатрику.

Результаты. В анкетировании приняли участие 246 человек, постоянно проживающих в Республике Крым. Среди них 54,7% женщин и 45,3% мужчин. Доля лиц с 1 и 2 фототипом кожи по Фитцпатрику составила 9,13%. Солнечные ванны более 30 минут в день принимают 34,7%, жителей Крыма. 31,3% женщин и 22,7% мужчин отметили у себя склонность к солнечным ожогам. 43,2% опрошенных загорают в пик солнечной активности. Наличие невусов с диаметром более 5 мм отметили у себя 8,3% респондентов, у 23,1% среди них невусы подвержены травматизации. 18,4% участников анкетирования замечали появление на своей коже изъязвлений, бородавчатых и узелковых образований. О средствах SPF-защиты знают

58,1% мужчин и 75,4% женщин, а пользуются ими только 31,6% мужчин и 69,1% женщин. 8,2% пользуются средствами защиты SPF менее 10, а 91,8% – от 10 до 40.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о том, что риск фотоканцерогенеза представляет значительную угрозу для жителей Крыма, поэтому большую актуальность приобретает разработка профилактических мер, направленных на информирование крымчан о правилах загара, о средствах SPF-защиты, а также повышение онкологической настороженности среди населения и медицинских работников полуострова.

НОЗОКОМИАЛЬНАЯ ПНЕВМОНИЯ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА: РЕЗУЛЬТАТЫ РЕТРОСПЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Чукина М. А., очный аспирант кафедры клинической фармакологии и
фармакотерапии ИПО

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

Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

Цель исследования: оценить частоту, факторы риска развития неблагоприятного исхода, сроки развития нозокомиальной пневмонии, распространенность резистентных возбудителей и эффективность применения ингаляционной антимикробной терапии.

Материалы и методы. Проведен выборочный ретроспективный анализ 700 историй болезней хирургических и терапевтических отделений многопрофильного стационара за 2014-2015 гг. Диагноз нозокомиальной пневмонии (НП) устанавливался согласно критериям Американского торакального общества 2009 г. и Клинической шкале оценки инфекции легких (CPIS). Проведена стратификация госпитализированных пациентов по риску наличия резистентных возбудителей согласно Национальным

рекомендациям (Нозокомиальная пневмония у взрослых, 2009 г.; Стратегия и тактика применения антимикробных средств в лечебных учреждениях России, 2012г): I тип – отсутствие предыдущей госпитализации за 6 месяцев, приема антибиотиков за последние 90 дней, пациенты без сопутствующей патологии; II тип – предыдущая госпитализация, прием антибиотиков в течение 90 дней, сопутствующая патология; III тип – длительная госпитализация, предшествующая антибактериальная терапия, тяжелое течение основного заболевания; IV тип – пациенты III типа с лихорадкой, отсутствием эффекта от адекватной антибактериальной терапии, распространенная колонизация *Candida spp*, наличие факторов риска развития инвазивного кандидоза. Анализировались факторы риска неблагоприятного исхода, результаты микробиологических посевов.

Результаты. В многопрофильном стационаре частота развития НП в анализируемой выборке составила 17,1% (n=122; женщин – 46,7%, мужчин – 53,3%, средний возраст 63,4 года $\pm 13,4$ sd.). В исследуемой популяции зарегистрировано 40 летальных исходов (33,3%). Распределение пациентов в зависимости от профиля отделения: в онкологическом – 28,9%, кардиохирургическом – 26,4%, гнойной хирургии и терапевтических отделениях по 13,2%. Необходимость проведения ИВЛ пациентам с НП была в 60 % случаях. Из них 35% получали ингаляционную терапию.

На неблагоприятный исход достоверно влияли следующие факторы: наличие онкологических заболеваний (53%; $p=0,003$), трахеостомия (60%; $p=6,9e-11$), длительность проведения искусственной вентиляции ($p=4,9e-08$). Достоверно не влияли на прогноз ИМТ ($27,0 \pm 4,7$ vs $26,8 \pm 5,7$; $p=0,88$), время от момента госпитализации до развития НП: в среднем составило 12 дней ($p=0,9$). По риску наличия резистентных возбудителей пациенты были стратифицированы. К I типу было отнесено – 5,2%, II тип – 83,9% пациентов, III тип – 6,1%, что соответствует высокому риску выявления продуцентов β -лактамаз расширенного спектра. Не выявлено достоверной взаимосвязи между применением антимикробной профилактики у хирургических

больных и риском развития резистентной флоры (Тест Фишера $p\text{-value}=0,34$). Согласно проведенным микробиологическим результатам посевов у пациентов преобладала грамотрицательная флора: *Ac.baumannii* KPC (14,5%), *Kl.pneumoniae* ESBL (21,7%), *Kl. pneumoniae* KPC (9,5%), *Ps. aeruginosa* MBL (10,5%). Самая высокая частота выявления резистентных возбудителей наблюдалась среди *Kl.pneumoniae* ESBL и *Ac.baumannii* KPC. В группе пациентов, получающих ингаляционную антибактериальную терапию, выживаемость была ниже по сравнению с группой, которой ингаляционная терапия не проводилась (48% и 72% соответственно, $p=0,03$), что отражает более тяжелое течение заболевания у пациентов, которым показан ингаляционный способ введения антимикробных препаратов.

Выводы. Наибольшая частота развития НП имеет место в отделении онкологического и кардиохирургического профиля, факторами риска неблагоприятного исхода являются онкохирургические заболевания, потребность в трахеостомии и длительность ИВЛ. Наиболее высокая частота резистентных возбудителей наблюдалась среди *Ps. aeruginosa* и *Ac.baumannii*.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА САМОЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ

Шакмаева М. А., Хромцова Ю. А., студенты 5 курса педиатрического факультета, кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Руководитель: Моисеева К.Е., к.м.н., доц.

ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, г. Санкт-Петербург

Актуальность исследования. Самолечение трактуется как обдуманное применение лекарственных средств, отпускаемых без рецепта врача, с целью профилактики или лечения нарушений здоровья, распознаваемых самим потребителем, и занимает у современного человека одну из важнейших позиций при заботе о собственном здоровье.

Цель исследования: изучить медико-социальную характеристику применения самолечения инфекционных заболеваний у детей родителями.

Материалы и методы. Случайная выборка, выкопировка данных из первичной медицинской документации, анкетирование.

Результаты. В исследовании приняли участие родители 35 детей от 0 до 18 лет, проходящих лечение на инфекционном отделении №7 (7 ИБО) ДГКБ №5, практикующих самолечение – основная группа, и родители 35 детей от 0 до 18 лет, проходящих лечение на 7 ИБО ДГКБ №5, не практикующих самолечение – контрольная группа. Дети родителей основной группы были госпитализированы в большинстве случаев на 3 день заболевания и позже – 60% (в контрольной группе – 29%). Самыми частыми заболеваниями, к которым применяется самолечение, являются ОРВИ, ларингиты, синуситы – 86% от основной группы. Дети родителей основной группы болеют ОРВИ 5-10 раз в год в 65% случаев (в контрольной группе – 3%). Самые распространенные причины самолечения инфекционных заболеваний у детей – низкая степень тяжести заболевания – 50%, отсутствие времени на обращение к врачу – 19%. Среди источников информации по самолечению родители чаще всего используют раннее данные указания врача – 20%, жизненный опыт – 19%, интернет – 18%.

Выводы. При оценке медико-социальной характеристики семей, в которых родители практикуют и не практикуют самолечение инфекций у детей, принципиальных отличий выявлено не было. Как правило, родители самостоятельно лечат у детей патологию ЛОР-органов. Основная причина самолечения – невысокая степень тяжести заболевания. Наиболее распространенными источниками информации по самолечению являются раннее данные назначения врача, интернет, жизненный опыт.

БАКТЕРИЦИДНОЕ ДЕЙСТВИЕ ПРОИЗВОДНОГО 2(5H)-ФУРАНОНА В ОТНОШЕНИИ КЛЕТОК *STAPHYLOCOCCUS AUREUS*

Шарафутдинов И.С., аспирант кафедры генетики,

Павлова А.С., студент кафедры генетики

Руководитель: Каюмов А.Р., к.б.н., доц.

ФГАОУВО «К(П)ФУ», г. Казань

Staphylococcus aureus – широко распространённый инфекционный агент, вызывающий госпитальные инфекции от легких инфекций кожи до опасных для жизни болезней, таких как пневмония или сепсис. Развиваясь на тканях и других поверхностях, золотистый стафилококк способен формировать твердые биопленки, где клетки скрыты от обычных антибиотиков и иммунной системы хозяина. Особое опасение и тревогу вызывает распространение резистентных штаммов микроорганизмов, невосприимчивых к действию внешних факторов. Ввиду этого постоянно ведется поиск новых антибактериальных препаратов. Одним из перспективных соединений для решения этих задач может являться использование веществ из класса фуранонов.

В работе показана антимикробная активность синтетического производного 2(5H)-фуранона (Ф105), несущего сульфонильную и 1-ментильную группы, в отношении клеток *Staphylococcus aureus* ATCC29213. Методом микротитрования в 96-луночных планшетах, согласно рекомендациям EUCAST, определены значения минимальной подавляющей концентрации (МПК) и минимальной бактерицидной концентрации (МБК), которые составили 10 и 40 мкг/мл, соответственно, что характеризует бактерицидные свойства соединения. Методом шахматной доски был проведен анализ на взаимодействие Ф105 с различными антибиотиками. Вещество показало синергистический эффект с антибиотиками аминогликозидного ряда, со значениями FICI для гентамицина и канамицина

равными 0.33 ± 0.16 и 0.44 ± 0.17 , соответственно. При концентрациях 0.7 мкг/мл и 1.3 мкг/мл, F105 уменьшал МПК гентамицина и канамицина дважды, соответственно. При помощи лазерной конфокальной микроскопии, а также при помощи высевания клеток на агаризованные чашки и последующего подсчета КОЕ показано, что F105 проявляет антимикробную активность против клеток золотистого стафилококка, находящихся в составе зрелой 24-часовой биопленки. При концентрации 80 мкг/мл (2-кратный МБК) фуранон уменьшал количество КОЕ в биопленке золотистого стафилококка на 3 порядка. Таким образом, исследуемое соединение F105 представляет собой значительный интерес для развития новой стратегии в терапии золотистого стафилококка, в том числе находящегося в составе биопленки.

СОСТОЯНИЕ УРОВНЯ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО ОБМЕНА ПЕЧЕНИ И ОБЪЕМА СОСУДИСТОГО КОМПОНЕНТА ЧЕРЕЗ 3 ЧАСА ПОСЛЕ РАЗВИТИЯ ОСТРОЙ СТРАНГУЛЯЦИОННОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Шарифова Х.М., аспирант кафедры анатомии человека

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

ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, г. Москва

Для острой странгуляционной тонкокишечной непроходимости (ОТКН) характерно сочетание нарушения пассажа по кишке и острое нарушение брыжеечного кровообращения в связи со сдавлением сосудов и нервов ее брыжейки. Клинические проявления при острой странгуляционной тонкокишечной непроходимости проявляются быстро, боли настолько интенсивны, что нередко приводят к шоку. Согласно современным представлениям о системе микроциркуляции, гемодинамика на микроуровне закономерно подчиняется метаболическим потребностям тканей, зависит от гомеостаза и воздействует на него. При этом, ткани значительно легче пере-

носят нарушения кровообращения, связанные с недостаточным притоком артериальной крови, чем обусловленные застоем крови в венах.

Печень является первым органом-мишенью, на который приходится основной удар токсинемии в виде массивного попадания в системный кровоток по воротной вене биологически активных веществ и токсических продуктов распада тканей патологически измененного участка тонкой кишки. Вне зависимости от того, первичными или вторичными являются метаболические расстройства, приводящие в конечном итоге к функциональной недостаточности органа, они тесно связаны с нарушениями микроциркуляции.

Цель исследования. Изучение изменений объема сосудистого компонента и уровня энергетического обмена в печени на ранних сроках развития острой странгуляционной тонкокишечной непроходимости. Изучить эти изменения в печени при острой странгуляционной тонкокишечной непроходимости на клиническом материале, выполняя биопсию, не представляется возможным, поэтому основой нашей работы стало экспериментальное моделирование острой странгуляционной тонкокишечной непроходимости.

