

**ПРАВИТЕЛЬСТВО УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ
УЛЬЯНОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
ЦЕНТР ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ
УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ
АССОЦИАЦИЯ СОДЕЙСТВИЯ РАЗВИТИЮ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
«МЕДИЦИНСКАЯ ПАЛАТА УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ»**

ГОД СЕМЬИ: ВЕКТОР ДЛЯ РЕШЕНИЯ ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ЗАДАЧ

**Сборник тезисов 59-й научно-практической медицинской
конференции в Ульяновской области
(23–24 мая 2024 г.)**

В 2 частях

Часть 1

Электронное текстовое издание

Под редакцией В.Г. Карауловой, В.В. Машина

Ульяновск
2024

УДК 614.39(063)
ББК 51.1(2Рос)я433
Г59

Рецензенты:

В.Г. Караулова, председатель Ассоциации содействия развитию здравоохранения «Медицинская палата Ульяновской области», исполняющий обязанности главного врача ГУЗ «Центр общественного здоровья и медицинской профилактики Ульяновской области»;

В.В. Машин, директор Института медицины, экологии и физической культуры ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет», д.м.н., профессор;

В.И. Мидленко, научный руководитель Института медицины, экологии и физической культуры ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет», д.м.н., профессор;

С.Н. Милашина, начальник отдела коммуникационных и общественных проектов ГУЗ «Центр общественного здоровья и медицинской профилактики Ульяновской области»;
М.Е. Шалягина, первый заместитель министра здравоохранения Ульяновской области

Г59 **Год семьи: вектор для решения демографических задач :** сборник тезисов 59-й научно-практической медицинской конференции в Ульяновской области (23–24 мая 2024 г.) : в 2 частях. Часть 1 : электронное текстовое издание / под редакцией В.Г. Карауловой, В.В. Машина. – Ульяновск : УлГУ, 2024. – 330 с. – URL: <http://lib.ulsu.ru/MegaPro/Download/MObject/15819>. – Текст : электронный.

В настоящий сборник включены статьи и тезисы научных исследований врачей, преподавателей, ученых, практиков, среднего медицинского персонала по актуальным вопросам организации здравоохранения и общественного здоровья, оказания первичной медико-санитарной помощи, а также вопросам повышения доступности и качества оказания медицинской помощи в Ульяновской области.

Издание предназначено для руководителей системы здравоохранения, специалистов амбулаторно-поликлинического звена и стационаров медицинских организаций, работников сферы науки и образования, студентов и аспирантов медицинских вузов, а также адресовано широкому кругу читателей, интересующихся исследованиями и разработками в сфере здравоохранения.

УДК 614.39 (063)
ББК 51.1(2Рос)я433

© Ульяновский государственный университет, 2024
© Министерство здравоохранения Ульяновской области, 2024
© Центр общественного здоровья и медицинской профилактики Ульяновской области, 2024

Содержание

Раздел 1. Акушерство, гинекология	16
<i>Иглина М.А., Куткова Ю.К., Белоглазова О.Н.</i>	
Результаты пренатального и неонатального скринингов в Ульяновской области по итогам 2023 года.....	16
<i>Иглина М.А., Антонеева И.И., Завьялова Е.И., Бондалетова Е.М.</i>	
Сложности выявления предраковых заболеваний и рака шейки матки в Ульяновской области по итогам 2023 года	19
<i>Кузнецова Н.Г., Минаева А.В.</i>	
Оценка исходов очень ранних преждевременных родов.....	22
<i>Кан Н.И., Кузнецова Н.Г., Казаков А.Н.</i>	
Профилактика массивных акушерских кровотечений	24
<i>Белоглазова О.Н., Юренков Д.В., Ермошин А.Г., Соломянный Э.О., Корнилова Т.Ю.</i>	
Редкий случай спонтанного разрыва селезенки в послеродовом периоде	26
<i>Касымова Д.Р., Вишневская Д.О., Чистякова С.С.</i>	
Ультразвуковой мониторинг в пренатальной диагностике аномалий мочевыделительной системы плода как инструмент совершенствования прогнозирования	29
<i>Сапрыгина З.А.</i>	
Сверххранние преждевременные роды. Роль инфекции	30
<i>Корнилова Т.Ю., Шудинова Н.Н., Ситкова О.В., Хомутова Л.Ю.</i>	
Эффективность антигестагена в преиндукции и индукции родов на доношенных сроках гестации	33
<i>Пахарева Е.К., Соломянный Э.О., Семенова Н.Л., Еремина О.В.</i>	
Клинический случай перипартальной кардиомиопатии.....	35
<i>Корнилова Т.Ю., Белоглазова О.Н., Пуцкова Л.В., Добролюбская М.А.</i>	
Особенности течения беременностей, наступивших после программ вспомогательных репродуктивных технологий	38
<i>Вишневская Д.О., Касымова Д.Р., Куткова Ю.К.</i>	
Макросомия как признак нарушения углеводного обмена или как диагностический признак редкого наследственного синдрома Беквита – Видемана. Трудности дифференциальной диагностики	40
<i>Корнилова Т.Ю., Белоглазова О.Н., Селезнева Н.П., Нурахмедова Э.Р.</i>	
Доступность лечения бесплодия с помощью ВРТ в различных социально-экономических группах	43

<i>Савенко С.В., Пигина Г.Р., Серова Л.П., Тонеева С.Н.</i>	
Случай успешного лечения ТМА.HELLP-синдрома. Клинический случай	44
<i>Чистякова С.С., Касымова Д.Р., Куткова Ю.К., Сидорова Р.Х.</i>	
Пренатальная ультразвуковая диагностика редкой формы скелетных дисплазий: черепно-ключичный дизостоз (синдром Шейтхауэра – Мари – Сентона)	46
<i>Корнилова Т.Ю., Белоглазова О.Н., Аничкина Э.Э., Добролюбская М.А.</i>	
Поиск решений, позволяющих снизить частоту оперативного родоразрешения у женщин с одноплодной беременностью после ЭКО	48
<i>Маршанина Л.С., Горчинская Е.А., Эйвазова А.М., Таджиева В.Д.</i>	
Рубец на матке: роды через естественные родовые пути!?	51
<i>Захаревский С.А., Коновалова А.С.</i>	
Беременность в рубце на матке после операции КС.	
Разбор клинических случаев.....	53
<i>Захаревский С.А., Коновалова А.С.</i>	
Гистерорезектоскопия при лечении внутриматочной патологии.....	56
<i>Хованская Т.Н., Гончарова З.Ф.</i>	
Экстрагенитальная патология и беременность: проблема современного акушерства.....	58
<i>Козырева Е.В., Давидян Л.Ю., Соловьева И.Л.</i>	
Иммуноцитохимические особенности эндометрия у женщин с бесплодием и неудачными попытками вспомогательных репродуктивных технологий	60
Раздел 2. Анестезиология	62
<i>Архиреева Л.Ю., Дубаносов В.В., Шилова А.А., Архиреева А.А.</i>	
Современные представления о механизмах поражения печени при перитоните и их роли в детоксикационной терапии.....	62
<i>Айнулов С.М., Стародубов А.О., Тамаева А.А., Богаченок Д.А.</i>	
Оценка эффективности заместительной почечной терапии у реанимационных пациентов с тяжёлым декомпенсированным поражением печени, осложнённым гепаторенальным синдромом	64
<i>Архиреева Л.Ю., Дубаносов В.В., Шилова А.А., Архиреева А.А.</i>	
Макромолекулярные механизмы изменения кишечной проницаемости в этиопатогенезе энтеральной дисфункции	66
<i>Стародубов А.О., Айнулов С.М., Богаченок Д.А., Тамаева А.А.</i>	
Сравнительный анализ методов профилактики тромбоэмболических осложнений в отделении реанимации и интенсивной терапии	67

<i>Бирюков В.М., Канайкин В.А., Тякин К.О., Вдовин А.Г.</i> Эффективность автоматизированного перитонеального диализа при лечении хронической почечной недостаточности у детей	69
<i>Тарасов В.А., Пармёнов А.Е., Слостён Е.В.</i> Опыт применения препарата «Фортелизин» при остром ишемическом инсульте.....	70
<i>Асатурян К.Г., Пигузов В.А., Сидреев И.А., Машин В.В.</i> Оптимизация периоперационной терапии пациентов, перенесших аортокоронарное шунтирование в условиях экстренного кардиохирургического центра	72
<i>Бурганов Р.К., Ярзуткин А.Н., Сайдаков А.В., Емелькин Н.В.</i> Оценка влияния общей и проводниковой анестезии на пациентов с переломами верхней конечности	74
<i>Галкин И.А., Ножкин И.Ю., Лам А.Т., Потанцев Ю.А.</i> Современное средство обеспечения послеоперационной анальгезии: тафалгин (тирозил-d-аргинил-фенилаланил-глицин амид). Опыт применения в отделении реанимации и интенсивной терапии.....	76
<i>Комаров А.С., Дубаносов В.В., Пыренков В.Н.</i> Применение методов изолированной гемосорбции в интенсивной терапии в отделении анестезиологии и реанимации ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска».....	78
<i>Палаткина М.Е., Кулезин А.В., Багаров Р.Б., Остудин С.В.</i> Применение периферически имплантируемого центрального венозного катетера (ПИК) в ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница» онкогематологическим пациентам.....	80
<i>Тякин К.О., Вдовин А.Г., Бирюков В.М., Канайкин В.А.</i> Особенности организации работы Дистанционного консультативного центра с выездными анестезиолого-реанимационными неонатальными бригадами на базе Центра анестезиологии и реанимации ГУЗ «Ульяновская областная детская клиническая больница имени политического и общественного деятеля Ю.Ф. Горячева»	82
<i>Шилова А.А., Макаров П.В., Кузин Е.В., Архиреева Л.Ю.</i> Опыт использования альтернативных методик при трудных дыхательных путях.....	84
<i>Казакова А.С., Куземина Е.А., Лаврик М.В., Паничкина А.А.</i> Тромбоцитарные индексы как предиктор преэклампсии	85

Раздел 3. Внутренние болезни..... 88

Милюкова Г.Н., Песков А.Б., Манина Н.А., Хохлов М.П.

Эпидемиологические характеристики сахарного диабета
у взрослых пациентов Ульяновской области..... 88

Визе-Хрипунова М.А., Каширина А.Н., Гноевых Е.В., Турецкая М.А.

Повреждение почек как предиктор неблагоприятного течения
цирроза печени 90

Царева А.А., Разин В.А., Сурминова А.Ю., Бурнашев Р.Р., Камалетдинова А.Ф.

Влияние ингибиторов SGLT2 рецепторов на давление в легочной
артерии и функциональный статус пациентов с хронической
сердечной недостаточностью с низкой фракцией выброса 92

Егорычева С.М., Соломянная Н.О.