Материалы и методы. Исследование выполнено на 33 взрослых беспородных собаках обоего пола с массой тела 17-20 кг. Экспериментальная часть проведена в соответствии с руководящими документами, такими как «Руководство по уходу и использованию лабораторных животных Национального института здравоохранения (National Institute of Health — НИИ, Бетесда, США)» и «Правила проведения работ с экспериментальными животными», одобрена комитетом по этике при федеральном государственном казенном учреждении «Главный военный клинический госпиталь имени академика Н.Н. Бурденко» Министерства обороны Российской Федерации.

Методы исследования морфологии печени в условиях нормы и после моделирования тонкокишечной непроходимости применялись одни и те же.

Применяли окраску гематоксилином и эозином, ШИК-реакция. Последнюю группу методов составил статистический анализ полученных данных.

Результаты. Через 3 часа после моделирования острой странгуляционной тонкокишечной непроходимости нами выявлена вазодилатация веноулярного звена гемомикроциркуляторного русла — увеличение объема центральных вен долек печени в 2,7 раза (на 268%), сопровождающаяся уменьшением уровня гликогена в гепатоцитах как в центральных, так и в периферических отделах долек. В центральных отделах печеночных долек отмечается статистически достоверное уменьшение уровня гликогена в 0,33 раза (33,6%) по сравнению с нормой. В периферических отделах долек также наблюдается статистически достоверное уменьшение уровня гликогена в 0,24 раза (24%) по сравнению с нормой. Таким образом, отмечается обратная зависимость между степенью изменений центральных вен долек и уровнем гликогена в печеночной ткани уже на ранних сроках развития острой странгуляционной тонкокишечной непроходимости — через 3 часа после моделирования заболевания.

Выводы. Выявленные нами изменения веноулярного отдела ГМЦР долек печени и энергетического обмена в гепатоцитах уже через 3 часа от начала развития острой странгуляционной тонкокишечной непроходимости характеризуют выраженное снижение репаративных возможностей ткани печени, а энергетический дефицит приводит к снижению детоксицирующей, метаболической, выделительной, белоксинтетической и других функций печени. Дисфункция печени, в свою очередь, является основой системной интоксикации, способствует поражению других органов и систем организма, нарушению белкового, липидного, ферментного, минерального, водного обмена, дискоординации защитных и компенсаторных реакций на уровне организма. Таким образом, это необходимо учитывать как при лечении основного заболевания, так и для профилактики его осложнений, таких как острая печеночная недостаточность и синдром полиорганной недостаточности.

ВЛИЯНИЕ КОЭНЗИМА Q-10 И РАННЕЙ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ РЕГИОНАРНОЙ СОКРАТИМОСТИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Шарова И.О., студент 4 курса очной формы обучения,
Бобынцев Я.И., студент 4 курса очной формы обучения,
Коршикова О.В., студент 4 курса очной формы обучения,
Веденьева В.В., врач

Руководитель: Шарова В.Г., к.м.н., доц.

ФГБОУ ВО КГМУ, г. Курск

Актуальность. Применение ранней физической реабилитации у больных ОИМ на фоне использования миокардиальных цитопротекторов, способных потенцировать положительный эффект ФТ.

Цель исследования: оценить влияние ранних велоэргометрических тренировок на фоне приема Коэнзима Q-10 на динамику индекса нарушения регионарной сократимости (ИНРС) левого желудочка у больных ОИМ при стационарной реабилитации.

Методы и материалы исследования. В исследование включены 34 больных мужского пола в возрасте от 41 до 60 лет, перенесших первичный острый крупноочаговый либо трансмуральный ОИМ не выше III класса клинической тяжести. Больным на 10, 28-30 день и через 2, 4 и 6 мес. от развития ОИМ проводилась доплерэхокардиография с определением регионарной сократимости с использованием специальных индексов, где нормокинез соответствовал 1 баллу, гипокинез – 2 баллам, акинез – 3 баллам, дискинез – 4 баллам с учетом деления левого желудочка (ЛЖ) на 16 сегментов. Рассчитывался ИНРС ЛЖ (сумма индексов нарушений регионарной сократимости, деленная на 16). Пациенты были распределены на 2 рандомизированные группы. I группа больных (18 человек) проходила курс традиционной реабилитации, II группа (16 человек) привлекалась к тренировкам на велотренажере по методике РВТ, и больные принимали

Коэнзим Q-10 – 30 мг/сут. в течение 8 недель. Этим пациентам проводилась ранняя велоэргометрическая нагрузочная проба на 14-16 день от начала ОИМ, при этом ее результаты служили ориентиром для определения интенсивности тренировок.

Результаты исследования. При сравнении исходных эхокардиографических показателей достоверных различий в двух исследуемых группах не отмечалось. Исходное значение ИНРС в I группе составило $1,21 \pm 0,02$, во II группе – $1,18 \pm 0,01$, что соответствовало нарушениям регионарной сократимости ЛЖ легкой степени. Динамика ИНРС у пациентов I группы характеризовалось следующим образом: к 4 мес. наблюдения отмечалось увеличение ИНРС на 13,9%, а к 6 мес. – на 15,4%, ($p < 0,05$). Увеличение ИНРС к 6 мес. до значения $1,69 \pm 0,06$ свидетельствовало о переходе степени нарушения регионарной сократимости из легкой в среднюю. У больных II группы ИНРС к моменту выписки уменьшился на 14,2%, ко второму мес. – на 19,1% от исходного уровня ($p < 0,001$), приблизившись к нормальному значению. Проводя сравнительную оценку параметров сократительной функции левого желудочка, нужно отметить, что в отношении ИНРС достоверность между группами проявлялась со 2 мес. терапии и составила в первой группе $1,24 \pm 0,02$, во второй – $1,17 \pm 0,01$.

Выводы. Таким образом, наиболее благоприятное воздействие на регионарную сократимость левого желудочка у больных ОИМ оказывает вариант реабилитации с использованием РВТ. Эти отличия выявляются уже к концу первого месяца наблюдения и усиливаются при контроле через 2, 4 и 6 мес. от начала ОИМ. Прием Коэнзима Q-10 способствует потенцированию благоприятного эффекта ФТ.

ОПЫТ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА "ОЗУРДЕКС" В ТЕРАПИИ ПОСТТРОМБОТИЧЕСКОГО МАКУЛЯРНОГО ОТЕКА

Шахбазян Н.П., студент, кафедра офтальмологии

Руководитель: Туманова О.В., к.м.н.

ФДПО РНИМУ им.Н.И.Пирогова, г.Москва

Введение. Озурдекс - это имплантат, для интравитреального введения, действующим веществом которого является дексаметазон 700 мкг. С 2012 г. в Российской Федерации зарегистрирован, как препарат выбора для лечения посттромботического макулярного отека.

Цель исследования: показать опыт применения интравитреальной инъекции (ИВИ) Озурдекса , на клинических примерах, у пациентов с посттромботическим макулярным отеком, в исходе окклюзии центральной вены сетчатки(ЦВС) или ветвей ЦВС.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ применения Озурдекса у 4 пациентов (4 глаза) с посттромботическим макулярным отеком, различной давности, в исходе окклюзии ЦВС/ветвей ЦВС. Комплекс исследований до/после ИВИ Озурдекса: острота зрения, толщина сетчатки на оптической когерентной томографии(ОКТ), пневмотонометрия.

Результаты. Пациент А., 68 лет. Диагноз полный тромбоз ЦВС. Проведена одна ИВИ Озурдекса. До ИВИ vis OD = 0,06; ОКТ = 708 мкм, внутри глазное давление (ВГД) = 14 мм.рт.ст, через 4 недели vis OD = 0,1; ОКТ = 373 мкм, ВГД = 15 мм.рт.ст., через 4 недели ОКТ = 264 мкм.

Пациент Х., 45 лет. Диагноз не леченный тромбоз ЦВС. Проведена 2-х кратная ИВИ Озурдекса .1) октябрь 2015 vis OD = 0,3-0,4; ОКТ = 477 мкм, ВГД = 14мм.рт.ст, через 4 нед. vis OD = 0,5; ОКТ = 373 мкм, ВГД = 23-24 мм.рт.ст., отмечается тенденция к повышению ВГД, назначены инстиллянии гипотензивных препаратов. 2) май 2016 vis OD = 0,2; ОКТ = 599 мкм, ВГД = 14 мм.рт.ст, через 4 дня vis OD = 0,2; ОКТ = 374 мкм. Был рецидив

макулярного отека, назначено проведение дополнительного лечения - лазерная коагуляция сетчатки (ЛКС) в зонах отсутствия капиллярной перфузии в январе и мае без положительной динамики.

Пациент Ч., 84 года. Диагноз тромбоз нижневисочной ветви ЦВС, в анамнезе глаукома и факоэмульсификация катаракты (декабрь 2014) имплантация ИОЛ vis OS = 0,8 - 0,7. Февраль 2015 снижение зрения vis OS = 0,4 - лечение тромбоза в стационаре. Февраль ИВИ анти-VEGF vis OS = 0,4; ВГД= 14мм.рт.ст., ОКТ=503 мкм; март ИВИ анти-VEGF vis OS = 0,6; ОКТ = 231 мкм, ВГД= 15 мм.рт.ст. Май ЛКС без выраженного эффекта vis OS = 0,1- 0,2, ОКТ = 673, ВГД= 17 мм.рт.ст. В октябре ИВИ анти-VEGF, ОКТ =679 мкм. Пациентка 10 мес. получала только ИВИ анти-VEGF, что было малоэффективно, т.к. данная патология имеет преимущественно воспалительный генез, а препараты анти-VEGF направлены на борьбу с ангиогенезом. ИВИ Озурдекса: 1) декабрь 2015 vis OS = 0,03 - 0,04; ОКТ = 818 мкм, через 4 нед. vis OS = 0,04, ОКТ = 516 мкм, ВГД норма, 2) ИВИ июнь 2016 vis OS = 0,1- 0,2; ОКТ = 682 мкм, ВГД= 15мм.рт.ст., через 6 нед. vis OS = 0,4 - 0,5; ОКТ = 231 мкм, ВГД норма.

Пациент К., 62 года. Диагноз тромбоз верхневисочной ветви ЦВС. Многократно проводились ИВИ анти-VEGF(7 ИВИ), ЛКС - лечение рецидива макулярного отека, без выраженного эффекта. ИВИ Озурдекса : 1) май 2015 vis OD 0,1sph+4,5 = 0,6; ОКТ = 595 мкм, через 2 нед. ОКТ = 368 мкм, vis OD 0,1sph+4,0 = 0,8, ВГД норма. 2) февраль 2016 vis OD 0,1sph+5,0 = 0,3; ОКТ = 603 мкм, через 2 нед. ОКТ= 302 мкм, через 3 мес. факоэмульсификация катаракты, осложнение ИВИ, имплантация ИОЛ vis OD = 0,7; ОКТ = 457 мкм. 3) июнь 2016 vis OD = 0,6; ОКТ =347мкм, ВГД норма, сентябрь ОКТ=547мкм.

Вывод. Озурдекс действительно снижает уровень макулярного отека, и увеличивает остроту зрения. Однако во многих случаях необходима комплексная терапия ЛКС и анти-VEGF. Озурдекс неблагоприятно действует на уровень ВГД и на развитие катаракты. Таким образом, о абсолютной

безопасности и эффективности препарата говорить сложно, следует продолжить дальнейшее исследование препарата на практике.

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНОВ *CYP2C9*2* И
*CYP2C9*3* НА ДИНАМИКУ ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ
ТЕРАПИИ СИНДРОМА ОТМЕНЫ АЛКОГОЛЯ
БЕНЗОДИАЗЕПИНОВЫМИ ТРАНКВИЛИЗАТОРАМИ

Шахиджанова В.С., очная форма обучения, студентка ЦИОП «Медицина

Будущего», ФГБОУ ВО Первый МГМУ им.И.М. Сеченова

Иващенко Д.В, м.н.с. НИЦ ФГБОУ ДПО РНМАПО, врач-психиатр ГБУЗ

МНПЦ Наркологии ДЗМ, г. Москва

Руководитель: Сычев Д.А., проректор по развитию и инновациям,

зав.кафедрой клинической фармакологии и терапии,

член-корр. РАН, д.м.н., проф.

ФГБОУ ДПО РМАНПО, г. Москва

Введение. Необходимость фармакогенетических исследований терапии больных с синдромом отмены алкоголя (СОА) обусловлена фактическим дефицитом данных в этой области. Основной бензодиазепиновый транквилизатор, применяемый при СОА – бромдигидрохлорфенилбензодиазепин (феназепам) – ни разу не изучался с позиций фармакогенетики при данной патологии. Недавно проведенные исследования указывают, что полиморфные аллели *CYP2C9* также ассоциированы с безопасностью и эффективностью бензодиазепинов.