Клинический случай из реальной клинической практики:
пациент с неясной протеинурией 95

Милюкова Г.Н., Юдина Е.Е., Голубцова Т.С., Хохлов М.П.

Аспекты коморбидности у пациентов, страдающих сахарным
диабетом 2 типа 97

Толстыга М.И., Слотвинская Л.В., Гусейнов С.М., Абдуллаев Ф.С.

Новая коронавирусная инфекция как фактор риска развития ТЭЛА 99

Марковцева М.В., Есефьева Н.Б., Трифонова М.С., Хлопкова Е.О.

К вопросу о хронической болезни почек у пациентов
с хроническим лимфолейкозом 101

Каширина А.Н., Визе-Хрипунова М.А., Шаршова С.М., Петров А.Д.

Пациент с факторами риска НАЖБП на приеме врача-терапевта..... 103

Сакаева Э.Р., Ефремова Е.В., Ребровская М.М., Шутов А.М.

Изучение выделения биомаркеров IL-6, VEGF-A, MCP-1 почками
после перенесённого COVID-19 105

Сахаров В.С., Трошина Н.В., Шафигулин А.Р.

Оказание медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом
с подъемом сегмента ST на догоспитальном этапе согласно клиническим
рекомендациям Министерства здравоохранения Российской Федерации 107

Шаповал Н.С., Демина О.В., Климочкина М.И.

Состояние мозгового кровообращения и липидный спектр у больных
с нейросенсорной тугоухостью 108

Швецова Ж.И., Мовчан Е.В., Андреева О.А., Калининкова Е.А.,

Мещанинова С.Б.

Анализ проводимой амбулаторной реабилитации пациентов

с сердечно-сосудистыми заболеваниями в условиях поликлиники ГУЗ «Областной кардиологический диспансер»	110
<i>Кузнецова Т.С., Крикова М.А., Трошина И.Ю., Авдеев А.Д.</i>	
Клинические проявления IGA-нефропатии и результаты проводимой терапии	113
Раздел 4. Геронтология и гериатрия	116
<i>Еремеева О.Н., Кукушкина Н.Н., Шумилова М.С.</i>	
Особенности липидного профиля у пациентов со старческой астенией	116
<i>Олейникова А.В.</i>	
Эффективность применения курса галотерапии в комплексной реабилитации пациентов с коронарной болезнью сердца	117
<i>Вылегжанина О.Н., Колчин Д.В., Каримова Э.А., Вериялова И.Ю.</i>	
Арт-терапия как способ немедикаментозной коррекции психоземotionalного состояния лиц с ОНМК на этапе медицинской реабилитации.....	119
<i>Пономарева Н.Н., Сайфутдинова Ф.А., Бондаренко П.И., Сайфутдинов К.А.</i>	
Анализ микробиологической структуры, антибиотикорезистентности, чувствительности к дезинфектантам возбудителей катетер-ассоциированных инфекций у пациентов урологического профиля	121
<i>Вериялова И.Ю., Поповнина О.Ю., Макарова Е.И.</i>	
Комплексная коррекция речевых нарушений в раннем постинсультном периоде	123
<i>Драпова Д.П., Слободнюк Н.А., Федулова М.Е., Рузов В.И.</i>	
Применение немедикаментозных технологий в лечении венозной недостаточности у пациентов с сахарным диабетом	125
<i>Курганова Ю.Н., Сидорова Ю.Ю.</i>	
Поздние потенциалы желудочков у мужчин с артериальной гипертонией с сопутствующим псориазом.....	127
Раздел 5. Дерматовенерология	129
<i>Магомедов М.А.</i>	
Вехи истории кожно-венерологической службы. Посвящается 100-летнему юбилею кожно-венерологической службы Симбирского края	129
<i>Гумаюнова Н.Г., Куликова М.В., Магомедов М.А., Каримов И.Р.</i>	
Инфекционные экзантемы в практике врача-дерматовенеролога	133
<i>Ермолаева И.Ю., Разин В.А., Нестеров А.С.</i>	
Проблема полиморбидности при терапии пациентов с онихомикозом в сочетании с хроническим коронарным синдромом	136

<i>Золотнова В.Ю., Кожаринова Я.Э., Маркелова Н.И., Шульга А.О.</i>	
Расширяя границы терапии подрывающего фолликулита Гоффмана.....	138
<i>Золотнова В.Ю., Кожаринова Я.Э., Шульга А.О., Маркелова Н.И.</i>	
Эффективность дупилумаба при лечении тяжелого атопического дерматита у ребенка	140
<i>Куликова М.В., Бурнашева Л.Н.</i>	
Особенности психоэмоционального статуса больных атопическим дерматитом.....	143
<i>Каримов И.Р., Клочкова Ю.Е.</i>	
Этиологическая структура бактериальных инфекций кожи.....	144
<i>Михайлова И.Н., Фалина Е.Ю., Магомедов М.А., Демина О.В.</i>	
Клинический случай профессиональной токсической меланодермии	146
<i>Пришельцева Е.В., Коноплина О.В.</i>	
Лечение выпадения волос при себорейном дерматите.....	148
<i>Сергиенко А.В., Кабаева О.С.</i>	
Причины рецидива акне после полученного курса системного изотретиноина	149
<i>Сибеева Р.Х.</i>	
Визуальные формы рака кожи в практике врача-дерматовенеролога первичного звена	151
<i>Тихомирова А.В.</i>	
Анализ эффективности применения наружной терапии препаратами ингибиторов кальциневрина в лечении и профилактике рецидивов атопического дерматита	153
<i>Круглова Н.А., Миннабетдинова Л.Ш.</i>	
Опыт применения плазмотерапии при телогенном выпадении волос.....	154
<i>Шуюкова Е.В., Вильданова А.И., Гумаюнова Н.Г.</i>	
Клинический случай редко встречающейся у детей формы псориаза (ладонно-подошвенный псориаз) в практике врача-дерматовенеролога	155
Раздел 6. Инфекционные болезни. Эпидемиология. Гигиена.....	158
<i>Нафеев А.А., Салина Г.В., Жукова Е.Ю.</i>	
Новые гемотрасмиссивные инфекции «Лихорадка Западного Нила»	158
<i>Дубовицкая Е.Н., Хакимова Д.А., Айнутдинова Г.М., Ишутова А.П.</i>	
Особенности эпидемиологического процесса заболеваемости корью в 2023 году на территории Ульяновской области.....	160

<i>Борисова Е.В., Титова Г.В.</i> Возможности капиллярного электрофореза при определении анионов в различных типах вод.....	162
<i>Вовкотеч П.Г., Колемагина Е.В., Салина Г.В.</i> Опыт работы по кровососущей красноглавой мошке (<i>Voorphthora erythrocephala</i>) на северо-западе Ульяновской области	164
<i>Речник В.Н., Савинова Г.А.</i> Клинический случай завозной малярии на территории Ульяновской области	165
<i>Безъязычный А.В., Сайфутдинова Ф.А., Лавренюк С.А., Сайфутдинов К.А.</i> Факторы риска возникновения катетер-ассоциированных инфекций мочевого тракта у пациентов урологического профиля старше 60 лет.....	168
<i>Речник В.Н., Савинова Г.А.</i> Цитомегаловирусный гепатит у взрослых.....	171
<i>Кузьмина А.А., Ильмухина Л.В., Верушкина А.С., Саранская Я.Е.</i> Оказание специализированной медицинской помощи детям с хроническим вирусным гепатитом С на территории Ульяновской области.....	172
<i>Кутинова С.В., Салина Г.В.</i> Актуальные аспекты в эпидемиологии хронических вирусных гепатитов	174
<i>Сорокина Л.В., Цветкова О.В.</i> Особенности защиты прав потребителей в ковидный, постковидный периоды	176
<i>Халиуллов И.Э., Ешков Д.А.</i> Анализ рентгенологических исследований населения Ульяновской области по результатам радиационно-гигиенической паспортизации за 2018–2022 годы.....	179
<i>Шальнева И.А., Зубкова Т.М., Кочнева С.И.</i> Органолептический анализ в проведении санитарно-гигиенических лабораторных исследований.....	181
Раздел 7. Информационные технологии в системе здравоохранения.....	183
<i>Механюк А.В., Курзаев А.Ю., Шабашова Ю.В.</i> Внедрение системы поддержки принятия врачебных решений на основе искусственного интеллекта в Региональную медицинскую информационную систему.....	183
<i>Семененко Д.С., Механюк А.В., Аникин А.В.</i> Система безопасности значимых объектов критической информационной инфраструктуры в медицинской организации.....	186

Раздел 8. Клиническая лабораторная диагностика	190
<i>Вяльдина В.В., Образцова Т.М.</i>	
Определение антител к циклическому цитруллинированному пептиду на анализаторе «Маглуми 2000 плюс»	190
<i>Лаврик М.В., Измайлова М.М., Феоктистова Е.А.</i>	
Значение расчетных показателей гематологического анализатора в общем анализе крови при диагностике анемий у беременных	192
<i>Даньшина А.В., Клочкова Ю.Е., Анурина Д.К.</i>	
Цитологический скрининг рака шейки матки	194
<i>Лаврик М.В., Феоктистова Е.А., Камалдинова Ю.В., Захаров М.В.</i>	
Диагностическая ценность тромбоцитарных индексов в оценке риска осложнений у беременных с HELLP-синдром	196
<i>Рябыкина А.В., Чернышева О.А.</i>	
Агрегация тромбоцитов как важный фактор погрешностей общего анализа крови	198
<i>Цуюк Н.Е., Винокурова Е.В.</i>	
Видовая структура сальмонелл и чувствительность возбудителей к антимикробным препаратам при сальмонеллезных инфекциях у детей	200
Раздел 9. Лучевая диагностика.....	202
<i>Алиева О.Д., Бакуттов А.В., Асадулаева М.М., Андрианов А.И.</i>	
Магнитно-резонансная томография 3Tsl. Особенности метода и клиническое применение	202
<i>Бакуттов А.В., Алиева О.Д., Асадулаева М.М.</i>	
Диагностическая эффективность магнитно-резонансной томографии в выявлении острого пиелонефрита беременных	203
<i>Шурыгина Л.В., Шалашева Е.А.</i>	
Выявление признаков варикозной болезни у беременных и больных послеродового отделения.....	205
<i>Алиева О.Д., Бакуттов А.В., Асадулаева М.М.</i>	
Магнитно-резонансная томография в диагностике патологии плаценты при беременности	207
<i>Айнулова Е.Н., Корженевич Р.К., Кирпичев А.В., Андрианов А.И.</i>	
Патологические изменения сосудов, выявляемые при КТ-ангиографии экстракраниальных МАГ	209
<i>Андрианов А.И., Корженевич Р.К., Айнулова Е.Н., Кирпичев А.В.</i>	
КТ в диагностике органического заболевания кишечника.....	212

<i>Кирпичев А.В., Корженевич Р.К., Сагель М.В., Андрианов А.И.</i>	
КТ-диагностика заболеваний среднего уха	214
<i>Хамидов А.В., Хамидулина Г.А., Абдусаламова Л.И.</i>	
Эхокардиографическая оценка анатомии и непосредственных результатов хирургической коррекции у больных с неполной формой атриовентрикулярного канала	216
<i>Поспелова В.Е., Сагель М.В., Кирпичев А.В., Андрианов А.И.</i>	
КТ-диагностика гранулематоза с полиангиитом (болезни Вегенера)	217
<i>Ямборко И.О., Коновалова А.С., Захаревский С.А.</i>	
Ультразвуковая диагностика спонтанного разрыва матки по рубцу после кесарева сечения	219
<i>Ширяева Н.В., Бырина А.В.</i>	
Ультразвуковая диагностика дирофиляриоза мягких тканей	221
Раздел 10. Медицинская психология, превентология и психотерапия	223
<i>Сиденкова Ю.В., Малышева Е.В., Горгадзе С.Н., Фирсова О.В.</i>	
Анализ обращений за медико-психологической помощью участниками СВО и членами их семей в Ульяновской области в 2023 году	223
<i>Картламаева Е.В., Макарова К.В., Шеймухова Л.В.</i>	
Анализ работы кабинета медико-психологического консультирования ГУЗ «Городская клиническая больница святого апостола Андрея Первозванного»	225
<i>Малышева Е.В., Сиденкова Ю.В., Куликов В.Д.</i>	
«Психологическая разминка» как эффективная форма работы в стационаре онкологического профиля в условиях ограничения карантином	226
<i>Волкова Л.В., Белянкин М.В., Шишов О.В., Юдин А.А.</i>	
Коррекция и диагностика эмоционального фона созависимых.....	228
<i>Уваров М.Н.</i>	
Опыт работы поддерживающей группы для врачей Центра СПИД.....	231
<i>Кузьмина А.Г., Ведянова О.П., Волков Д.В., Дёмин А.В.</i>	
Развитие новых возможностей телемедицины для проведения клинического анализа психотерапевтической работы. Из нового опыта взаимодействия ИПМП им. Б.Д. Карвасарского и ГУЗ «Ульяновская областная клиническая наркологическая больница»	233
<i>Губкина С.В., Ярзуткин С.В., Сабитов И.А., Сухорукова М.В.</i>	
Исследование отношения к получению медико-психологической	

помощи студентов на фоне проявления симптомов кластера депрессивных и тревожных расстройств	235
Раздел 11. Неврология, нейрохирургия	237
<i>Грешнова И.В., Жаринова Н.О., Федотова Т.В.</i>	
Рассеянный склероз и заболевания спектра нейрооптикомиелита.....	237
<i>Жаринова Н.О., Преображенская Е.С., Щеголева Н.А., Яковлева Л.И.</i>	
Ведение пациентов со спинальной мышечной атрофией в условиях неврологического отделения ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»	239
<i>Федотова Т.В., Алексеева Е.И., Малянкова В.П., Морозова Т.В.</i>	
Диагностика оптикомиелита Девика в практике врача-невролога	241
<i>Мидленко А.И., Рябов С.Ю., Мидленко Н.М., Нахапнюк С.С.</i>	
Качество жизни детей с опухолями головного мозга	242
<i>Авдеенко М.В., Бондарь Т.К., Гурьянова Н.В., Биктимирова К.Т.</i>	
Канцер-ассоциированный инсульт в практике невролога отделений ОНМК	246
<i>Мидленко А.И., Рябов С.Ю., Науметов А.К., Мидленко Н.М.</i>	
Ближайшие результаты хирургического лечения и выживаемость детей с опухолями головного мозга	248
<i>Машин В.В., Котова Е.Ю., Пыльнова Л.М., Щедрина М.С.</i>	
Значение нейропротективной терапии в лечении пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией с когнитивными нарушениями.....	252
<i>Мидленко А.И., Ишматов Р.Ф., Мидленко К.М., Рябов С.Ю.</i>	
Факторы риска развития осложнений после удаления опухолей головного мозга	254
<i>Кувайская А.А., Удалов Ю.Д., Белова Л.А., Киселева А.А.</i>	
Реабилитация больных раком молочной железы с кардиоваскулярной формой автономной нейропатии	257
<i>Павлова В.А., Гурьянова Н.В., Анохина И.А., Зотина А.А.</i>	
Опыт применения механической тромбэкстракции при ишемическом инсульте в ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница».....	259
<i>Чубарова С.П., Мاستрюкова О.В., Лапина С.М., Емдиханова Д.Д.</i>	
Нарушения митохондриального БЕТА-окисления жирных кислот, клинический случай позднего дебюта заболевания	261
<i>Кувайская А.А., Удалов Ю.Д., Белова Л.А., Баргаева Д.Т.</i>	
Кардиоваскулярная форма автономной нейропатии у больных раком молочной железы в процессе комплексной терапии: диагностика, реабилитация.....	263

<i>Клочкова Е.А., Балимбетова И.Г., Прошин А.Н., Кудачков С.И.</i>	
Клинический случай диагностики наследственной моторно-сенсорной полинейропатии (болезнь Шарко – Мари – Тута тип II)	265
<i>Мидленко А.И., Рябов С.Ю., Ишиматов Р.Ф., Мидленко Н.М.</i>	
Оценка вегетативного статуса у детей, перенесших повторную легкую черепно-мозговую травму	267
<i>Ситникова А.И., Белова Л.А., Белов Д.В., Киселева А.А.</i>	
Влияние конституциональной венозной недостаточности на пациентов с церебральными венозными тромбозами и атеротромбозами	269
<i>Мидленко А.И., Рябов С.Ю., Мидленко К.М., Гафуров Р.Р.</i>	
Изменения электроэнцефалограммы у детей	271
<i>Хаernasов Ш.Ф.</i>	
Современные немедикаментозные методы в лечении дискогенной пояснично-крестцовой радикулопатии.....	272
<i>Абрамянец Э.Р., Пальцинцева И.Б.</i>	
Современный комплексный подход в коррекции заикания у детей в условиях стационара.....	275
Раздел 12. Онкология, паллиативная медицина.....	278
<i>Шабалина О.В., Данилова Л.А., Романова А.В., Щелькалина С.А.</i>	
Выполнение целевых показателей национального проекта «Здравоохранение» в рамках региональной программы «Борьба с онкологическими заболеваниями» в Ульяновской области в 2023 году	278
<i>Шабалина О.В., Куликов В.Д., Фехретдинова З.К., Имамдинова Р.Р.</i>	
Основные показатели работы ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер» в 2023 году	280
<i>Панченко С.В., Куликов В.Д., Шарафутдинов М.Г., Панченко И.С.</i>	
Оценка эффективности онкоскрининговых программ, реализуемых на территории Ульяновской области в 2018–2023 гг.....	282
<i>Шарафутдинов М.Г., Матвеева Л.В., Данилова Л.А., Панченко С.В.</i>	
30 лет кафедре онкологии и лучевой диагностики	284
<i>Жинов А.В., Городнов С.В., Казыханов Р.И., Мохаммад Сарвар Мохаммад Самир</i>	
Опыт наружного чрескожного чреспеченочного дренирования желчных путей под контролем УЗИ у пациентов с механической желтухой опухолевой этиологии в условиях хирургического отделения абдоминальной онкологии ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер»	287

<i>Жинов А.В., Городнов С.В., Романов Н.А., Камалов Б.Х., Аброськин Б.В.</i> Опыт формирования панкреатикоюноанастомоза при панкреатодуоденальной резекции.....	290
<i>Базюк А.А., Полякова Е.В., Волкова Е.Е.</i> Лимфосцинтиграфия при операциях с детекцией сторожевых лимфатических узлов при различной локализации первичного очага	291
<i>Музяков В.В.</i> Способ консервативной терапии сером в раннем и позднем послеоперационных периодах на молочной железе	293
<i>Немчак А.Л., Панченко И.С., Суетин А.В., Рахматуллина Э.Т.</i> Оценка качества жизни больных раком молочной железы после проведения реконструктивно-пластических операций.....	297
<i>Панченко И.С., Панченко С.В., Шарафутдинов М.Г., Музяков В.В.</i> Взаимосвязь генов с прогрессированием у пациенток с трижды негативным раком молочной железы	299
<i>Тонеев Е.А., Куликов В.Д., Данилова Л.А., Деньгина Н.В.</i> Результаты химиолучевого лечения больных раком грудного отдела пищевода с использованием схемы химиотерапии FolFox	300
<i>Тонеев Е.А., Мартынов А.А., Заринов Л.Р., Лисютин Р.И.</i> Сравнительный анализ выполнения гибридной и стандартной эзофагэктомий по McKeown.....	303
<i>Хуртина Ю.Н., Подъячева О.А., Матвеева Л.В.</i> Клинический случай лечения лимфомы Беркитта, ассоциированной с ВИЧ-инфекцией	305
Раздел 13. Организация здравоохранения и общественное здоровье	308
<i>Корнилова Н.Н., Филиппова С.И., Милашина А.А.</i> Причины демографических проблем глазами женщин	308
<i>Верушкина А.С., Горбунов В.И., Французов Д.С., Кузьмина А.А.</i> Направления повышения эффективности медицинской организации	310
<i>Бакумцева Н.Н, Соломянная Н.О., Гусейнова Ч.А.</i> Анализ больничной летальности от острого нарушения мозгового кровообращения в ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска» в зависимости от удаленности («плечо доставки») прикрепленных районов к первичному сосудистому отделению.....	312
<i>Верушкина А.С., Горбунов В.И., Французов Д.С., Кузьмина А.А.</i> Эффективность реализации проекта по организации отделения неотложной медицинской помощи детям	314

<i>Фирсов П.А., Соломянная Н.О., Дементьев И.Н.</i> Организация работы центра амбулаторной онкологической помощи в ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска»	316
<i>Рекина Е.Л., Исаева И.Н., Возженникова Г.В.</i> Актуальность и эффективность раннего выявления социально значимых заболеваний при диспансеризации взрослого населения	319
<i>Воробьева Л.В., Хапман М.Э.</i> Организация рекрутингового центра в Федеральном регистре доноров костного мозга и (или) гемопоэтических стволовых клеток на базе ГУЗ «Ульяновская областная станция переливания крови».....	320
<i>Горбунов В.И., Возженникова Г.В., Камардин С.В., Сухих С.С.</i> Врач-хирург Поленов А.Л. в Симбирске: диапазон хирургической деятельности	323
<i>Горбунов В.И., Кощеев С.П., Рогова Ю.Ю., Исаева И.Н.</i> Дело Е.М. Чучкалова продолжается.....	327

Раздел 1. Акушерство, гинекология

Иглина М.А.¹, Куткова Ю.К.², Белоглазова О.Н.³

Результаты пренатального и неонатального скринингов в Ульяновской области по итогам 2023 года

¹ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»;

² ГУЗ «Ульяновская детская областная клиническая больница имени политического и общественного деятеля Ю.Ф. Горячева»;

³ ГУЗ «Городская клиническая больница святого апостола Андрея Первозванного»

Актуальность. Тенденция к снижению количества беременных женщин в Ульяновской области сохраняется на протяжении последних 10 лет. В данных обстоятельствах особо остро стоят вопросы прогнозирования и профилактики неблагоприятных исходов беременности и своевременной диагностики генетических заболеваний ребенка. Ведущая роль в решении данных задач – работа медико-генетической консультации: прегравидарное кариотипирование родителей, пренатальный и неонатальный скрининги.