Цель исследования: Оценить влияние полиморфизмов *CYP2C9*2* и *CYP2C9*3* на степень редукции тревожно-депрессивной симптоматики у пациентов с СОА, принимающих феназепам.

Материалы и методы. В исследование включено 102 пациента, госпитализированных с диагнозом неосложненного СОА (возраст от 27 до 55

лет). Динамическая оценка состояния пациентов осуществлялась при помощи шкалы CIWA-Ar (тяжесть COA), визуально-аналоговой шкалы тяжести (ВАШТ) COA на 1 и на 6 сутки лечения. Во время лечения все пациенты принимали бромдигидрохлорфенилбензодиазепин (феназепам). От каждого пациента было получено 5 мл крови, в дальнейшем при помощи полимеразной цепной реакции в реальном времени проводилось генотипирование полиморфизмов *CYP2C9*2* и *CYP2C9*3*. Статистическая обработка данных проводилась в программе SPSS Statistics 21.0 при помощи t-критерия для повторных измерений и однофакторного дисперсионного анализа ANOVA.

Результаты. Было выявлено, что полиморфный вариант *CYP2C9*2* (генотип СТ+ТТ) встречался у 21 пациента (генотипы СТ+ТТ). У гомозигот СС ("дикий тип") степень тяжести COA по шкале CIWA до лечения в среднем составила $12,75 \pm 0,7$, а после лечения $2,73 \pm 0,4$ ($p < 0,0001$). В группе носителей полиморфной аллели СТ+ТТ – соответственно $12,04 \pm 0,94$ балла и $0,7 \pm 0,43$ балла ($p < 0,0001$). Средний балл визуально-аналоговой шкалы тяжести COA составил у гомозигот СС $5,6 \pm 0,28$ до лечения и $2,86 \pm 0,22$ после лечения ($p < 0,001$), у носителей генотипов СТ+ТТ – $5,24 \pm 0,4$ и $3,19 \pm 0,34$. У носителей полиморфного варианта *CYP2C9*3* (выявлен только генотип АС) ($n=19$), степень тяжести CIWA в среднем до лечения в первой группе составила $12,7 \pm 0,7$ балла, а после лечения $2,66 \pm 0,4$ балла ($p < 0,0001$). Во второй группе соответственно $12,21 \pm 1,0$ и $0,8 \pm 0,48$ ($p < 0,0001$). Средний балл визуально-аналоговой шкалы тяжести COA составил у носителей "дикого генотипа" АА $5,6 \pm 0,25$ балла до лечения и $2,9 \pm 0,2$ балла после лечения ($p < 0,0001$), у носителей генотипа АС – $5,1 \pm 0,4$ и $3,2 \pm 0,4$ балла ($p < 0,001$).

Заключение. Некоторые выявленные различия в редукции степени тяжести COA (по данным шкал CIWA-Ar и ВАШТ COA) между носителями полиморфных вариантов генов *CYP2C9*2* и *CYP2C9*3* на фоне терапии бензодиазепинами требуют дальнейших исследований.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СОЦИАЛЬНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ ГБУЗ ЛО «ВЫБОРГСКОЙ ДЕТСКОЙ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ» НА ПРИМЕРЕ ИНФЕКЦИОННОГО И СОМАТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЙ

Шевелева Е. М., студент, очная форма обучения, кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Руководитель: Моисеева К. Е., к.м.н., доцент

ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, г. Санкт-Петербург

Цель исследования: оценить социальную эффективность работы ГБУЗ ЛО «Выборгской детской городской больницы» на примере инфекционного и соматического отделений.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе ГБУЗ ЛО «Выборгская детская городская больница» методом случайной выборки путем анкетирования 60 пациентов в возрасте от 0 до 18 лет, проходящих лечение на инфекционном и соматическом отделениях.

Результаты. Установлено, что средняя оценка человеческих качеств врачей на соматическом отделении $4,53 \pm 0,104$, на инфекционном отделении - $4,57 \pm 0,104$; средняя оценка человеческих качеств среднего медицинского персонала на соматическом отделении $4,60 \pm 0,091$, на инфекционном отделении - $4,77 \pm 0,092$; средняя оценка деятельности соматического отделения в целом $4,63 \pm 0,089$, инфекционного отделения - $4,70 \pm 0,085$. При расчете критерия достоверности между полученными оценками было установлено, что статистически достоверной разницы между данными показателями нет (так как $t < 2$). Удовлетворенность пациентов работой врачей выше на соматическом отделении, в то время как, удовлетворенность пациентов работой среднего медицинского персонала выше на инфекционном отделении.

Выводы. В целом, подавляющее большинство пациентов довольно внимательностью и доброжелательностью врачей и среднего медицинского персонала. При оценке медико-социальной характеристики пациентов

соматического и инфекционного отделений принципиальных отличий выявлено не было. Из недостатков отмечают неотрегулированный температурный режим в помещениях, неудовлетворительное качество питания и отсутствие ремонта.

СНИЖЕНИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ ЦИНКА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У КУРЯЩИХ

Шевцова В.И., асс. кафедры поликлинической терапии и общей врачебной практики, Котова Ю.А., асс. кафедры поликлинической терапии и общей врачебной практики, Зуйкова А.К., студент 5 курса лечебного факультета

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

ФГБОУ ВО ВГМУ Минздрава России, г. Воронеж

Цель исследования. Определение концентрации общего цинка в сыворотке крови людей разного возраста с разным статусом курения.

Материалы и методы. Исследование выполнено на базе ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко, кафедры поликлинической терапии и общей врачебной практики.

В исследовании приняли участие 133 человека, из них 59 мужчин (средний возраст $41,5 \pm 1,48$ лет) и 74 женщины (средний возраст $47,8 \pm 1,45$ лет), от которых было получено информированное добровольное согласие и которым произведено измерение уровня общего цинка калориметрическим методом. Приверженность к табакокурению оценивалась по данным анамнеза жизни в медицинской карте. Группы были выделены с учетом возрастных периодов, принятых Международным симпозиумом по возрастной периодизации в Москве (1965 г.).

Статистическая обработка данных производилась с помощью программ Microsof tExcel - 2010 и Statistica 6.0 и использованием параметрических критериев. Отличия между группами считались достоверными при $p \leq 0,05$.

Результаты исследования. Для оценки влияния курения на содержание микроэлемента цинка в сыворотке крови, в каждой возрастной группе были выделены курящие. 53 человека, принявших участие в исследовании курили, что составило 39,8%. В группе 1 периода среднего возраста курили 19 человек – 45,2% от лиц этого возрастного периода, в группе 2 периода среднего возраста – 22 человека (31,4%), в группе пожилых 12 человек – (57,1%).

Выявлены достоверные различия концентрации общего цинка в сыворотке крови между курящими ($10,8 \pm 0,57$ мкмоль/л) и некурящими ($21,3 \pm 1,48$ мкмоль/л) в пожилом возрасте. Также статистически значимы различия в уровне общего цинка между курящими лицами в 1-м периоде среднего возраста ($14,8 \pm 1,34$ мкмоль/л) и 2-м периоде среднего возраста ($17,4 \pm 1,04$ мкмоль/л) и пожилыми.

Выводы.

1. Показано, что уровень общего цинка в сыворотке крови у курящих достоверно ниже, чем у некурящих.
2. Выявленные статистически значимые различия подтверждают влияние курения на содержание цинка в сыворотке крови.

ОШИБКИ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО И ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО МЕНЕДЖМЕНТА ЮНОШЕСКОЙ МИОКЛОНИЧЕСКОЙ ЭПИЛЕПСИИ

Шилкина О.С., аспирант кафедры медицинской генетики и клинической
нейрофизиологии ИПО

Руководитель: Шнайдер Н.А., д.м.н., проф., зав.кафедрой медицинской
генетики и клинической нейрофизиологии ИПО

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет
имени проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого» Минздрава России, г. Красноярск

Цель работы. Исследование ошибок диагностического и терапевтического менеджмента юношеской миоклонической эпилепсии (ЮМЭ) у детей и взрослых на примере пациентов Сибирского Федерального округа.

Материалы и методы. Объект исследования – больные с ЮМЭ. Метод - анализ данных анамнеза, включая возраст дебюта заболевания, возраста постановки диагноза, диагностические и терапевтические ошибки менеджмента ЮМЭ.

Результаты. Проанализированы 123 истории болезней пациентов с ЮМЭ, среди которых жители Красноярска составили 50,4 % (62 человека), жители регионов Красноярского края- 38,2% (47 человек) и соседних регионов Сибирского Федерального округа - 1,4 % (14 человек). Возраст дебюта заболевания варьировал от 2 до 29 лет, средний возраст дебюта составил $13,28 \pm 0,42$, медиана возраста дебюта 14 (11:16) лет. Возраст постановки диагноза варьировал от 7 до 54 лет, средний возраст $22,46 \pm 0,73$ лет, медиана - 20 (17:26) лет. Время от дебюта заболевания до постановки диагноза ЮМЭ варьировало от 0 до 41 года, среднее время – $9,5 \pm 0,78$ лет, медиана - 7 (2:16) лет. Всего наличие ошибок диагностического и терапевтического менеджмента выявлено в 68 случаях из 123, что составляет 55,3%. При этом, частота ошибок в г. Красноярске – 54,8% (34 случая из 62)

– что сопоставимо с городами Красноярского края и других регионов Сибирского федерального округа – 57,4% (27 случаев) и 50% (7 случаев) соответственно ($p>0,05$).

При рассмотрении структуры врачебных ошибок выявлено, что изначально неверный диагноз был поставлен в 40 случаях (32,5%); неверная терапия дебюта была назначена в 45 случаях (36,6%), неверная доза противосудорожного препарата назначена в 14 случаях (11,4%) и нерациональная комбинация противосудорожного и препаратов с потенциальным проконвульсантным эффектом – в 14 случаях (11,4%).

Выводы. Проанализированные нами ошибки диагностического и терапевтического менеджмента ЮМЭ носят системный характер, их частота встречаемости коррелирует с достоверными данными зарубежных исследователей. Несмотря на бурное развитие методов нейрорадиологии, нейрофизиологии, нейрофармакологии и усилий по повышению осведомленности о эпилепсии Российской противосудорожной лиги и ПЛАЕ, мы считаем, что в настоящее время необходимо пересмотреть не только дефиницию и алгоритм менеджмента ЮМЭ, но и усилить программы очного и дистанционного обучения по рассматриваемой проблеме для практикующих неврологов, особенно первичного звена здравоохранения.

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА НА ФОНЕ РАЗНЫХ МЕТОДОВ ИНСУЛИНОТЕРАПИИ

Шимкина Н.Ф., аспирант кафедры неврологии и мануальной медицины ФПО

Руководитель: Баранцевич Е.Р., д.м.н., проф., зав. кафедрой

ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, г. Санкт-Петербург

Цель исследования: изучить проявления неврологических осложнений, наличие и структуру когнитивных нарушений у пациентов с сахарным диабетом 1 типа (СД 1). Провести сравнительный анализ между

группой пациентов, использующих инсулинотерапию методом непрерывных подкожных инфузий (инсулиновая помпа) и методом множественных подкожных инъекций (базис – болюс).

Материалы и методы. Было обследовано 34 пациента в возрасте 28 (22; 38) лет, длительностью СД 1 – 14 (9; 20) лет, уровнем гликированного гемоглобина – 8,5 (8,0; 9,5), не имевших других хронических заболеваний, интоксикаций, тяжелых травм ЦНС. Первая группа (N=16 человек) – пациенты, находившиеся на терапии методом непрерывных подкожных инфузий в течение последних 4,5 (4; 5) лет, ранее получавшие инсулинотерапию базис-болюсным методом в течение 11,5 (8,5; 15) лет. Вторая группа (N=18 человек) – пациенты, получавшие инсулин методом множественных подкожных инъекций в течение 12,5 (9; 14) лет. Проводилось клиническое неврологическое обследование, оценка по стандартизированным шкалам: MMSE, MoCA, тест запоминания 10 слов, HADS, TSS, NSS, NDS. Оценивалось наличие изменений в автономной нервной системе (зрачковые реакции, асимптомные гипогликемии).