Цель исследования – оценить результаты пренатального и неонатального скринингов в Ульяновской области, показатели 2023 года.

Методы исследования: ретроспективный анализ работы медико-генетической консультации, структуры консультативного приема, комплексной обработки результатов пренатального скрининга (программный расчет риска Astraia), показателей неонатального скрининга.

Результаты проведенного исследования. В 2023 г. В Медико-генетическую консультацию ГУЗ «Ульяновская областная детская клиническая больница им. Ю.Ф. Горячева» обратились 1 078 пациентов по вопросу репродуктивного здоровья, 8 798 беременным выполнен пренатальный скрининг, 8 564 новорожденных детей обследованы в рамках неонатального скрининга.

Охват пренатальным скринингом в 2023 г. составил 8798 (93%) из 10 186 беременных, состоявших на диспансерном учете в женских консультациях и медицинских центрах.

Заслуживает внимания тот факт, что из 846 (8%) женщин, не прошедших пренатальный скрининг, 763 (90%) несвоевременно встали на учет по беременности (после 14 недель гестации), 16 (2%) пациенток отказались обследоваться на экспертном уровне, 67 (8%) беременных не прошли скрининг в связи с другими причинами (переездом в другой город).

В ходе комплексной оценки биохимических и ультразвуковых маркеров, по результатам 1-го скрининга, 287 (3%) беременных отнесены в группу высокого риска. Всем женщинам группы риска предложено дообследование – определение кариотипа плода в ходе инвазивной диагностики (биопсия ворсин хориона, амниоцентез и кордоцентез). Лишь 145 (50%) из них провели подтверждающую диагностику, в ходе которой у 25 (17%) плодов пренатально выявлены пороки развития: синдром Дауна 10 плодов, синдром Эдвардса (6 плодов), синдром Патау (1), Шершевского-Тернера (2) и другие хромосомные аномалии (6).

При втором УЗИ скрининге (в 19-22 недели гестации) на экспертном уровне выявлено 308 плодов с анатомическими дефектами, что составило 3% от всех беременных, вставших на учет.

Необходимо отметить увеличение количества выявленных пороков развития и хромосомной патологии. По сравнению с предыдущим годом, на 36% увеличилось количество антенатально выявленных врожденных пороков развития (в 2022 году было выявлено 226 (27%) плодов с анатомическими дефектами (ВПР) из 8 228 прошедших комплексное обследование), в 2023 году выявлено 308 (35%) плодов с ВПР из 8 798 беременных, прошедших скрининг); на 26% увеличилось количество плодов с хромосомными заболеваниями (в 2022 г. выявлено 6 (0.07%) плодов с синдромальной патологией, в 2023 г. – 25 (0.28%) из всей популяции беременных, охваченных скринингом.

Исходя из курабельности ВПР и решения родителей, в 2023 году 84 беременности прервано по мед. показаниям, что составило 29% от группы риска, 0.8% всех женщин, вставших на учет. В 10 случаях при подтвержденной синдромальной патологии беременность завершилась родами. Рождены 9 детей с трисомией хромосомы 21 (синдром Дауна) и 1 ребенок с трисомией хромосомы 18 (синдром Эдвардса).

Результаты реализации расширенного неонатального скрининга в 2023 году: обследованы 8 564 новорожденных, доля от рожденных соста-

вила 100%. В группу риска по результатам обследования отнесен 261 (3%) новорожденный, из них по наследственным болезням обмена (НБО) – 117 (45%) детей, первичному иммунодефициту (ПИД) – 144 (55%) ребенка, детей со спинальной мышечной атрофией (СМА) не выявлено.

На подтверждающую диагностику отправлены образцы биоматериала 251 новорожденного, доля 96% (9 новорожденных умерли и 1 новорожденный выбыл за пределы РФ до получения информации о группе риска). У 2 новорожденных зарегистрирована фенилкетонурия, что стало причиной включения данных детей в диспансерную группу.

Диспансерная группа после дообследования, составила 223 ребенка (нарастающим итогом на 31.12.2023 г.): 80 детей с подтвержденной фенилкетонурией, 72 – с врожденным гипотиреозом, 36 детей с адреногенитальным синдромом, 27 – с муковисцидозом, 8 – с галактоземией.

Кроме того, 90 детей (нарастающим итогом на 31.12.2023 г.) состоят на учете в медико-генетической консультации с орфанными жизнеугрожающими заболеваниями: Пароксизмальная ночная гемоглоинурия (Маркиафавы-Микели) – 3 ребенка, Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура (синдром Эванса) – 17, Дефект в системе комплемента – 6, Преждевременная половая зрелость центрального происхождения – 10, Тирозинемия – 1, Болезнь «кленового сиропа» – 1, Нарушения обмена жирных кислот – 1, Глютарикацидурия – 1, Галактоземия – 7, Другие сфинголипидозы: болезнь Фабри (Фабри-Андерсона), Ниманна-Пика – 6, Мукополисахаридоз, тип I-1, Мукополисахаридоз, тип II-1, Мукополисахаридоз, тип IV-1, Острая перемежающаяся (печеночная) порфирия – 2, Нарушения обмена меди (болезнь Вильсона) – 10, Незавершенный остеогенез – 14, Легочная (артериальная) гипертензия (идиопатическая) (первичная) – 15.

Таким образом, возможности современной медицины позволяют диагностировать врожденные пороки развития, анатомические дефекты и орфанные заболевания плода на пренатальном и неонатальном этапе.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют об улучшении работы акушерско-гинекологической службы в 2023 году в части увеличения доли беременных прошедших скрининг: в 2022 г. – 8 228 (90.1%), в 2023 г. – 8 798 (93%), – а также о возросшей нагрузке на медико-генетическую консультацию в связи с расширением параметров и возможностей неонатального скрининга.

В остальном, увеличение количества пороков развития плодов и грубой синдромальной патологии – настораживающий факт, требующий генетического обследования родителей на этапе прегравидарной подготовки.

Иглина М.А.¹, Антонеева И.И.², Завьялова Е.И.³, Бондалетова Е.М.³

Сложности выявления предраковых заболеваний и рака шейки матки в Ульяновской области по итогам 2023 года

¹ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»;

² ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер»;

³ ГУЗ «Городская клиническая больница святого апостола Андрея Первозванного»

Актуальность. Заболеваемость раком шейки матки в Ульяновской области аналогична показателям по Российской Федерации и остается стабильной на протяжении последних 5 лет: в 2019 году заболеваемость раком шейки матки составила 21.4 (в РФ – 20.05), в 2020 году – 22.1 (в РФ – 20.8), в 2021 году – 18.1 (в РФ – 19.67), в 2022 году – 18.8 (в РФ – 20.33), в 2023 году – 21.

Ежегодно в Ульяновской области впервые выявляются 180–190 случаев рака шейки матки. 60,5% пациенток при обращении в ГУЗ «Ульяновский областной онкологический диспансер» в 2023 году имели местнораспространенное или метастатическое заболевание (II ст. – 27.9%, III ст. – 19.4%, IV стадия – 13.2%).

Показатель одногодичной летальности при данном заболевании в Ульяновской области в 2023 году составил 12.9% – выше аналогичного по Российской Федерации (11.9%), и по ПФО (11.4%). Таким образом, проблема запущенности пациенток со злокачественными заболеваниями шейки матки остается весьма актуальной.

Одним из эффективных инструментов в решении данной задачи являются первичная профилактика и скрининг рака шейки матки – цитологический скрининг и ВПЧ тестирование, что является прерогативой первичного звена акушерско-гинекологической службы и гинекологических отделений стационаров.

Цель исследования – анализ качества проведения первичной профилактики рака шейки матки и выявления предраковых заболеваний шейки матки на примере клинических случаев выявления дисплазии и фоновых заболеваний шейки матки в условиях отделения гинекологии ГУЗ «Городская клиническая больница имени святого апостола Андрея Первозванного».

Методы исследования: проведено ретроспективное исследование 42 карт пациенток с патологией шейки матки, поступивших в отделение гинекологии ГУЗ «Городская клиническая больница имени святого апостола Андрея Первозванного».

Результаты. Структура патологии шейки матки в анализируемой группе была представлена дисплазией шейки матки – 36 пациенток (85.7%), лейкоплакией шейки матки – 6 пациенток (14.3%).

Средний возраст пациенток, обратившихся в отделение, с патологией шейки матки составил 38,8 лет, больше половины женщин – 37 пациенток (88%) находились в репродуктивном возрасте.

Большая часть пациенток 37 (88%) реализовали свою репродуктивную функцию, 5 (12%) женщин нерожавшие, из них 3 (60%) вообще не имели беременностей, а у 2 (40%) были неблагоприятные исходы беременностей.

Обращает на себя внимание возраст начала половой жизни в группе женщин с дисплазией шейки матки – большинство женщин 29 (69%) начали половую жизнь до 18 лет, из них у 8 (28%) дебют сексуальной активности пришелся на 14–16 лет.

Вредные привычки (курение) имелись у 8 (19%) пациенток. Наследственные риски отсутствовали у большинства пациенток 41 (98%), лишь 1 (2%) пациентка отметила отягощенную наследственность (рак вульвы по материнской линии).

Вирусный след выявлен у 19 (45.2%) женщин: 5 (11.9%) были носителями 16 типа ВПЧ, 2 (4.8%) – 18 типа ВПЧ, 1 (2.3%) – 52 типа ВПЧ, 1 (2.3%) – 58 типа ВПЧ. У 10 (23,9%) пациенток лабораторно подтверждена микст инфекция (комбинации ВПЧ типов высокого онкогенного риска).

Цитологический анализ, являющийся скрининговым методом диагностики предраковых процессов и рака шейки матки, требует детализации. Лишь у 10 (23,8%) пациенток результат был интерпретирован по со-

временной системе Бетесда, 2001 (The Bethesda System, TBS), в остальных случаях цитограмма описана недостаточно подробно: клетки без атипии – у 28 (66,7%) пациенток, клетки с атипией – у 3 (7,1%) женщин, цитограмма воспаления – у 1 (2,4%). Всего в исследуемой группе 11 (26,2%) имели патологическую и сомнительную в отношении атипии цитологию: ASCUS – 1 (2,4%), LSIL – 2 (4,8%), HSIL – 4 (9,6%), CIN I-II – 1 (2,4%), клетки с атипией – 3 (7,1%).

Кольпоскопия так же, как и цитология, требует детализации. Описание кольпоскопической картины недостаточно подробное у 34 (81%), в заключении отмечена аномальная кольпоскопическая картина 1 степени (преимущественно за счет наличия АБЭ и йоднегативной зоны).

Всем пациенткам с заболеваниями шейки матки, обратившимся в отделение гинекологии, было проведено гистологическое исследование, полученное у 8 (19%) пациенток в ходе эксцизионной биопсии, у 34 (81%) пациенток – в ходе конусовидной биопсии, у 18 (42%) женщин биопсия была дополнена выскабливанием цервикального канала.

Гистологически LSIL подтверждена у 11 (26,2%) женщин, HSIL – у 4 (9,6%), лейкоплакия без атипии – у 4 (9,6%), эктопия – у 14 (33,2%), хронический цервицит – 1 (2,4%), гистологический результат без признаков патологии – у 8 (19,0%) пациенток.

Обращает на себя внимание отсутствие четкой корреляции между результатами цитологического скрининга, ВПЧ статусом и гистологическим заключением. Так, например, у пациентки № 1 с гистологически подтвержденной дисплазией 2 степени результат цитологии продемонстрировал норму (NILM), ВПЧ не верифицирован, кольпоскопически описаны ацетобелый эпителий и йоднегативная зона (АКК 1 степени); у пациентки № 2 с гистологически подтвержденной дисплазией 3 степени результат цитологии продемонстрировал норму (NILM), ВПЧ верифицирован – 18 тип, кольпоскопически описаны ацетобелый эпителий и йоднегативная зона (АКК 1 степени).

Таким образом, гистологическое исследование, полученное в ходе эксцизионной биопсии, конизации и выскабливания цервикального канала необходимо рассматривать как обязательный завершающий и уточняющий этап диагностики предопухолевых и злокачественных заболеваний шейки матки.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют об обязательном соблюдении всех этапов диагностического поиска: качественное цитологическое исследование, оценка ВПЧ-статуса с типированием, кольпоскопия и гистологическое исследование; о необходимости приведения интерпритации цитологического результата и кольпоскопии к единым мировым стандартам. Совершенствование работы по верификации предрака и рака шейки матки на первичном звене акушерско-гинекологической службы и в гинекологических отделениях стационаров приведет к ранней диагностике злокачественных новообразований шейки матки; своевременной маршрутизации пациенток в ГУЗ ОКОД и уменьшению показателей запущенности и одногодичной летальности.

Кузнецова Н.Г., Минаева А.В.

Оценка исходов очень ранних преждевременных родов

ГУЗ «Ульяновская областная детская клиническая больница имени политического и общественного деятеля Ю.Ф. Горячева»

Актуальность. Очень ранние преждевременные роды – одна из значимых проблем в перинатологии. Ежегодно около 10% детей рождается преждевременно, из них 5% в сроке гестации 22–27 недель + 6 дней. Новорожденные от таких родов вносят значительный вклад (до 80%) в структуру перинатальных потерь. Прогноз для них крайне неблагоприятный: крайне высоки заболеваемость и смертность новорожденных. Выживание таких детей – весьма трудоемкий и дорогостоящий процесс, а процент инвалидизации выживших весьма высок.

За 6 лет работы в Ульяновской детской областной клинической больнице накоплен значительный опыт по ведению ранних и очень ранних преждевременных родов, выживанию новорожденных с экстремально низкой массой тела.

Цель исследования – оценить исходы очень ранних преждевременных родов, выявить материнских факторов на исход таких родов.

Методы. Проведен ретроспективный анализ 161 историй родов и 101 история новорожденных в Перинатальном центре ГУЗ «Ульяновская областная детская клиническая больница им. политического и общественного деятеля Ю.Ф. Горячева» за 2018–2023 г.

Результаты. В нашем перинатальном центре за указанный период прошло 161 ранних преждевременных родов, что составило 1,0% от всех родов по акушерскому стационару и 6,1% от всех преждевременных родов. Всего в сроке гестации 22–27+7 недель родились 172 ребенка, из них 79 менее 750 г. (45,9%).

14 детей в сроке гестации 22–25 недель родились весом менее 500 г.

Живорожденных было 110, мертворожденных – 62; 43 детей умерли в различных сроках неонатального и постнеонатального периода. Структура перинатальной смертности в указанной группе новорожденных распределялась следующим образом: мертворождаемость – 360,46‰, смертность – 390,9‰: ранняя неонатальная смертность – 190,9‰, поздняя неонатальная смертность – 163,6‰, постнеонатальная смертность – 36,3‰. Ведущей причиной мертворождаемости стала внутриутробная гипоксия, впервые отмеченная до начала родов и родоразрешения – 71,3%. Ведущей причиной ранней неонатальной смертности явились инфекции, специфичные для неонатального периода – по 45,2%. Второе место занимает тяжелая асфиксия при рождении – 34,8. Ведущей причиной поздней неонатальной смертности явились инфекции, специфичные для неонатального периода и нетравматические ВЖК – по 42,8% соответственно. Родились больными и заболели 110 детей, выживших 67-60,9%. Индекс здоровья таких детей был низким. В среднем, на одного новорожденного, родившегося на сроке гестации 22–27+6 недель, пришлось 7,1 заболеваний. По результатам анализа за 6 лет в структуре заболеваемости у наблюдаемых новорожденных главное место заняли перинатальные поражения ЦНС и дыхательные расстройства – 100% случаев. В структуре неонатальной инфекционной патологии были выявлены такие угрожающие состояния, как сепсис новорожденных (8,1%), некротический энтероколит – 8,9%, пневмония – 77,2%. Наиболее часто выявляемой патогенной флорой у беременных и родильниц со сверххранними преждевременными родами стала *E.coli* и *E.faecalis* не чувствительные к цефалоспорином.

Выводы: 1) Очень ранние преждевременные роды сопряжены с высокой перинатальной смертностью и высоким уровнем инвалидизации выживших детей. 2) Основной вклад в структуру перинатальных потерь при сроке гестации 22–27+6 недель вносят мертворожденные, массой тела менее 750 г. 3) Главными причинами перинатальной смертности и заболеваемости у детей с очень ранними преждевременными родами, как при самопроизвольном, так и при оперативном родоразрешении, наряду с экстремально низкой массой тела, являются заболевания, обусловленные перинатальной инфекцией. 4. Адекватная прегравидарная подготовка беременных, санация очагов инфекции позволит снизить число сверхранних преждевременных родов.

Учитывая вышеизложенное, актуальным является проведение качественного догоспитального обследования и своевременного лечения беременных группы риска по перинатальной патологии.

Кан Н.И., Кузнецова Н.Г., Казаков А.Н.

Профилактика массивных акушерских кровотечений

ГУЗ «Ульяновская областная детская клиническая больница имени политического и общественного деятеля Ю.Ф. Горячева»

Актуальность. В России за последние три года частота гипотонических кровотечений снижается, однако в структуре послеродовых кровотечений (ПРК) достигает 64–80%. Применение баллонной тампонады способно предотвратить массивное кровотечение, обусловленное гипотонией матки, и ее следует рассматривать приоритетной в качестве первого шага профилактики до развития геморрагического шока.

Цель исследования – изучить эффективность баллонной тампонады по методу Жуковского при акушерских кровотечениях.

Материалы и методы исследования. У всех пациенток с послеродовым кровотечением, согласно клиническим рекомендациям «Послеродовое кровотечение», проводилось этапное лечение. Пациенткам, родившим через естественные родовые пути, в связи с возникшим крово-

течением в течение 2-10 минут после его начала выполнено ручное обследование стенок полости матки и массаж матки. Дополнительно роженицы получали утеротоники (окситоцин), инфузионно-трансфузионную терапию, по показаниям – переливание СЗП, ЭМОЛТ.

Результаты. Всего в 2023 г. было 52 случая кровотечений и 63 – в 2022 г. В 2023 г. в ходе исследования установлено, что настоящая беременность наступила самопроизвольно у 52 пациенток, в 2022 г. – у 63. 42 женщины (80,8%) родоразрешены через естественные родовые пути. Продолжительность самопроизвольных родов варьировала от 8 ч 40 мин до 6 ч. 20 мин. У большинства рожениц плацента отделилась самостоятельно, в 2023 г. у 22 пациенток (42,3%) выполнено ручное отделение и выделение плаценты, а в 2022 г. – у 35 (55,5%). Кесарево сечение выполнено в 2023 г. у 10 пациенток (19,2%), в 2022 г. – у 41 (65,1%). Кесарево сечение проведено в 2023 г. у 6 пациенток (0,23%) в связи с предлежанием плаценты с кровотечением, в 2022 г. – у 8 (0,31%); в связи с нарушением свертывания крови в 2023 г. – у 4 пациенток (0,16%), в 2022 г. – у 1 (1,5%). Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты диагностирована в 2023 г. у 20 пациенток (0,78%), в 2022 г. – у 17 (0,65%). Гипотоническое кровотечение в послеродовом и раннем послеродовом периоде в 2023 г. было у 22 пациенток (42,3%), в 2022 г. – у 36 (57,1%). Исходный объем кровопотери составил более 500 мл, исходный объем гемоглобина – менее 110 г/л. Управляемую баллонную тампонаду по методу Жуковского (УБТ) использовали в 2023 г. у 4 женщин (0,5%), в 2022 г. – у 22 пациенток (0,8%). Гистерэктомия проведена в 1 случае в 2022 г. Из 13 случаев критических акушерских ситуаций (КАС) акушерское кровотечение в 2023 г. выявлено у 6 пациенток (46,1%).

Методика управляемой баллонной тампонады по методу Жуковского способствовала снижению частоты гипотонических кровотечений в 1,2 раза и позволило избежать массивных кровопотерь.

Выводы. Мероприятия по остановке послеродовых кровотечений следует начинать при кровопотере 500 мл путем применения управляемой баллонной тампонады по методу Жуковского, что способствует снижению частоты гипотонических кровотечений в 1,2 раза и позволит избежать массивных кровопотерь.

*Белоглазова О.Н.¹, Юренков Д.В.¹, Ермошин А.Г.²,
Соломянный Э.О.², Корнилова Т.Ю.³*

Редкий случай спонтанного разрыва селезенки в послеродовом периоде

¹ ГУЗ «Городская клиническая больница святого апостола Андрея Первозванного»;

² ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска»;

³ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»

Актуальность. Спонтанный разрыв селезенки (СРС) считается редким заболеванием, протекает тяжело и чаще заканчивается летальным исходом, частота которого составляет 8,3–12%. Число публикаций по проблеме СРС у беременных и родильниц ограничено как в отечественной, так и в зарубежной литературе. В связи с чем, наше наблюдение представляет особый интерес.