Статистическая обработка выполнена в программе SAS 9,3. Данные представлены в виде медианы и квартилей. Результаты оценивались по критерию Стьюдента для количественных ($f=32$, $t = 2,037$, $p<0,05$) и методу Фишера для качественных значений ($p<0,05$).

Результаты. Шкала MMSE когнитивных изменений и различий между группами не выявила. По шкале MoCA суммарный балл находился в пределах нормы, пациенты из группы помповой терапии имели более высокие показатели по сравнению с контрольной группой – 29,3 и 27,6 соответственно. Тест запоминания 10 слов выявил изменения у всех испытуемых. Анализируя результаты субтестов шкал, выявили нарушения, типичные для всех обследованных. В наибольшей степени изменения затрагивали оперативную память, воспроизведение информации, внимание, последовательность действий и счет. Сохранными оставались номинативная речь и ориентация. Встречались сочетания снижения оперативной памяти,

отсроченного воспроизведения и внимания, в ряде случаев им сопутствовали изменения последовательности действия и/или счета. По данным шкалы **HADS** пациенты из 1-й группы имели благоприятный эмоциональный фон - среднее значение составило 4,1, во 2-й группе – 8,4, что соответствовало субклинически выраженной тревоге/депрессии. По шкале **TSS** средний балл в 1-й группе - 2,6 во 2-й группе – 5,6. По шкале **NSS** достоверных различий не выявлено. По шкале **NDS** среднее количество баллов в 1-й группе – 8,1 во 2-й группе – 13,6. При оценке нарушений в **автономной системе** обнаружено, что 2-я группа ($F_2=3,3$, $p<0,05$) страдала в 8 раз чаще, чем 1-я группа ($F_1=0,4$, $p<0,05$). Нарушения зрачковых реакций – в 3 раза чаще ($F_1=0,5$; $F_2=1,6$; $p<0,05$). Асимптомные гипогликемии – в 5 раз ($F_1=0$; $F_2=5$; $p<0,05$).

Выводы. 1. Сравнительный анализ неврологических осложнений у пациентов с СД 1 типа выявил достоверные различия ($p<0,05$). При использовании помпового метода проявлений диабетической нейропатии ниже на 46% по TSS и на 40% – по NDS; когнитивных нарушений меньше на 10% по MoCA, в 8 раз ниже частота автономных нарушений, на 50% выше эмоциональный фон по HADS.

2. Структура выявленных когнитивных нарушений у обследованных пациентов представлена в виде изменений в функциях памяти, воспроизведения информации, внимания, последовательности действий и счета или их сочетаний.

ИЗУЧЕНИЕ АССОЦИИИ МЕЖДУ КЛИНИЧЕСКОЙ
ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ АМЛОДИПИНА И ГЕНЕТИЧЕСКИМИ
ОСОБЕННОСТЯМИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ
ГИПЕРТЕНЗИЕЙ I-II СТ

Ших Н.В., аспирант кафедры клинической фармакологии и фармакотерапии
ИПО

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

Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, г. Москва

Цель исследования: изучить ассоциации между клинической эффективностью амлодипина и носительством генотипов *ABCB1* и *CYP3A5* у больных артериальной гипертензией (АГ) I-II ст.

Материалы и методы. Проведено открытое несравнительное проспективное исследование с участием 100 больных АГ I-II степени (м.-45.,ж.-55) в возрасте от 45 до 58 лет (ср. возраст $48,8 \pm 8,31$ год). Исходное АД $147,8 \pm 8,28$ / $87,52 \pm 7,52$ мм рт. ст. Начальная доза амлодипин составила 5 мг, длительность приема 12 недель. Методы контроля включали общеклинические методы обследования с оценкой антигипертензивной эффективности по динамике офисных значений АД, переносимости по опроснику с регистрацией неблагоприятных побочных реакций (НПР), генотипирование по полиморфному маркеру A6986G гена *CYP3A5* (rs776746,*3) и по полиморфному маркеру C3435T гена *ABCB1*. Антигипертензивную эффективность амлодипина оценивали как отличную при достижении целевых значений АД (АД $\leq 140/90$ мм рт. ст.), хорошую – при снижении АД ≥ 10 мм рт.ст., но не до 140/90, удовлетворительную – при снижении АД ≤ 10 мм рт.ст., неудовлетворительную при отсутствии динамики АД. Переносимость амлодипина оценивали как отличную при отсутствии НПР; хорошую – в случае развития НПР, которые не потребовали коррекции дозы препарата; удовлетворительную – в случае развития НПР,

которые потребовали коррекции дозы препарата; неудовлетворительную – в случае развития НПР, потребовавших отмены препарата.

Результаты. В результате генотипирования больных АГ I-II ст. по полиморфному маркеру С3435Т гена *ABCB1* были выявлены следующие генотипы: СС-у 17 пациентов, ТТ у 30 пациентов, ТС-53 пациента; по полиморфному маркеру А6986G гена *CYP3A5*: генотип АG у 9 пациентов, GG - у 91 пациента, АА – 0 пациентов.

Анализ антигипертензивной эффективности у больных в зависимости от генотипа *ABCB1* показал, что суммарная отличная+хорошая эффективность при генотипе ТТ составила 76,1%, генотипе СС – 47,1%, генотипе СТ – 67,0% (достоверность межгрупповых различий по Манна Уитни $CCvsCT$ $p=0,06$; $CCvsTT$ $p=0,04$; $CTvsTT$ $p=0,5$; ANOVA $p=0,04$). Увеличение дозы до 10 мг потребовалось 6-ти больным с генотипом СТ и 9-ти больным с генотипом СС.

Анализ антигипертензивной эффективности у больных в зависимости от генотипа *CYP3A5* показал, что у больных с генотипом АG суммарная отличная+хорошая эффективность составила 78%, с генотипом GG - 60% (достоверность межгрупповых различий по Манна Уитни $AGvsGG$ $p=0,3$;). Увеличение дозы до 10 мг потребовалось 3-ти больным с генотипом АG и 12-ти больным с генотипом GG.

В зависимости от генотипа по полиморфному маркеру С3435Т гена *ABCB1* САД по данным офисного измерения АД снизилось у больных с генотипом СС на $7,36\pm 2,9\%$, ТТ - на $9,07\pm 3,1\%$, ТС – на $8,40\pm 3,1\%$; ДАД на $4,12\pm 1,2\%$; $5,46\pm 2,7\%$ и $4,98\pm 2,4\%$ соответственно ($p=0,05$). В зависимости от генотипа по полиморфному маркеру А6986G гена *CYP3A5* САД по данным офисного измерения АД снизилось у больных с генотипом АG на $9,25\pm 3,16\%$, GG - на $7,89\pm 3,39\%$, ДАД на $7,39\pm 3,18\%$; $9,11\pm 4,08\%$ соответственно ($p=0,4$).

Анализ переносимости амлодипина показал, что в зависимости от генотипа *ABCB1* количество НПР при генотипе СС составило 35,3%, ТТ –

6,7%, СТ – 11,3%; в зависимости от генотипа CYP3A5 количество НПР распределилось следующим образом - при генотипе AG 44%, при генотипе GG - 11%.

По результатам многофакторного анализа ANOVA выявлены достоверные различия между генотипами CC и CT по полиморфному маркеру C3435T гена *ABCB1* по степени снижения САД ($p=0,02$), по показателю антигипертензивной эффективности ($p=0,02$), по потребности в увеличении дозы ($p=0,04$), по частоте развития НПР ($p=0,05$). Достоверные различия между генотипами AG и GG по полиморфному маркеру A6986G гена CYP3A5: выявлены по частоте НПР $p=0,45$.

Закключение. У больных АГ I-II степени с генотипом TT по полиморфному маркеру C3435T гена *ABCB1* можно ожидать более высоких показателей антигипертензивной эффективности амлодипина в сочетании с хорошим профилем безопасности и наиболее низким процентом развития НПР, а у больных с генотипом CC выше вероятность развития НПР на фоне более низкой антигипертензивной эффективности. У больных АГ I-II степени с генотипом AG по полиморфному маркеру A6986G гена CYP3A5 можно ожидать более высоких показателей антигипертензивной эффективности амлодипина в сочетании с более высоким риском развития НПР, а у больных с генотипом GG ниже вероятность развития НПР на фоне более низкой антигипертензивной эффективности.

ВЛИЯНИЕ ЭКЗОГЕННОГО МЕЛАТОНИНА НА СОСТОЯНИЕ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ БЕЛКОВ У КРЫС С МОДЕЛЬЮ АЛИМЕНТАРНОГО ОЖИРЕНИЯ

Шодиев Д.Р., студент 4 курса очной формы обучения,

Некрасова М.С., студент 4 курса очной формы обучения

Руководители: Давыдов В.В., д.м.н., проф.; Медведев Д.В., асс.

Рязанский государственный медицинский университет им. академика И.П.

Павлова, г. Рязань

Актуальность. Ожирение встречается среди людей всех возрастов. В России избыток веса имеется у 60% женщин и 50% мужчин старше 30 лет, 30% населения страдают ожирением. Ожирение приводит к снижению работоспособности, утрате трудоспособности, к частой госпитализации населения из-за развития клинических осложнений. Многочисленными работами было показано, что ожирение сопровождается оксидативным стрессом. Нарушается равновесие в системе прооксиданты — антиоксиданты в сторону свободнорадикального перекисного окисления. Действию АФК подвергаются не только липиды, но и белки, у которых фрагментируется молекула, изменяется нативная конформация с образованием крупных агрегатов, что приводит к инактивации ферментов, а это в свою очередь нарушает метаболизм и функционирование клетки. Имеются исследования, подтверждающие, что при ряде патологических состояний вначале именно белки подвергаются окислительной модификации. К тому же, продукты перекисного окисления белков по сравнению с продуктами перекисного окисления липидов более стабильны и имеют длительный период распада, что делает их надежным показателем свободнорадикального окисления. В настоящее время проводятся научные работы по поиску антиоксидантов, ослабляющих образование продуктов

перекисного окисления белков. Для этих целей может быть использован известный препарат мелатонин.

Цель исследования. Изучение изменения состояния перекисного окисления белков у крыс с моделью алиментарного ожирения под влиянием мелатонина.

Материалы и методы. Исследование проводилось на 30 белых беспородных крысах-самцах со средней массой тела 160-180 грамм, которые составили 3 серии по 10 особей в каждой:

1 серия – интактные животные;

2 серия – животные с алиментарным ожирением без введения мелатонина;

3 серия – животные с алиментарным ожирением с последующим введением мелатонина.

Алиментарное ожирение воспроизводилось путем нахождения животных на высококалорийной углеводно-жировой диете, состоящей из лабораторного корма (42,5%), сливочного масла (25%), сладкого сгущенного молока (32,5%).

Мелатонин получали животные 3 серии в дозе 2 мг/кг массы тела.

У всех животных осуществлялся забор крови трижды в объеме 1,5-2,0 мл:

1) в исходном состоянии;

2) в конце воспроизведения модели алиментарного ожирения;

3) через 2 недели после энтерального введения мелатонина.

В начале и конце эксперимента после забора крови определялась максимальная физическая работоспособность и устойчивость крыс к гипобарической гипоксической гипоксии.

Окислительная модификация белков определялась методом R. Levine в модификации Е.Е. Дубининой. ТБК-реактивные продукты определялись по реакции с тиобарбитуровой кислотой. Состояние антиоксидантного статуса

оценивали по активности фермента антиоксидантной защиты организма супероксиддисмутазы.

Полученные результаты. В результате потребления высококалорийной пищи крысами серии 2 и 3, нами было установлено значительное увеличение массы тела (20 % от первоначальной массы). Прирост массы тела у крыс 2 и 3 серий по сравнению с исходной наблюдался со 2 недели кормления высококалорийным кормом. У крыс 1 серии наблюдалась постепенная прибавка массы тела, что объясняется ростом и взрослением животных, а также благоприятными условиями их содержания в виварии. Проведенные нами тесты, отражающие физическую работоспособность и выносливость, показали значительное снижение выносливости у серий 2 и 3 по сравнению с животными из серии 1.

После трехнедельной высококалорийной углеводно-жировой диеты у групп 2 и 3 отмечалось значительное увеличение активности процессов окислительной модификации белка, что проявлялось увеличением уровня карбонильных производных белков по сравнению с исходными данными внутри группы и интактной серией. Так же нами было установлено снижение активности фермента антиоксидантной системы супероксиддисмутазы у серии 2 и 3 как внутри группы, так и по сравнению с интактной серией.

У крыс 3 серии после двухнедельного перорального введения суспензии мелатонина в дозе 2 мг/кг отмечалось снижение уровня карбонильных производных по сравнению с исходными данными. У крыс 2 серии, не подвергавшихся введению препарата и продолжавших находиться на высококалорийной углеводно-жировой диете, уровень карбонильных производных продолжал расти.

Уровень фермента антиоксидантной защиты супероксиддисмутазы у серии 3 после перорального введения суспензии мелатонина пришел в норму как в сравнении с исходными данными внутри группы, так и в сравнении показателями интактной серии.

У крыс серии 2 уровень супероксиддисмутазы продолжал снижаться как внутри серии, так и в сравнении с интактной серией.

Выводы.

1. Алиментарное ожирение у крыс, моделируемое содержанием животных на высококалорийной углеводно-жировой диете, приводит, во-первых, к увеличению количества жира в организме, во-вторых, к повышению активности перекисного окисления белков в виде повышения уровня карбонильных производных белков и снижению активности антиоксидантной системы, в-третьих, значительно снижает устойчивость крыс к гипобарической гипоксической гипоксии и максимальной физической нагрузке.

2. Двухнедельное введение суспензии мелатонина в дозе 2 мг/кг нивелирует данные нарушения, проявляя антиоксидантные протективные свойства препарата, что может быть использовано в клинических целях.

ВЫЯВЛЕНИЕ НЕМОТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА И ИХ СВЯЗЬ С МОТОРНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Шпилева С.А., ординатор кафедры неврологии и нейрохирургии

Руководитель: Калинин В.А., д.м.н., проф. кафедры неврологии и
нейрохирургии

ГБОУ ВПО СамГМУ, г. Самара

Цель исследования. Выявление закономерностей формирования и течения немоторных флюктуаций и их связи с моторными нарушениями для оптимизации прогноза и улучшения качества жизни пациентов, страдающих болезнью Паркинсона.

Материалы и методы. Обследовано 62 пациента с болезнью Паркинсона неврологического отделения Самарской областной клинической больницы имени В.Д. Середавина. Дополнительно к стандартному

неврологическому осмотру были использованы специальные диагностические методики: унифицированная рейтинговая шкала болезни Паркинсона (UPDRS), шкала немоторных флюктуаций (NMSS), Монреальская шкала оценки когнитивных функций (МОСА), госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS). Для обработки результатов использовались методы математической статистики: определение процентного соотношения данных и корреляционный метод (определение коэффициента корреляции Пирсона – r_i).

Результаты. При анализе выраженности немоторных и моторных нарушений в зависимости от продолжительности заболевания было выявлено, что с течением времени степень тяжести гипокинезии убывает, но при этом нарастает ригидность и немоторные нарушения.

По госпитальной шкале тревоги и депрессии у 96,15% больных выявлены клинически выраженные проявления тревоги и депрессии от 11 до 39 баллов, причем большую часть из этой группы пациентов составляют пациенты с продолжительностью болезни 1-5 лет с суммой баллов до 20. Наибольшее количество баллов (39) отмечено у пациента со стажем более 12 лет. Преобладают проявления тревоги на ранних стадиях заболевания, депрессия же более выражена при продолжительности заболевания более 5 лет. Это можно объяснить неудовлетворенностью пациента медикаментозным контролем текущих двигательных нарушений и нарастающим дофаминэргическим дефицитом и медикаментозно обусловленными флюктуациями. И только у небольшого количества больных (3,85%) отмечена субклиническая выраженность депрессии и тревоги. Снижение когнитивных функций по анкете МОСА выявлено у 50,94% больных. При сопоставлении результатов по шкале NMSS с результатами по шкале UPDRS, характеризующими как моторные, так и немоторные симптомы, было выявлено, что с увеличением продолжительности болезни степень тяжести нарушений нарастает, но немоторные нарушения опережают

моторные. Это подтверждается данными корреляционного анализа, который позволил выявить прямую зависимость ($r_i=0,705242$).

Выводы. Активный контроль немоторных симптомов с использованием дополнительных шкал у пациентов с болезнью Паркинсона позволяет более точно оценить степень тяжести болезни, эффективность медикаментозной компенсации клинических проявлений заболевания и своевременной целенаправленной коррекции данных нарушений.

Недостаточный контроль немоторных нарушений может привести к значимому ухудшению качества жизни и инвалидизации больных даже при удовлетворительной компенсации двигательных нарушений.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПРИОБРЕТЕННОГО ПЛОСКОСТОПИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Шубкина А.А., аспирант кафедры травматологии, ортопедии и хирургии
катастроф

Руководитель: Слияков Л.Ю., д.м.н., проф.

ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, г. Москва

Цель исследования: разработать алгоритмы предоперационного планирования и дальнейшего ведения у пациентов пожилого и старческого возраста с приобретенным плоскостопием на основании оценки качества жизни в целом и здоровья стоп с помощью анкет и опросников с учетом особенностей деформаций стоп у пациентов данной возрастной группы.

Материалы и методы. Объект исследования: качество жизни до и после оперативного лечения.

Предмет исследования: приобретенное плоскостопие.

Единица наблюдения: пациент пожилой и старческой возрастной группы.

Метод сбора информации: анкетирование, оценочные шкалы (AOFAS, VAS, MOXFQ, SF-36), выкопировка данных из историй болезней.

Критерии включения: наличие информированного согласия, возраст от 60 до 90 лет, диагностированное приобретенное плоскостопие, сложные деформации 1-2 пальцев (поперечное).

Критерии невключения: наличие декомпенсированных хронических заболеваний (заключение терапевта), ранее оперированные пациенты по данному заболеванию, предшествующая травма.

Критерии исключения: отказ пациента от дальнейшего участия в исследовании.

Результаты. При исследовании популяции пациентов пожилого и старческого возраста, а также на основании статистических данных обращает на себя внимание увеличение количества людей в этой популяции в последнее время, а также продолжение их активного образа жизни и стремление к улучшению образа жизни. В связи с этим увеличивается количество патологий стоп у пожилых пациентов, наблюдаемых в стационарных и амбулаторных условиях. Предполагается, что бессимптомное плоскостопие со временем может прогрессировать до клинических проявлений болезни, такие как вялотекущие дегенеративные процессы, а также переход из гибкой деформации в ригидную. При диагностике заболеваний стоп у возрастной группы старше 60 лет были выявлены более сложные деформации с ригидным связочным аппаратом, что являлось определяющим фактором в выборе тактики хирургического лечения. Однако следует помнить, что не существует общего решения для всех пациентов и всех степеней дисфункции. Необходимо учитывать совокупность вариантов лечения, чтобы получить лучший функциональный результат для конкретного пациента, с учетом биомеханики стопы. Еще одной проблемой, выявляемой, как правило, интраоперационно, является остеопороз. Однако остеопороз не является противопоказанием к операции, но имеется необходимость использования надежной внутренней фиксации,

предпочитая блокируемые системы. С помощью анкет и статистического анализа выявлены отличия жалоб и ожиданий у пожилых пациентов по сравнению с более молодыми, что связано с возможностью заниматься спортом и выполнять трудовые обязанности у более молодых пациентов. Тогда как пациенты более старшей возрастной группы приближаются к среднему возрасту выхода на пенсию или уже являются пенсионерами и фокусируют внимание не на функциональности, а на избавлении от боли и возможности подбора обуви. Объем активных движений после операции не коррелирует с удовлетворенностью результатом у пожилых пациентов, чего нельзя сказать о более молодой группе.

Выводы. Использование анкет и опросников, включающих оценочные шкалы, предназначенных для оценки здоровья стоп и здоровья в целом, помогает более объективно выявить уровень удовлетворенности проведенным лечением и сравнить уровень качества жизни до и после оперативного лечения.

ЧАСТОТА ПОЛИМОРФИЗМА *SLCO1B1**5 (*c521T>C*) В РАЗНЫХ ЭТНИЧЕСКИХ ГРУППАХ РОССИИ

Шуев Г.Н., аспирант кафедры клинической фармакологии и терапии,

Рыжикова К.А., м.н.с. НИЦ ФГБОУ ДПО РМАНПО

Руководитель: Сычев Д.А. чл.-кор. РАН, проф. РАН, д.м.н., профессор;

Мирзаев К.Б., к.м.н., с.н.с. НИЦ ФГБОУ ДПО РМАНПО

ФГБОУ ДПО РМАНПО, г. Москва

Актуальность. Статины – самые часто используемые гиполипидемические препараты. Статины входят в базисную терапию сердечно-сосудистых заболеваний и снижают риск сердечно-сосудистых осложнений. Однако у этой группы препаратов имеется ряд нежелательных лекарственных явления, самыми опасными из которых является статин-

индуцированное поражение поперечнополосатой мускулатуры. Известно, что к данному осложнению фармакотерапии может приводить межлекарственное взаимодействие с субстратами и/или ингибиторами CYP3A4, высокие дозы статинов, метаболические нарушения и некоторые другие факторы риска. Но долгое время не было конкретного маркера-предиктора этого нежелательного лекарственного явления, и в 2008 году по результатам полногеномного ассоциативного анализа, был выделен единственный полиморфизм, который коррелирован с развитием статин-индуцированной миопатии. *SLCO1B1**5 (*c.521T>C*, *rs4149056*) – мутантный аллель гена, кодирующего транспортный белок-переносчик статинов из портального кровотока в гепатоцит. При носительстве *CC* генотипа риск развития миопатии увеличивался в 18 раз. В некоторых исследованиях показано, что носительство мутантного аллеля снижает эффективность гиполипидемической терапии. Кроме того, имеются этнические различия в частоте этого полиморфизма, например у азиатов носительство этого SNP в 2-6 раз меньше, чем у европейцев.

Цель исследования. Изучение распространенности генотипов по *SLCO1B1**5 среди российских пациентов, разных этнических групп может способствовать улучшению качества гиполипидемической терапии при внедрении методов фармакогенетики в клиническую практику.

Материалы и методы. Изучали частоту носительства *SLCO1B1**5 у русских (N=1071), нанайцев (N=70) и трех этнических групп дагестана – аварцев (N=90), лакцев (N=46), даргинцев (N=50). Выделение ДНК проводили из лейкоцитов крови в режиме реального времени. Сравнивали частоту полиморфизма с русской этнической группой с использованием точного критерия Фишера.

Результаты. Во всех группах различия генотипов по закону Харди-Вайнберга были не достоверны. В группе русских *C* аллель была у 22% пациентов, у нанайцев 24% ($P=0,69$ OR 1,11(0,74-1,66)), у аварцев – 14,4%

($P=0,02$ OR 0,6(0,39-0,93)), у лакцев – 9,7% ($P=0,008$ OR 0,39(0,19-0,78)), у даргинцев – 10% ($P=0,007$ OR 0,39(0,2-,77)).

Заклучение. Мы обнаружили достоверные различия в частоте *SLCO1B1*5* (*c.521T>C*, *rs4149056*) между русскими и тремя этническими группами Дагестана и отсутствие достоверных различий между русским и нанайцами Хабаровского края. Изучение этнических особенностей распространенности полиморфизмов может стать важным шагом при внедрении методов фармакогенетики в клиническую практику в разных регионах России.

ОЦЕНКА КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА У РЕЦИПИЕНТОВ ТРАНСПЛАНТАТА ПОЧКИ

Шукалюкова А.К., студент

Руководитель: Калачик О.В., к.м.н., доц.

Белорусский государственный медицинский университет (БГМУ),

кафедра трансплантологии,

Республиканский центр трансплантации органов и тканей

на базе УЗ «9-я городская клиническая больница г. Минска»,

г.Минск, Республика Беларусь

Актуальность исследования. Кардиоваскулярная летальность реципиентов с функционирующим трансплантатом – одна из ведущих причин, снижающих эффективность пересадки почки в отдаленные сроки после операции. В целом она превышает общепопуляционные показатели в 8-10 раз. Дисфункция эндотелия, повышение протромбогенного потенциала, системное воспаление приводят к повышению риска сердечно-сосудистых нарушений у реципиентов органов и тканей.

Цель исследования. Оценка кардиоваскулярного риска у реципиентов трансплантата почки.

Материалы и методы. Изучен анамнез жизни и заболевания 144 пациентов, проведены физикальное обследование, общие анализы мочи и крови, биохимическое исследование крови, скрининговые тесты для оценки системы гемостаза. Оценка суммарного кардиоваскулярного риска проведена по критериям Framingham Heart Study.