Клиническое наблюдение. Пациентка Ч., 32 лет, в 6.05 утра была доставлена машиной скорой помощи в родильное отделение городской клинической больницы с жалобами на регулярные схваткообразные боли внизу живота с 5.00. Околоплодные воды не отходили.

При поступлении объективное состояние удовлетворительное, гемодинамика стабильная. Телосложение нормостеническое, ИМТ = 20 кг/м². Соматический анамнез не отягощен. Из гинекологических заболеваний отмечает доброкачественную патологию шейки матки и полип эндометрия (удален с помощью гистероскопии). Настоящая беременность 2-я, 1-я завершилась 4 года назад родами на сроке 36 недель *per vias naturalis*, без осложнений, вес новорожденного 2600 г. На учете в женской консультации состояла с 11 недель беременности, посетила врача 9 раз. Роды продолжились *per vias naturalis*, родоразрешилась в 6.15 живой доношенной девочкой в переднем виде затылочного предлежания массой 3160 гр., длиной 54 см, с оценкой по шкале Апгар 8/9 баллов. Общая продолжительность родов составила 1 час 25 минут. Ранний послеродовый период протекал без осложнений. Общая кровопотеря составила 300 мл.

Два дня в послеродовом отделении родильница провела без жалоб, в удовлетворительном состоянии, температура тела нормальная, гемодинамика стабильная. К концу вторых суток послеродового периода у паци-

ентки появились жалобы на боли в верхних отделах живота, мигрирующие в подвздошные области. Объективное состояние тяжелое, АД_{d=s} 60/40 мм рт. ст., пульс 100 ударов в минуту, ритмичный, слабого наполнения, t = 36,1°C. Язык чистый, сухой. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки сухие, бледные. Дыхание везикулярное, свободное, SpO₂ = 99%, частота дыхательных движений – 18 в одну минуту. Тоны сердца ритмичные. Живот вздут, болезненный при пальпации по всем отделам. Симптом Щеткина-Блюмберга – положительный, симптом Кохера – положительный. Перистальтика кишечника выслушивается. Матка плотная, безболезненная при пальпации, с четкими контурами. Высота стояния дна матки над лоном = 10 см. Лохии сукровичные, умеренные. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стула не было, газы отходили. Лабораторно С_{ito}: гемоглобин – 97 г/л (при исходном 106 г/л), эритроциты – 2,72×10¹²/л, лейкоциты – 18,1×10⁹/л, тромбоциты – 315×10⁹/л (при исходном 225×10⁹/л). Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости: под печенью визуализируется жидкость (уровень 1,5 см). У ворот селезенки определяется жидкость со взвесью (сгусток крови). При осмотре внутренних половых органов в малом тазу обнаружена свободная жидкость (вероятно, кровь со сгустками). Решением консилиума, на основании анализа клинических данных и лабораторного обследования, формулируется диагноз: Послеродовый период – 2 сутки. Острый живот. Внутрибрюшное кровотечение. Разрыв матки?

Решено провести диагностическую лапаротомию для выяснения причины кровотечения. Начало операции 01 часов 00 минут, Наркоз – эндотрахеальный. Доступ – нижнесрединная лапаротомия. В брюшной полости более 1000 мл жидкой крови со сгустками, произведена ревизия органов, но в нижнем отделе брюшной полости источник кровотечения не обнаружен: матка плотная, без повреждений, придатки с обеих сторон без особенностей. Кровотечение продолжается. Учитывая продолжающееся кровотечение вызваны абдоминальные хирурги из Центральной клинической городской больницы. Разрез продлен до мечевидного отростка, абдоминальными хирургами выполнена типично спленэктомия. Размеры селезенки 12 × 8 × 6 см, отправлена на гистологическое исследование. При визуальном осмотре возникло предположение о спонтанном разрыве кисты селезенки. Хвост поджелудочной железы с наложением сгустков крови,

при ревизии кровоточит, лигатуры – на сосуды, гемостаз. Кровотечение остановлено. Операцию завершили установкой дренажей в Дугласово пространство, в подпеченочное пространство, и 2 дренажа в левый верхний квадрант брюшной полости. Общая кровопотеря составила 2300 мл (3,6% от массы тела). Моча по катетеру светлая, 100 мл. Продолжительность операции = 2 часа 25 минут.

Объём инфузионно-трансфузионной терапии по ходу операции составил 3 532 мл, из них 1 032 мл – эритроцитарная масса O (I) Rh (+), 1500 мл – свежезамороженная плазма мл.

Заключительный диагноз: «Основной: Послеродовый период 2-е сутки. Спонтанный разрыв селезенки. Киста селезенки? Внутрибрюшное кровотечение. Острая массивная кровопотеря. Геморрагический шок 3 стадии». Операции: Верхне-нижняя лапаротомия. Спленэктомия. Дренирование брюшной полости. Плазмотрансфузия. Гемотрансфузия. Обезболивание: Эндотрахеальный наркоз.

Протокол патогистологического исследования: «Киста селезенки в сочетании с клиническими данными не исключается».

На 2-е сутки послеоперационного периода для дальнейшего наблюдения и лечения, учитывая наличие тяжелой экстрагенитальной патологии, родильница переведена в хирургическое отделение ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска». Выписана из стационара в удовлетворительном состоянии на 10-е сутки послеоперационного периода.

Заключение. Внутрибрюшное кровотечение в раннем послеродовом периоде – очень опасное осложнение СРС, мгновенно приводящее к массивной кровопотери, к угрожающему жизни женщины состоянию и, возможно, к летальному исходу.

Данное клиническое наблюдение относится к разряду Near miss. Избежать летального исхода удалось благодаря отличной координации акушеров-гинекологов с хирургами, анестезиологами-реаниматологами. Высокая квалификация команды специалистов, призванных оказывать помощь в таких катастрофических ситуациях, позволила осуществить тщательное наблюдение за пациенткой в послеродовом периоде, провести своевременную диагностику клиники острого живота и выбрать правильную методику хирургического лечения.

Касьмова Д.Р., Вишневская Д.О., Чистякова С.С.

Ультразвуковой мониторинг в пренатальной диагностике аномалий мочевыделительной системы плода как инструмент совершенствования прогнозирования

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»

Актуальность. Врожденные заболевания почек и мочевыделительной системы (МВС) является одними из наиболее распространенных патологических состояний у новорожденных и встречаются в 3-5% случаев. Врожденная урологическая патология наименее симптоматична в первые месяцы и даже годы жизни ребенка, до присоединения таких осложнений, как пиелонефрит и почечная недостаточность. Предупредить инвалидизацию детского населения, снизить риск рождения детей с фатальным прогнозом позволяет пренатальная диагностика.

В структуре патологий, диагностируемых при ультразвуковом исследовании беременных в антенатальном периоде, врожденные пороки почек и мочевыводящих путей составляют около 25% среди всех ВПР плода. Среди них нарушения оттока мочи – обструктивные уropатии (ОУП) выявляются наиболее часто – и первым признаком ОУП является пиелoэктазия.

Цель исследования. На основании ультразвукового динамического наблюдения за плодом, анализа данных катамнеза в течение первого года жизни ребенка, определить критерии тяжести внутриутробно выявленной аномалии мочевыделительной системы с целью совершенствования прогнозирования и консультирования беременных.

Методы исследования. Ультразвуковое исследование проводилось в условиях консультативно-диагностического отделения (КДО) Перинатального центра ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница» (ГУЗ УОКБ), на аппаратах экспертного класса «Voluson E6» (GE), «Voluson E8» (GE) по стандартной методике.

Результаты. За период с 2021 г. по 2023 г. было обследовано 16 629 беременных женщин. Среди вариантов патологии МВС плода у 27 (17,0%) аномалия почек (расположения, взаимоотношения, величины, количество и кистозные заболевания). В 130 (83,0%) случаев имелись различные варианты обструктивного поражения (ОУП). 49,0% случаев поражения мочевыдели-

тельной системы были выявлены во II триместре беременности, остальные – на сроке 28–39 недель. В 5 случаях беременность была прервана. Причины: 1 – агенезия одной почки и выраженный гидронефроз контрлатеральной почки; 2 – мультикистозная дисплазия 2-х сторонняя; 3 – агенезия почек 2-х сторонняя; 4-5 – мультикистоз и гидронефроз.

Согласно катamnестическим данным, развитие новорожденных детей на первом году жизни: 80 (50,9%) новорожденных с пренатальными нарушениями уродинамики в наблюдении и лечении не нуждались, у этих детей в антенатальном периоде пиелюктазия не превышала 7-8 мм и после рождения эти маркеры исчезли самостоятельно. В группе пациентов (23–14,6%), где была выявлена дистопия почек (без дисплазии), лабораторные анализы и развитие детей без патологических изменений. В группе пациентов (43–27,4%), у которых сохранялась пиелюктазия и умеренный гидронефроз, требовалось динамическое наблюдение с интервалом не реже 1-го раза в 3 месяца. Из них: у 5 пациентов наблюдалось инфицирование мочевых путей, что потребовало госпитализации и лечения пиелонефрита. Однако 11 детям (7,0%) потребовалось обследование и лечение в условиях хирургического стационара урологического профиля. Анализ этих случаев показал, что у пациентов было «раннее» проявление обструкции МВС с мегауретером.

Выводы. Пренатальная ультразвуковая диагностика позволяет выявлять различные аномалии МВС плода, своевременно элиминировать нежизнеспособные плоды. Умеренная пиелюктазия до 7-8 мм позволяет прогнозировать благоприятный исход и развитие ребенка. Ультразвуковые признаки обструктивной уропатии с мегауретером, выявленные во II триместре, являются маркерами вероятного хирургического вмешательства после рождения.

Сапрыгина З.А.

Сверхранние преждевременные роды. Роль инфекции

ГУЗ «Ульяновская областная детская клиническая больница имени политического и общественного деятеля Ю.Ф. Горячева»

Актуальность. Преждевременные роды (ПР) остаются одной из наиболее актуальных и нерешенных проблем практического акушерства и

неонатологии, основной причиной перинатальной заболеваемости и смертности во всем мире. Согласно классификации ВОЗ, до 28 недель (27 недель 6 дней включительно) преждевременные роды являются сверхранными и составляют 5% от всех преждевременных родов. В таком случае дети являются глубоко недоношенными и имеют экстремально низкую массу тела. При этом показатели заболеваемости и смертности очень высоки. Основными причинами сверхранных ПР являются истмико-цервикальная недостаточность и преждевременное излитие околоплодных вод, которые также в большинстве своем связаны с наличием инфекции мочеполовой системы.