Результаты. Среди обследованных 74 (51,39%) мужчины и 70 (48,61%) женщин. Причиной хронической болезни почек у 84 (58,33%) пациентов явился хронический нефритический синдром, у 21 (14,58%) – хронический пиелонефрит, 17(11,81%) – поликистоз почек, 8 (5,56%) – сахарный диабет 1 типа, 5 (3,47%) – врожденные аномалии мочевыводящих путей, у 3 – (2,08%) системное заболевание. На момент осмотра 67 (46,53%) пациентов предъявляли ряд жалоб на свое самочувствие: повышенное артериальное давление, головную боль и головокружение.

Артериальная гипертензия была выявлена у 114 пациентов (79,17%), при этом более склонными к артериальной гипертензии оказались женщины (51,75%). Дефицит массы тела наблюдался у 4 пациентов (2,78%). ИМТ в пределах нормы наблюдался у 67 пациентов (46,53%). У 59 пациентов (40,97%) отмечалась избыточная масса тела и ожирение. При анализе показателей липидограммы у реципиентов донорской почки уровни триглицеридов (у 77 чел. – 53,47%), липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) (у 79 чел.-54,86%), липопротеинов очень низкой плотности (ЛПОНП) (у 130 чел.-90,28%) были выше оптимальных показателей.

У 136 пациентов была произведена оценка кардиоваскулярного риска по критериям Framingham Heart Study. Согласно Фрамингемской шкале, у 100 реципиентов аллографта почки (74%) был выявлен низкий риск кардиоваскулярной патологии, у 30 (22%) – средний, у 6 (4%) – высокий.

Выводы.

1. Среди реципиентов трансплантата почки распространены артериальная гипертензия, дислипидемия, избыточная масса тела,

приводящие к повышению кардиоваскулярного риска у данной группы пациентов.

2. Своевременное выявление факторов риска и их коррекция окажут благоприятное влияние на отдаленный прогноз выживаемости и заболеваемости реципиентов почки.

IgA/IgG ПУЗЫРЧАТКА. СЛУЧАЙ ИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

Щеголевых В.А., врач-дерматовенеролог ФГБУ «ГНЦДК», Петровская К.Е., клинический ординатор кафедры дерматовенерологии и косметологии

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

ФГБОУ ДПО РМАНПО, г. Москва

Введение. IgA/IgG пузырчатка является редким заболеванием из группы пузырных дерматозов с доброкачественным течением, везикулопустулезными высыпаниями и наличием межклеточных отложений IgA в эпидермисе.

Цель исследования. Определение алгоритма обследования и тактики терапии с учетом клинических, морфологических и иммуногистологических тестов.

Материалы и методы. Проанализировано 18 клинических случаев, описанных в зарубежных источниках и собственное клиническое наблюдение.

Клинический случай. Пациентка Д., 32 лет, поступила в стационар с жалобами на высыпания на коже туловища, верхних и нижних конечностей, сопровождающиеся зудом. Считает себя больной с июля 2016 г., когда впервые отметила появление высыпаний. При обращении к дерматологу диагноз установлен не был, назначенное лечение (антибиотики наружно) оказалось неэффективным. В связи с прогрессированием кожного процесса пациентке было рекомендовано лечение в условиях стационара.

Дерматологический статус. Патологический кожный процесс носит распространенный воспалительный характер. На коже туловища на эритематозно-отечном фоне имеются единичные пузыри до 0,3 см в диаметре с плотной покрывкой и светло-желтым содержимым, а также более мелкие пузыри, местами сгруппированные, множественные эрозии ярко-красного цвета размером от 0,5 до 3 см с венчиком гиперемии, местами отмечаются эрозии в стадии эпителизации, покрытые геморрагическими корками. На коже голеней отмечаются эрозии 0,5 см в диаметре без венчика гиперемии. Также имеются множественные пятна гиперпигментации. Клиническая картина позволила предположить диагноз вульгарной пузырчатки, поэтому было проведено стандартное обследование больных пузырьными дерматозами: исследование на акантолитические клетки со дна эрозий, гистологическое исследование биоптатов кожи из очага поражения и здоровой кожи (реакция иммунофлюоресценции). При исследовании мазка - отпечатка со дна эрозии были обнаружены акантолитические клетки. В гистологической картине супрабазальные пузыри или крупные щели, в просветах которых – акантолитические клетки, фибрин, лейкоциты. При реакции иммунофлюоресценции наблюдается отчетливая фиксация IgG и IgA в межклеточном пространстве всех слоев эпидермиса, значимой фиксации IgM в структурах кожи не обнаружено. Пациентке был выставлен диагноз: IgG/IgA пузырчатка и назначена терапия Дапсоном 100 мг/сутки. В результате проведенной терапии была отмечена выраженная положительная динамика со стороны патологического кожного процесса в виде эпителизации всех эрозий и полное отсутствие пузырей.

Заключение. Таким образом, данный клинический случай показал, что для верификации диагноза IgA/IgG пузырчатки необходимо проводить не только стандартный алгоритм диагностики, но и реакцию иммунофлюоресценции, что будет иметь большое значение для дальнейшей тактики ведения. На основании анализа данных литературы и собственного наблюдения можно сделать вывод, что препарат «Дапсон» является

эффективным средством терапии IgG/IgA пузырчатки, который позволяет не только снизить суточную дозу системных глюкокортикостероидных препаратов, но и полностью отказаться от них.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИАНГИОГЕННОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИЕЙ И ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМОЙ

Щербакова Е.В., аспирант кафедры офтальмологии

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

ФГБОУ ДПО РМАНПО, г. Москва

Диабетическая ретинопатия (ДР) служит наиболее частой причиной потери зрения у больных сахарным диабетом. Одной из распространенных коморбидных патологий, увеличивающих риск потери зрения у больных с ДР, является первичная открытоугольная глаукома. Сочетание двух заболеваний приводит к существенному усугублению и утяжелению симптоматики, увеличивает риск слепоты и инвалидизации. Своевременная диагностика и мониторинг внутриглазной гипертензии у пациентов с диабетом позволит провести лечебные и профилактические меры, ограничивающие прогрессирование ДР. По данным ряда исследований, высокую эффективность в лечении ДР демонстрирует антиангиогенная терапия. Вместе с тем, ее влияние на клинические характеристики открытоугольной глаукомы, ассоциированной с ДР, остается не изученным. В связи с этим **целью** настоящего исследования явилась оценка эффективности антиангиогенной терапии первичной открытоугольной глаукомы в сочетании с диабетической ретинопатией.

Материалы и методы. Исследование проведено на базе офтальмологической клинической больницы ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина филиал №1 и офтальмологического отделения ГБУЗ ГКБ №67

им. Л.А. Ворохобова ДЗ г. Москвы. Обследовано 90 пациентов (103 глаза): женщин – 54, мужчин – 36. Средний возраст в группе исследования составил $69,7 \pm 6,1$ лет. Все пациенты страдали сахарным диабетом 2 типа. Уровень гликогемиоглобина в среднем составлял $8,13 \pm 1,9\%$. У всех пациентов выявлена диабетическая ретинопатия с диабетическим макулярным отеком. Пациенты были распределены на 3 подгруппы в зависимости от стадии глаукомы. Офтальмологическая диагностика традиционно включала: определение остроты зрения, измерение ВГД по Маклакову, измерение КЧСМ, биомикроофтальмоскопия глаза. Дополнительно проводили тонографию, компьютерную периметрию, фоторегистрацию глазного дна, флюоресцентную ангиографию и оптическую когерентную томографию (ОКТ) с мониторингом клинических, функциональных, гидродинамических, морфометрических показателей до и после лечения.

Пациентам был выполнен курс антиангиогенной терапии (3 интравитреальные введения препарата ингибитора ангиогенеза ранибизумаба). Компенсация уровня ВГД достигалась применением гипотензивных препаратов (простагландины, селективные бета-адреноблокаторы, ингибиторы карбоангидразы).

Результаты. На фоне лечения у пациентов с первичной открытоугольной глаукомой I и II стадии выявлена значимая положительная динамика клинико-функциональных показателей: улучшение остроты зрения, стабилизация поля зрения. Уровень ВГД был стабилен на протяжении всего курса лечения и через 3, 6 месяцев при контрольных измерениях у всех обследуемых. На фоне адекватной медикаментозной терапии гипотензивными препаратами отмечено улучшение тонографических показателей в виде снижения: истинного ВГД, продукции водянистой влаги и коэффициента Беккера, усиление скорости оттока внутриглазной жидкости. Полученные данные ОКТ-сканирования указывают на значимое снижение толщины сетчатки в перипапиллярной области,

уменьшение интегральных параметров нейроретинального пояса диска зрительного нерва, редукцию отека в макулярной зоне.

Выводы. Антиангиогенная терапия у пациентов с компенсированной первичной открытоугольной глаукомой I, II, III стадии ассоциированной с диабетической ретинопатией и диабетическим макулярным отеком безопасна и эффективна. Мониторинг на фоне проводимого лечения показал стабилизацию глаукомного и диабетического процесса по результатам клинического обследования, тонометрии, компьютерной периметрии и ОКТ.

ОЦЕНКА ОТНОШЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ К ИММУНОПРОФИЛАКТИКЕ

Щурова Е.Ф., студентка педиатрического факультета

Руководитель: Глущенко В.А., к.м.н., проф.

ФГБОУ ВО СПбГПМУ, г. Санкт-Петербург

Актуальность. Вакцинация является самым эффективным и экономически выгодным профилактическим мероприятием, известным в современной медицине. По данным ВОЗ, благодаря развернутым по всему миру программам вакцинации ежегодно удается сохранить 6 млн детских жизней. 750 тысяч детей не становятся инвалидами. Вакцинация ежегодно дарит человечеству 400 млн дополнительных лет жизни. Чем больше людей имеют иммунитет к той или иной болезни, тем меньше вероятность возникновения эпидемии.

Цель исследования. Изучение осведомленности родителей о необходимости прививок их детям и данных об источниках информации о прививках для увеличения количества вакцинированных детей.

Метод исследования: анкета-интервью.

Результаты. Данные анкетирования матерей детей, наблюдаемых в ДГП № 49, позволили установить, что все дети привиты в 50% семей,

частично – у 32% и полностью не привиты – у 18% опрошенных. Несмотря на то, что все родители считают инфекционные заболевания опасными для здоровья и жизни ребенка, треть из них отказываются от прививок. Причинами отказа в 44% явилась боязнь осложнений после прививки. Респонденты, считающие, что угроза осложнений после прививки больше, чем угроза осложнений после инфекционного заболевания, составляют 28% и придерживаются мнения, что лучше переболеть, чем вакцинироваться. При этом 46% всех респондентов ответили, что недостаточно знают о возможных осложнениях на проведенные прививки. Лишь 62% респондентов получили информацию о вакцинопрофилактике от медицинских работников, 20% – из средств массовой информации (СМИ) и 18% – от знакомых. При этом 52% опрошенных получили информацию о вреде прививок для здоровья детей из СМИ.

Выводы.

- К суждению о ненужности прививок приводит отсутствие или недостаток информации о вакцинопрофилактике у населения. Как ни парадоксально, это приводит к побочному эффекту: «нет инфекций – нет прививкам». В наше время все больше родителей отказываются от вакцинации своих детей, ссылаясь именно на этот факт. Но это мнение не верно, так как по данным ВОЗ, чтобы не возобновлялся рост управляемых инфекций, нужно иметь 95% привитого населения;

- более трети родителей (38%) получили информацию о вакцинопрофилактике не от медицинских работников;

- почти треть респондентов уверены, что угроза осложнений после прививки больше, чем угроза осложнений после инфекционного заболевания. Данное суждение свидетельствует о том, что родители перед прививкой не получили от врача полной и объективной информации не только о вакцине (живая или инактивированная), но и о поствакцинальных реакциях (нормальных, ожидаемых, сильных) и осложнениях;

- более половины родителей получили ложную информацию о вреде вакцинации для здоровья детей из СМИ;

- полученные результаты свидетельствуют о недостаточной санитарно-просветительной работе, проводимой медицинскими работниками (в первую очередь детских поликлиник) в области вакцинопрофилактики, хотя 92% респондентов доверяют в этом вопросе врачам.

СРАВНЕНИЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ КТ-ВОЛЮМЕТРИИ ПРИ БИЛОБАРНОМ МЕТАСТАТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ ПЕЧЕНИ В РУЧНОМ И ПОЛУАВТОМАТИЧЕСКИХ РЕЖИМАХ

Юдин А.А., аспирант кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии¹

Руководители: Расулов Р.И., д.м.н., проф. кафедры онкологии²; Сонголов Г.И., к.м.н., доц. кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии¹

ФГБОУ ВО ИГМУ¹, ГБОУ ДПО ИГМАПО², г. Иркутск

Актуальность. В настоящее время КТ-волюметрия печени является методом выбора в подготовке к забору трансплантата у родственного донора и обширным резекциям печени (Hori M, Suzuki K, et al. 2012). Современное программное обеспечение позволяет выполнять КТ-волюметрию в ручном, полуавтоматическом и автоматическом режиме. По данным Suzuki K, Epstein ML et al. 2011, на одно исследование, врач КТ-диагностики затрачивал в среднем 39 мин. для ручного, 27 - для полуавтоматического и 0.57 мин. – для автоматического режима. Noschinski LE, Maiwald B et al. 2015 привели более приемлемые для клинической практики результаты: 7 мин. для ручного и 1,5 мин. для полуавтоматического режима. Однако, приведенные исследования не учитывают случаи, требующие дополнительного измерения объема поражения печени. Сведения о продолжительности КТ-волюметрии печени

при билобарном метастатическом поражении, позволят судить о применимости метода в рутинной практике для данной категории больных.

Цель исследования: изучить продолжительность КТ-волуметрии печени при её билобарном метастатическом поражении в ручном и полуавтоматическом режимах, а так же в полуавтоматическом режиме выделения схожих вокселей.

Материалы и методы. Исследование проведено на базе отделения рентгенологии Иркутского областного онкологического диспансера. Были использованы многофазные МСКТ 30 пациентов (из них 17 женщин, 13 мужчин) с билобарным метастатическим поражением печени при колоректальном раке, выполненные в период с января по декабрь 2016 года. Средний возраст пациентов составил 65 ± 2 лет. Были использованы 64 срезовые томографы (120кВ 200 мАс, коллимация 64×0.625 мм, срезы 3 мм толщиной): GE Optima, Siemens Somatom sensation. Контраст – ультравист 300, вводился с помощью автоматического инфузора. Волуметрия проводилось на срезах, выполненных в портально-венозную фазу контрастирования, при помощи программного обеспечения GE Volume viewer 10.4.12. Инструментами «Painting» (ручной режим), «Auto-contour» (полуавтоматический режим) и «Select structure» (полуавтоматический режим выделения схожих вокселей) было независимо осуществлено измерение объемов печени и метастазов каждого из 30 пациентов. Статистические методы обработки: тесты на нормальность распределения Shapiro–Wilk и Колмогорова-Смирнова, определение значимости различий с помощью непараметрических тестов Kruskal-Wallis, ANOVA.

Результаты. Медиана времени измерения объема печени в ручном режиме составила 12.48 мин., 25 перцентиль – 11,1 мин., 75 перцентиль – 13.95 мин. Среднее время измерения в полуавтоматическом режиме составило $10,45 \pm 0,81$ мин. Измерение объема печени в полуавтоматическом режиме выделения схожих вокселей показало среднее время в 8.46 ± 0.95 мин. Анализ значимости различий среди трех групп выявил $p=0,000000$. При

индивидуальном сравнении максимальный $p=0,001302$ был выявлен между ручным и полуавтоматическим режимами волюметрии.

Выводы. Продолжительность КТ-волюметрии при метастатическом поражении печени сопоставима с данными типичной волюметрии у других исследователей. Разница в скорости КТ-волюметрии доступными нам инструментами статистически значима и выдвигает на первый план полуавтоматический режим выделения схожих вокселей. Продолжительность измерения объема печени в этом режиме допускает использование метода врачами-рентгенологами в качестве рутинного.

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЛАЦЕНТ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ С ЗАДЕРЖКОЙ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ

Юдицкий А.Д., аспирант кафедры педиатрии и неонатологии, Юдицкая С.В.,
студентка 4 курса лечебного факультета

Руководитель: Коваленко Т.В., зав. кафедрой педиатрии и неонатологии,
д.м.н., проф.; Баженов Е.Л., доцент кафедры патологической анатомии,
к.м.н., доцент

ФГБОУ ВО ИГМА МЗ РФ, г. Ижевск

Среди недоношенных детей до 15-30% составляют новорожденные с задержкой внутриутробного развития (ЗВУР). Высокие показатели нарушений постнатальной адаптации, заболеваемости и смертности детей рожденных малыми к сроку гестации подчеркивают актуальность морфологической оценки плацентарных факторов, приводящих к формированию ЗВУР.

Цель исследования. Изучение патоморфологических особенностей плаценты у недоношенных детей, рожденных с ЗВУР.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов морфологического исследования плацент 33 недоношенных детей (срок гестации 28-34 недели): 17 – с ЗВУР (основная группа), 16 – с антропометрическими показателями, соответствующими сроку гестации (группа сравнения). Оценивали морфологические признаки инфекционного поражения, нарушение созревания плаценты, плацентарную недостаточность, а так же компенсаторно-приспособительные изменения с учетом варианта ЗВУР. Использовали непараметрические методы статистики: достоверность различий оценивали с использованием непараметрического критерия χ^2 Пирсона.

Результаты. Признаки инфекционного поражения плаценты зарегистрированы одинаково часто в обеих группах (82,4% - в основной группе, 93,8% - в группе сравнения). Получены достоверные различия в частоте отдельных морфологических признаков: в контрольной группе чаще отмечался децидуит (62,5%, $p < 0,05$, в группе сравнения – 35,3%). У детей с гипопластическим вариантом ЗВУР инфекционный процесс имел распространенный характер, проявляясь интервиллузитом (40,0%, $p < 0,05$, у детей с гипотрофическим вариантом – 0%), виллузитом (20,0%, $p < 0,05$, у детей с гипотрофическим вариантом – 0%) и краевым плацентитом (20,0%, $p < 0,05$, у детей с гипотрофическим вариантом – 0%).

Нарушения созревания плаценты одинаково часто встречались в обеих группах (в основной группе – 76,5%, в группе сравнения – 75,0%).

Признаки плацентарной недостаточности (ПН) являются наиболее типичными и обязательными у недоношенных детей и связаны с наличием «старых» синцитиальных почек, формирующихся при длительной гипоксии (в группе наблюдения – 100%, в группе сравнения – 94,1%). При этом проявления ПН у детей с гипопластическим вариантом ЗВУР были полиморфны: более часто наблюдались ишемические инфаркты (40,0%, $p < 0,05$, в группе детей с гипотрофическим вариантом – 0%) и кальциноз (100,0%, $p < 0,05$, в группе детей с гипотрофическим вариантом – 71,4%).

Компенсаторно-приспособительные изменения в плаценте преимущественно были обусловлены формированием «молодых» синцитиальных почек (в основной группе – 88,2%, в группе сравнения – 87,5%). У детей с ЗВУР чаще регистрировались синцитиокапиллярные мембраны (82,4%, $p < 0,05$, 62,5% - в группе сравнения), а компенсаторный ангиоматоз промежуточных терминальных ворсин – у новорожденных группы сравнения (37,5%, 17,6% - у детей основной группы).

Выводы. У недоношенных с задержкой внутриутробного развития наблюдаются глубокие патоморфологические изменения в плаценте. При гипопластическом варианте ЗВУР отмечается сочетание тяжелой плацентарной недостаточности и плацентита.

CORRECTION OF METABOLIC DISORDERS AND OXIDATIVE STRESS IN PATIENTS WITH HYPERTENSION DIABETES MELLITUS 2 TYPE

Al-Trawneh O.V., PhD student of the Department of clinical pharmacology

Scientific supervisor: professor Bobronnikova L.R.

Kharkov National Medical University, Kharkiv

Aim – to evaluate the effectiveness of using L-arginine in the treatment of patients with arterial hypertension (AH) in combination with diabetes mellitus type 2 (DM2).

Materials and methods of the research. The study involved 95 patients with stage II, 2nd degree of AH and subcompensated DM2. The average age of the patients was $47,3 \pm 5,3$ years old. The control group ($n = 20$) was comparable in age and sex.

Studies in carbohydrate metabolism: fasting blood glucose (FBG), glycosylated hemoglobin (HbA1c), insulin resistance index (HOMA-IR); lipid profile: low-density lipoprotein cholesterol (LDL-C), high-density lipoprotein

cholesterol (HDL-C); indicators of oxidative stress: superoxide dismutase (SOD) level, malondialdehyde concentration (MDA).

Depending on the type of treatment, patients were divided into groups: 1st group of patients (n = 46) received baseline antihypertensive therapy in accordance with protocols of assistance of the European Society of Hypertension (ESH, 2013) and metformin in a daily dose of 2000 mg; 2nd group (n = 49) received an additional L-arginine in a daily dose of 6000 mg. Patients were monitored for 12 weeks. Statistical analysis was performed using Microsoft Excel program, Statistica for Windows 8,0.

Results and its discussion. Patients from the 2nd group had significantly lower HOMA-IR compared with patients from the 1st group and the control ($p < 0.05$). FBG level in the 2nd group was ($7,6 \pm 0,4$ and $8,5 \pm 0,5$ mmol / l, $p < 0.05$, respectively). HbA1c index in the 2nd group was ($5,4 \pm 0,04$ and $7,3 \pm 0,41$ mmol / l, $p < 0.05$, respectively).

LDL-C level in patients of the 2nd group was significantly lower after the treatment in comparison with the 1st group of patients ($3,32 \pm 0,21$ and $4,66 \pm 0,32$ mmol/l, $p < 0.05$, respectively) and HDL-C indicators after treatment compared with patients in the 1st group were ($1,32 \pm 0,84$ and $1,24 \pm 0,54$ mmol / l, $p < 0.05$, respectively).

Indicators of SOD activity in 2 patients from the 2nd group after treatment increased by 16% in comparison with the increase in the 1st group to 6% ($p < 0.05$) and decreased level of MDA by 27% compared with a reduction in the 1st group - by 15% ($p < 0.05$).

In the 2nd group was found a significant decrease in systolic blood pressure ($164,2 \pm 5,6$ mmHg, after treatment $144,2 \pm 4,4$ mmHg, $p < 0.05$) and in diastolic blood pressure ($96,4 \pm 3,4$ mmHg, after treatment $88,4 \pm 2,6$ mmHg, $p < 0.05$).

Conclusions. In patients with concomitant course of AH and DM2 the appointment of L-arginine in a daily dose of 6000 mg, has contributed to improve the oxidative stress indicators, carbohydrate metabolism and reduction in the progression of atherosclerosis.

APPLICATION OF MATHEMATICAL MODELING FOR COMPARATIVE ANALYSIS OF DIFFERENT HEALTH CARE SYSTEMS

Veretelnyk O., Assistant of the Department of Social Medicine, Organization and
Economic of Public Health; Prokopenko K., MD, Resident of the Department of
Surgery №2; Prokopenko A., graduate student of the Department of Obstetrics,
Gynecology and Pediatric Gynecology
Supervisor: Chumak L.I., MD, PhD, Associate Professor
Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Reducing exposure of the risk factors and promotion of the positive factors that determine status of health, including the socio-economic, socio-biological, ecological and health organization etc., should be the main tasks of the health care system and state in particular. These tasks can be solved indifferent countries by different ways which is confirmed by a wide variety of existing health care systems.

Health system in Ukraine is undergoing a period of transformation now, and it is not always sustained. One way of changing of the existing health care system is to create the unique, entirely new one that takes into account the social, demographic, economic and other characteristics of the country for which it will be designed. Benchmarking can be the another way, i.e. to use a better experience of functioning of already existing health care systems. However, the disadvantage of benchmarking is the selection of the countries whose experience will be analyzed, because there are big variety of specific features, that are inherent the various countries. This disadvantage can be eliminated by using one of the cluster analysis methods. The essence of cluster analysis is to split a set of objects into homogeneous groups.

Thus, cluster analysis methods allow the researcher to distribute all countries with similar characteristics in separate clusters and analyze the functioning of systems of health care is in the countries that are in the same cluster as the surveyed countries, based on the core data characterizing the demographic

situation in the country, the effectiveness of the functioning of the system health, as well as some economic indicators of the country's development.