Цель исследования – определить роль инфекции мочевыделительной системы в развитии сверхранных преждевременных родов.

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ обменных карт беременных, историй беременности и родов у 20 женщин со сверхранными преждевременными родами в 2022–2023 гг. (на сроке 22–28 недель).

Результаты. Возраст обследованных пациенток колебался от 20 до 41 года, средний возраст составил 30 лет. Течение данной беременности осложнилось в первом триместре угрозой раннего выкидыша – 10 (50%), рвотой беременных легкой степени – 2 (10%), ОРВИ – 2 (10%). Во втором триместре беременность осложнилась истмико-цервикальной недостаточностью – 7 (35%), при этом: одной беременной был наложен шов на шейку матки, двум – установлен разгружающий акушерский пессарий; анемией легкой степени – 6 (30%); преждевременным излитием околоплодных вод – 5 (25%); гестационным сахарным диабетом – 1 (5%).

6 (30%) пациенткам было проведено бактериологическое исследование влагалищных мазков на амбулаторном этапе, при котором высевалась условно-патогенная микрофлора: *Escherichia coli* 10×6-8 КОЕ – 3 (15%), *Enterococcus spp* 10×5 КОЕ – 1 (5%), *Enterococcus faecalis* 10×5 КОЕ – 1 (5%), микрофлора не выявлена – 2 (10%). 14 беременным (70%) данное исследование не проводилось. На бессимптомную бактериурию по данным обменной карты обследовались 8 беременных, при этом у 5 пациенток (62%) отмечался рост: *Escherichia coli* 10×5-6 КОЕ – у троих, *Enterococcus faecium* 10×7 КОЕ, *Staphylococcus*

aureus 10×5 КОЕ. На амбулаторном этапе было назначено: хафитол, канефрон, фосфомицин, цефтриаксон. У трех пациенток из 8 (38%) микрофлора не выявлена. В Перинатальном центре при поступлении у всех беременных был взят мазок из цервикального канала на бактериологическое исследование: *Escherichia coli* $10 \times 4-6$ КОЕ высеялась у 12 пациенток (60%), *Candida albicans* $10 \times 4-5$ КОЕ – 4 (20%), *Enterococcus faecalis* $10 \times 4-5$ КОЕ – 3 (15%), *Staphylococcus epidermidis* $10 \times 4-5$ КОЕ 3 (15%), *Candida albicans* $10 \times 3-5$ КОЕ – 3 (15%), *Staphylococcus aureus* $10 \times 4-5$ КОЕ – 2 (10%), *Proteus spp.* 10×4 КОЕ – 1 (5%), *Citrobacter amalonaticus* 10×3 КОЕ – 1 (5%), *Streptococcus mitis* 10×5 КОЕ – 1 (5%), *Enterobacter gergoviae* 10×4 КОЕ – 1 (5%), *Streptococcus agalactiae* 10×4 КОЕ – 1 (5%). Лишь у одной пациентки (5%) высеялась только *Staphylococcus epidermidis* 10×3 , что является нормофлорой влагалища. При этом в 4 случаях (20%) реализовался «хориоамнионит». У 14 родивших (70%) был взят мазок из полости матки на бактериологическое исследование: в 7 случаях высеялась *Escherichia coli* $10 \times 2-5$ КОЕ (50%), *Enterococcus faecalis* $10 \times 3-4$ КОЕ – в 3 случаях (21%). Вес новорожденных составил 690–1 100 гр. Всего родилось 19 живых детей (95%). Средняя оценка по шкале Апгар 1-3-5.

Выводы. Из всех исследуемых у 95% пациенток в бак. посевах из цервикального канала отмечался рост условно-патогенной флоры в количестве более 1000 КОЕ. Чем меньше срок преждевременных родов, тем большую роль играет инфекционный фактор. Основным триггером для сверхранних преждевременных родов являются воспалительные заболевания органов малого таза. Необходимо проводить их профилактику, диагностику и своевременное лечение на этапе планирования и во время беременности с контролем излеченности. Своевременное выявление и направленное лечение инфекционной патологии половых путей у беременных снизит риски преждевременных родов.

Корнилова Т.Ю.¹, Шудинова Н.Н.², Ситкова О.В.², Хомутова Л.Ю.²

Эффективность антигестагена в преиндукции и индукции родов на доношенных сроках гестации

¹ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»;

² ГУЗ «Городская клиническая больница святого апостола Андрея Первозванного»

Актуальность. В современной акушерской практике наметилась тенденция увеличения числа возрастных первородящих, частоты акушерских осложнений и экстрагенитальных заболеваний, процента кесарева сечения для снижения показателей перинатальной смертности и заболеваемости. Среди показаний для оперативного родоразрешения лидирует неготовность шейки матки к родам, зачастую возникает необходимость программированных родов. В связи с этим возникает необходимость более ранней медикаментозной подготовки родовых путей (преиндукции) у женщин группы высокого акушерского риска. Некоторые акушерские осложнения и экстрагенитальные заболевания требуют родоразрешения раньше срока родов – таким пациенткам требуется не только преиндукция, но и индукция родов.

Цель – оценить эффективность антигестагена в преиндукции и индукции родов на сроках гестации от 37 до 42 недель.

Материал и методы. Проведено проспективное клиническое исследование преиндукции мифепристоном у 30 женщин с гестационным сроком от 37 до 42 недель беременности. Критериями включения являлись: подписанное информированное согласие на участие в исследовании, возраст от 18 до 45 лет, одноплодная беременность, головное предлежание плода, срок гестации 37 недель и более, неготовность шейки матки к родам (0–5 баллов по шкале Бишоп), удовлетворительное внутриутробное состояние плода по данным КТГ, целый плодный пузырь, нормальное расположение плаценты, наличие показаний к преиндукции родов. После стандартного клинико-лабораторного обследования проводилась преиндукция по стандартной схеме: первая таблетка 200 мг per os, далее (при отсутствии наступления родовой деятельности) через 24 часа – повторный прием таблетки 200 мг per os. Окончательный эффект оценивали через 72 часа.

Результаты. Средний возраст пациенток составил 31 год, 55% – старше 30 лет. Первородящими были 83% женщин, первородящими – только 67%. Гинекологические заболевания диагностированы у 67% беременных, среди которых лидировали хирургическое лечение доброкачественной патологии шейки матки (53%). Экстрагенитальную патологию на момент беременности имели 75% пациенток: ожирение (25%), гипотиреоз (19%), артериальная гипертензия (17%). На сроке беременности 40–41 неделя и отсутствие родовой деятельности для преиндукции госпитализированы 73% женщин, для преиндукции и индукции на сроках беременности от 37 до 39 недель госпитализированы остальные пациентки, показания: артериальная гипертензия (7%), умеренная преэклампсия (7%), гестационный сахарный диабет (13%).

После приема первой таблетки мифепристона (200 мг) у 30% беременных в течение 24 часов началась регулярная родовая деятельность, которая у 20% рожениц через 3 часа приобрела характер дискоординированной. Проводилась консервативная терапия с помощью длительной эпидуральной анестезии, в 13% случаев эффект отсутствовал, роды завершились операцией кесарева сечения. Остальные 17% беременных были родоразрешены через естественные родовые пути. Средняя продолжительность родов составила 6,3 часа. Дискоординированная родовая деятельность (ДРД) развилась у женщин с гестационными сроками беременности 38–39 недель и 41–42 неделя.

После приема 400 мг мифепристона в течение 72 часов родовая деятельность началась у 43% беременных, в 4-х случаях диагностирована ДРД, проведена консервативная терапия. В результате 36% женщин родили через естественные родовые пути и только 16% – путем операции кесарева сечения. Показания для КС: ДРД, не поддающаяся консервативной терапии, и прогрессирование тяжести преэклампсии в родах. Средняя продолжительность родов составила 7 часов.

У 27% пациенток после приема 400 мг мифепристона в течение 72 часов родовая деятельность отсутствовала, по данным проведенного владалищного исследования состояние шейки матки оценено как «зрелая» по шкале Бишоп.

Учитывая срок беременности 40–41 неделя, наличие осложнений течения беременности и / или экстрагенитальной патологии с целью индук-

ции родов проведена амниотомия, через 2 часа при отсутствии родовой деятельности проводилось в/в капельное введение окситоцина. Все 27% беременных родили через естественные родовые пути, в 10% случаев диагностирована ДРД, консервативная терапия ДЭА дала положительный эффект. Средняя продолжительность родов составила 6,1 часа.

Родились через естественные родовые пути 24 (80%) живых доношенных новорожденных, в 2-х случаях – в состоянии асфиксии легкой степени. В 6 (20%) случаях роды завершились операцией кесарева сечения, родились 6 живых доношенных новорожденных без асфиксии. Неонатальных потерь в 100% случаев не было.

Выводы. Преиндукция и индукция антигестагеном способствует снижению частоты кесарева сечения (КС) у беременных высокой группы акушерского риска, позволяет значительно уменьшить количество первых КС без перинатальных потерь. Оптимальный срок беременности для преиндукции и индукции при неготовности шейки матки к родам – 40-41 неделя. На сроках гестации 38-39 недель и 41-42 недели значительно чаще развивается аномальная родовая деятельность и роды завершаются оперативно.

Пахарева Е.К., Соломянный Э.О., Семенова Н.Л., Еремина О.В.

Клинический случай перипартальной кардиомиопатии

ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска»

Перипартальная кардиомиопатия (КМП) – редкое заболевание миокарда, ассоциированное с поздними сроками беременности и послеродовым периодом, приводящее к систолической дисфункции левого желудочка сердца и сердечной недостаточности. Сердечная недостаточность (СН) вследствие перипартальной КМП при беременности впервые описана в 1937 году. Частота встречаемости в мире – крайне редко. Согласно определению Европейского общества кардиологов, перипартальная КМП – ненаследственная, несемейная форма дилатационной КМП, связанная с беременностью. К факторам риска относят возраст женщин старше 30 лет

или беременность в подростковом возрасте; повторные роды; артериальную гипертензию во время беременности и преэклампсию; анемию и применение токолитической терапии; многоплодную беременность. В патогенезе заболевания предполагают влияние воспаления сердечной мышцы, аутоиммунных нарушений. Ключевую роль в патогенезе заболевания играет пролактин, который в условиях повышенного окислительного стресса в миокарде расщепляется до фрагмента 16 кДа и вызывает мощное эндотелиальное повреждение и дисфункцию миокарда.

Несвоевременность диагностики перипартальной КМП в значительной мере связана с недостаточной информированностью врачей об этой редкой патологии.