Conclusion: classification of countries based on predetermined characteristics can be developed, as well as their helpful conceptual group scheme may be examined through the use of cluster analysis. In addition, the information obtained can serve as the foundation for the development of hypothesis about expediency of use of the various mechanisms of improvement of the health care system that will allow researchers to solve the problem of choice the countries for comparative analysis.

COGNITIVE DISORDERS IN JUVENILE MYOCLONIC EPILEPSY

Moskaleva P.V., 5th year student, Shilkina O.S., postgraduate student of the
Department of medical genetics and clinical neurophysiology

Supervisor: Shnayder N.A., PhD, ScD

Krasnoyarsk State Medical University named after Prof. V. F. Voino-Yasenetsky,
Krasnoyarsk

Introduction: Juvenile myoclonic epilepsy (JME) is one of the most important syndromes of IGE, which is accompanied by frequent myoclonic jerks, predominantly in the arms, generalized tonic-clonic seizures and, less commonly, absences. The seizures usually occur shortly after awakening and are often precipitated by sleep deprivation. A smaller proportion of patients report that seizures may be associated with “thoughts and concentration” (23%) or hand activities (20%).

IGE is a socially significant disease with disadvantageous behavioral traits and poor social outcome. Social cognition is the ability to elaborate mental representations of social interactions to use them correctly in social contexts; it includes the attribution of cognitive and affective mental states to self and others, and presumably relies on complex fronto-temporal interactions.

Objective: to study the scientific literature about cognitive disorders in patients with JME, and provide data on the theories of cognitive dysfunction.

Materials and methods: we conducted a review of Russian and English literature available in PubMed and eLIBRARY.RU databases from 2008 to 2016, using the keywords «juvenile myoclonic epilepsy», «cognitive disorder» and identified 22 articles that meet the search criteria, dedicated the problem of cognitive impairment in patients with juvenile myoclonic epilepsy.

Results: Recent studies have demonstrated that individuals with JME who were followed over 25 years showed subtle anomalies in brain structure and cognition and poor long-term social outcomes when followed over 25 years, including depression, social isolation, and underemployment.

Different factors can have a debilitating effect on cognitive function in epilepsy, including underlying structural lesions and disorders that cause epilepsy, seizure type and frequency, presence of interictal epileptic discharges, age at onset, duration of epilepsy, and antiepileptic drug (AED) treatment. These impairments cause educational, vocational and management problems for patients. Patients with IGE demonstrated significantly lower scores on tests across seven cognitive factor-domains except visual-spatial abilities.

We considered four theories of cognitive disorders in JME:

1. Disease-related characteristics. This theory is supported by many scientific teams but cannot be recognized as only correct. It is possible to assume that the brain of JME already had pathological lesions, which are static and irreversible. But we must remember that cognitive impairment may be associated with other causes. Many scientists denote in their articles the consequence of antiepileptic medication which potentially contributed to cognitive impairment as the limitations of studying.

2. Adverse side effects of AEDs. Valproic acid medications is the drug of choice 1 queue in the treatment of JME, identified as the most dangerous and common in terms of the cognitive side effects. So, cognitive disorders in JME patients may be at least partially caused by medication side effects. But there are so

many controversial issues in this theory that this is likely not only cause of cognitive disorders.

3. Genetic predisposition theory. The database Online Mendelian Inheritance in Man (OMIM) reflected 9 chromosomal loci associated with the development of JME, including several loci potentially associated with the development of cognitive impairment (locus *EJM1* – gene *EFHC1*, locus *JM2* - gene *Cx-36*; locus *EJM3*, gene *BRD2*; locus *EJM2*, gene *CHRNA4*)

4. Cerebrocortical microdysgenesis. Microdysgenetic lesions were found in the neocortex and subcortical white matter of the frontal lobes and the hippocampus, which suggested a disorder in neuron migration and cortical disorganization.

Conclusion: Shown etiological heterogeneity of cognitive disorders in JME, including endogenous (genetic, micro- and macrostructural changes in the brain) and exogenous (drugs) factors.

GENERAL ASPECTS OF MEDICAL REHABILITATION

Podpryadova A.A., Assistant of the Department of Social Medicine, organizations
and economy of Public Health

Supervisor: Ognev V.A., Prof.

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Rehabilitation – it is an active process, the aim of which is to achieve full recovery of functions damaged due to disease or injury, or, if it is unreal, to provide the optimal implementation of the physical, mental and social potential of the disabled, the most adequate to its integration into society (according to the World Health Organization – WHO,1980).

Thus, rehabilitation should be seen as a complicated socio-medical problem, which has several aspects: medical (including psychological), professional (labor howling) and socio-economic.

Rehabilitation as a way to recover the disturbed functions of the organism has been known since very ancient times. Even ancient Egyptian doctors used some occupational therapy techniques to speed up the recovery of their patients. Doctors in the ancient Greece and Rome were also used in the medical complex physical activation of patients and occupational therapy.

The first definition of the term "rehabilitation" was given in 1903 by F. Namisto in the book "System of general guardianship of the poor."

Only in the end of the XIX century, and especially in the middle of the XX century, the problem of recovery of the disturbed functions of the organism has developed into a science -Medical Rehabilitation, when, after the First and Second World Wars, the number of disabled people in the fighting countries was too much, and their states cannot ignore this problem.

The basic principles of medical rehabilitation include: early beginning of rehabilitation measures; the complex approach to the application of the necessary funds; individualization of rehabilitation programs; stages of rehabilitation; continuity and consistency throughout all stages of rehabilitation; a combination of general and special actions; social orientation of rehabilitation; the use of methods of control loads adequacy and effectiveness of rehabilitation.

There are five main stages of medical rehabilitation: preventive, stationary, polyclinic, sanatorium, metabolic.

Thus, the medical rehabilitation in most cases prevents disability and give possibility to return to normal work, reduces the risk of recurrence of the disease, reduces the likelihood of hospital readmissions and needs for medications.

STRATEGY OF PUBLIC HEALTH CARE FOR OBESITY PREVENTION

Pomogaybo K.G., the Postgraduate student of the Department of Social Medicine,

Organization and Economy of Public Health Care

Supervisor: Ognev V.A., Dr of Science in Med., Professor

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Overweight and obesity - a serious public health problem in the European Region (WHO). 30-80% of adults are suffering from overweight in the European Region (WHO). About 20% of children and adolescents are overweight, in which one third of obesity occurs. The prevalence of obesity is rapidly increasing and by 2010 obesity suffer 150 million adults and 15 million children. A particularly worrying trend is the prevalence of obesity among children and adolescents. The annual growth rate of childhood obesity prevalence is increasing, and today it is 10 times higher than in the 1970s. This trend reinforces the obesity epidemic in adults and creates a growing threat to the health of the next generation. In most countries, determining eating habits, physical activity, overweight and obesity among different population groups is the responsibility of the Ministry of Health main departments. In order to ensure broad public awareness of the health, social and economic consequences of obesity, as well as find out who is responsible for public health, it is necessary to analyze the national and international evidence. To create a reliable national evidence base and formulate convincing arguments Ministry of Health and its affiliated companies firstly is necessary to give a description of the current prevalence of cases of overweight and obesity, and an assessment of eating habits and physical activity, in the entire population, and its subgroups, differing in age, gender, socioeconomic status and place of residence in a particular geographical area and to prepare plans for the future of the overweight monitoring system, obesity, eating habits and physical activity. Also, it is necessary to put the national objectives in relation to eating habits and physical activity, based on the recommendations for a healthy diet, national studies eating

habits and physical activity, setting out a number of tasks requiring the most urgent attention, such as increased consumption of fruits and vegetables double or halve the consumption of sweets, soft drinks, cakes, cookies, ice cream and similar foods, to identify the main national determinants of food consumption and physical activity, such as food supply, the role of the retail trade, changes in processed foods, transport, board for the entrance to the sports facilities, placement of activities and attractions. It is necessary to identify and evaluate groups and sectors that can influence on the factors that determine dietary habits and physical activity. Also, it is necessary to collect and analyze information on the current national policy, its strategies and objectives, and consider how it can be linked to policy measures to address such issues as health inequalities, public healthcare reform, school infrastructure, recreation youth and advertising of foodstuffs. Also, create a list of possible persons responsible for the implementation of the strategy, and ways to solve problems, to include the assessment of the cost of proposed activities, analysis of the state of the national health and national determinants of food consumption and physical activity.

Formulate a comprehensive goal throughout society, which can be applied to all sectors - for example, to achieve such a level of social organization in which all groups in the simplest option would be a choice in favor of a more healthy lifestyle. Formulate a goal, which would have the formation of eating habits and physical activity promoted; for example, provide access to the food so that fruits were easier to choose than the cake; and. To present the national government, this comprehensive document, with reference to the European Charter on Counteracting Obesity. To do this, the first step required competence and experience in the ministry health and or its partners.

Conclusions: In most countries it is the responsibility of the Ministry of Health to expertise necessary data to initiate the process of the fight against obesity, to draw public attention to the seriousness of the problem, provide information about its importance, to formulate the problem in relation to nutrition and physical activity. However, the only Ministry does not have the mandate to

develop the measures to implement others. Measures to combat obesity should also be carried out by other ministries: agriculture, trade and economy, education, media and communications, finance and transportation. To apply a multidisciplinary approach, which was proposed in the WHO Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health, it is necessary to develop measures based on the activities of each of the relevant ministries. Various sectors must contribute to the analysis of the problem and to feel responsibility for its decision. Otherwise, the policy will not be turned into real action. Thus health ministers face the problem of how to bring this issue beyond their ministries to achieve the government recognition of its priority.

PREVENTION OF TUMORAL DISEASES

Ulugbekova B. D., 3rd year student of Pediatric faculty

Supervisor: Ahmadhodjaeva M.M., Ass. Prof., Public Health Department

Andijan State Medical Institute, Andijan, Uzbekistan

Research objective: to enrich the knowledge of the population about possibilities to prevent of development of tumors, and also to motivate conducting healthy mode of life.

Methods. Object of research were the respondents having tumors. The basic method of research: the express - interview.

One of the significant changeable factors influencing frequency of lung cancer, is smoking. Together with improper diet and influence of the environment, smoking is important risk factor for the malignant tumors development. Other factors increasing frequency of the malignant tumors are: alcohol (promotes tumors of oral cavity, esophagus, mammary gland), hypodynamia (cancer of a thick gut, mammary gland cancer), excessive weight (a cancer of a thick gut, a mammary gland cancer, endometritis), radiation. In development of oncological diseases a certain role plays viruses (the hepatitis B increases risk of development

of tumors of a liver, and in papilloma-virus infection plays the important role in the occurrence of a cancer of neck of a uterus).

The most frequent form of cancer illness is the lung cancer - 13 %. The second place takes mammary gland cancer - 12 %. The third place is occupied with a cancer of a thick gut - 10 %.

Results of the investigation shown that the risk to get lung cancer of the respondents who ate garlic twice a week is almost twice less (44 %). Appeared, what even if the respondent smoked the effect all the same was present only in 30 % of cases. It is revealed that development of tumors is influenced rather by environmental factors than genetic predisposition. 30 basic cellular mutations leading to a cancer (a thick gut, a bladder, a thyroid gland) have been estimated. It appeared that only 10-30 % from them are invoked by internal factors, such as a heredity while 70-90 % of mutations are bound with the influence of harmful environmental factors.

Benign tumors at children compound 92, 8 %, malignant 7,2 % (without taking into account leukemia and lymphogranulomatosis). Among benign tumors in children 63% is vascular, 10 % - osteal, tumors of the excitatory system - 2 %, dermoids -10 %, myomas, fibromas, teratomas, papillomas - 3 %.

Conclusion: to decrease risk of tumors among the population it is necessary to promote the correct attitude to the health, meaning observance of elementary rules of preventive maintenance and regular medical examination that allows to reduce risk of cancer development by 90 %.

VIII Конференция молодых ученых РМАНПО
с международным участием
«ГОРИЗОНТЫ МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ»

Материалы конференции

Том II

Подписано в печать 11.04.2017
Печ. л. 20,25
Заказ № 65

Формат 60×84 $\frac{1}{16}$
Тираж 500 экз.

Российская медицинская академия непрерывного
профессионального образования
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России
Ул. Баррикадная, 2/1, стр. 1, Москва, 125993
Электронный адрес www.rmapo.ru
E-mail: rmapo@rmapo.ru

Отпечатано в ФГБОУ ДПО РМАНПО
Ул. Баррикадная, 2/1, стр. 1, Москва, 125993