Описание клинического случая. Пациентка М., 23 лет поступила в приемное отделение ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска» 05.12.2023 с жалобами на кашель со скудной мокротой с примесью крови, одышку в покое, отеки нижних конечностей, лица, повышение температуры тела до 37,1°C. Больна в течение 7 дней. Не лечилась. На диспансерном учете по беременности не состоит, не обследовалась. Со слов, срок беременности 36 недель. Беременность нежеланная. При поступлении осмотрена терапевтом, пульмонологом, акушером-гинекологом. Состояние средней степени тяжести. Температура тела 37,1°C, ЧСС 132 уд. в мин. АД 120/70 мм рт. ст. ЧДД 21 в минуту. SpO₂ 98% на атмосферном воздухе. Живот мягкий, безболезненный, увеличен за счет беременной матки. Положение плода продольное, предлежит головка. ЧСС плода ясное, ритмичное 145 уд. в минуту. Отеки голеней, стоп, лица.

Проведено клинико-лабораторное обследование, выставлен предварительный диагноз «двухсторонняя полисегментарная пневмония тяжелой степени. Бронхиальная астма (по анамнезу). ДН 0-1 ст». Беременность II 36-37 недель, прогрессирующая. Отеки, вызванные беременностью. Анемия легкой степени тяжести.

Пациентка госпитализирована в пульмонологическое отделение, начата эмпирическая антибактериальная терапия амоксициклавом и азитромицином.

Через 5 часов после поступления, в связи с ухудшением состояния, нарастанием дыхательной недостаточности, пациентка была переведена в

ОАР с ПРИТ для дальнейшего лечения и дообследования, переведена на ИВЛ. Проводился постоянный мониторинг КТГ плода. Через 2 часа 55 минут после перевода пациентки в ОАР с ПРИТ зарегистрирован монотонный тип КТГ, отошли околоплодные воды. Учитывая дородовое излитие околоплодных вод, незрелую шейку матки, подозрение на тяжелую преэклампсию, патологический тип КТГ, принято решение об экстренном родоразрешении путем операции кесарева сечения. Извлечена живая недоношенная девочка ростом 52 см, весом 2 850 гр., по шкале Апгар 1-3-5 баллов.

После оперативного вмешательства произведена замена антибактериальной терапии на меропенем 2,0 внутривенно 3 раза в сутки и линезолид 600 мг внутривенно 2 раза в сутки. Проводилась посиндромная терапия.

Через 12 часов 40 минут после оперативного вмешательства проведено ЭХО-КС. Выявлено расширение левых камер сердца, гипокинезия миокарда, признаки застойной сердечной недостаточности по обоим кругам кровообращения и регургитации по всем клапанам сердца. Пациентка проконсультирована кардиологом, заподозрена перипартальная кардиомиопатия, назначен бромкриптин в дозе 2,5 мг в сутки. Проведена ТМК ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России, получено заключение: «Родильница, 23 года, 21 сутки после родоразрешения оперативным путем в связи двухсторонней внебольничной вирусно-бактериальной полисегментарной пневмонией, тяжелое течение (отек легких, ОРДС, ДН 3 ст., ИВЛ). Течение заболевания осложнилось развитием систолической дисфункции левого желудочка ($ФВ_t 42,8\% \geq ФВ_c 14-20\%$). Наличие преэклампсии в анамнезе не позволяет исключить перипартальную кардиомиопатию, как основную причину развития кардиологических осложнений. Тяжелая внебольничная пневмония, осложнившаяся ОРДС может рассматриваться в качестве дополнительных факторов риска прогрессирования систолической дисфункции левого желудочка. С учетом тяжести поражения миокарда и с целью уточнения генеза его поражения для выбора оптимальной тактики ведения показан перевод в НМИЦ. Пациентка спустя сутки после заключения ТМК переведена в ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» реанимационным автомобилем в сопровождении врача-реаниматолога. Спустя 3 недели лечения выписана домой в удовлетворительном состоянии.

Вывод. Перипартальная КМП является редкой причиной развития сердечной недостаточности в России. Врачи мало информированы об этой патологии; знание симптоматики и особенностей терапии важно для своевременной диагностики, лечения, что позволяет улучшить прогноз или добиться выздоровления пациенток.

Правильность и своевременность постановки диагноза является несомненным эффектом предпринятой терапии хронической СН с включением бромкриптина.

Корнилова Т.Ю.¹, Белоглазова О.Н.², Пуцкова Л.В.², Добролюбская М.А.²

Особенности течения беременностей, наступивших после программ вспомогательных репродуктивных технологий

¹ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»;

² ГУЗ «Городская клиническая больница святого апостола Андрея Первозванного»

Актуальность. Наступление беременности в программах вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) является лишь первым этапом, после которого не менее важными являются задачи вынашивания беременности и рождения здорового ребенка. По совокупности факторов, связанных этиологией и патогенезом бесплодия, характером и длительностью лечения, соматическим здоровьем, особенностями психоэмоционального статуса и технологиями ВРТ, пациентки относятся к высокой группе акушерского риска.

Цель исследования – выявить особенности течения беременности, наступившей с помощью ВРТ, оценить прогностический потенциал пренатальных скринингов I, II и III триместров для беременных высокого акушерского риска.

Материалы и методы. Проведено проспективное нерандомизированное когортное исследование 35 беременных после программ ВРТ. Проводилось стандартное клиническое, лабораторное и инструментальное обследование.

УЗ-скрининг I, II и III триместров проведен на аппарате экспертного класса «Ассиу1хУ10». Полученные результаты позволили проанализировать особенности течения беременности после программ ВРТ.

Результаты. Средний возраст женщин составил 34 года (min 28 – max 49), причем 87% в возрасте 30 лет и более. Все пациентки группы страдали бесплодием: в 62% – первичное, в 38% – вторичное. Ведущими причинами бесплодия были трубно-перитонеальный фактор (33%), мужской фактор (31%), эндокринные формы (20%), патология матки (1%) и эндометриоз (5%). У всех беременных прогрессировала одноплодная беременность, для 74% она была первой. Отягощенный акушерский анамнез выявлен у 38% повторнобеременных, 35% повторнородящих имели рубец на матке: в 30% случаев после предыдущего оперативного родоразрешения и в 5% – после консервативной миомэктомии. Экстрагенитальные заболевания диагностированы у 74% беременных, доминирующими оказались заболевания щитовидной железы (41%), ожирение (31%), заболевания МВС (24%), ХАГ (14%) и ЖДА (14%). Пренатальные скрининги I и II триместров в 100% случаев исключили наличие хромосомных аномалий развития плода, в 3% случаев диагностирована истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН) и также в 3% – низкая плацентация. Допплерометрическое исследование кровотока в маточных артериях и артерии пуповины во II триместре демонстрировало отсутствие сосудистой патологии, факторов риска нарушения роста плода и развития в дальнейшем преэклампсии. В первой половине беременности 67% женщин находились на стационарном лечении, причем 50% из них – от 2-х до 4 раз. Показания для госпитализаций: угрожающий самопроизвольный аборт (77%), рвота беременных (23%). Большая часть госпитализаций зафиксирована на сроках беременности до 12 недель (67%), особенно во время лютео-плацентарного перехода (7–9 недель) – 38%. Во второй половине беременности осложнения течения диагностированы в 97% случаев, все беременные были госпитализированы до срока родов 2-3 раза. Лидировали осложнения течения беременности: анемия беременных (58%), отеки беременных (58%), угрожающие преждевременные роды (47%), умеренная преэклампсия (13%), многоводие (13%), гестационный сахарный диабет (10%) и нарушение маточно-плодово-плацентарного кровотока IA степени (6%).

Все 39 женщин вследствие низкого уровня эндогенного прогестерона получали гормональную поддержку лютеиновой фазы гестагенами с момента переноса эмбриона до 34 недели беременности.

Частота преждевременных родов жизнеспособным плодом составила 6%, в 94% случаях – своевременные роды.

Выводы. Особенностью течения беременности после ВРТ является высокая частота угрозы невынашивания, но современные методики гормональной поддержки беременности гестагенами позволяют значительно снизить процент преждевременных родов. Успешному завершению беременности после ВРТ также способствует своевременная диагностика и лечение гестационных осложнений. Пренатальные скрининги I и II триместров позволяют еще в первой половине беременности обнаружить признаки ИЦН, исключить патологию развития плода и возможность развития во второй половине тяжелой преэклампсии.

Вишневская Д.О.¹, Касимова Д.Р.¹, Куткова Ю.К.²

Макросомия как признак нарушения углеводного обмена или как диагностический признак редкого наследственного синдрома Беквита – Видемана. Трудности дифференциальной диагностики

¹ ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»;

² ГУЗ «Ульяновская областная детская клиническая больница имени политического и общественного деятеля Ю.Ф. Горячева»

Актуальность исследования. Ежегодно возрастающее количество беременных женщин с нарушениями углеводного обмена вызывает своего рода «привыкание» к характерным ультразвуковым признакам диабетической фетопатии и уводит дифференциальный поиск от редких генетических синдромов, для которых также характерны ультразвуковые признаки декомпенсации различных экстрагенитальных заболеваний у беременных.

Цель исследования – доказать не только оправданность дифференциального диагностического поиска среди экстрагенитальных осложнений,

но и необходимость углубленной медико-генетической консультации для исключения редких форм наследственных синдромов.

Методы исследования. Ультразвуковое исследование проводилось в условиях консультативно-диагностического отделения (КДО) ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница» (ГУЗ УОКБ), на аппаратах экспертного класса «Voluson E6» (GE), «Voluson E8» (GE) по стандартной методике.

Результаты. Беременная В., 32 года, повторнобеременная. По данным акушерского анамнеза, роды – 1, относительно крупным плодом, весом 3 840 гр. Из экстрагенитального анамнеза: хронических заболеваний не отмечает. Скрининговые исследования проходила в срок. По данным УЗИ плода на сроке 20-21 неделя зафиксирован изолированный ультразвуковой маркер: «гипоплазия носовой кости», в связи с чем была направлена на прием к медицинскому генетику. С учетом низких индивидуальных рисков анеуплоидий хромосом 21, 18, 13 и отсутствия пороков развития, абсолютных показаний для инвазивной пренатальной диагностики на момент консультирования не было. На сроке 23-24 недели была направлена в отделение КДО ГУЗ УОКБ для прохождения Д-ЭХО-КГ плода. При проведении обследования было обращено внимание на избыточное количество околоплодных вод и диссоциацию фетометрических показателей по окружности живота, характерных для крупного плода. При рекомендованном повторном динамическом исследовании количество вод изменилось в сторону нарастающего многоводия. С учетом отклонений по гликемическому профилю (сахар крови натощак – 4,4; через 1 час после еды – 8,7) была направлена на консультацию к эндокринологу. По совокупности показаний, а именно подозрений на декомпенсацию гестационного сахарного диабета, для которого, прежде всего, и характерны макросомия, многоводие в сочетании с данными гликемии, беременная была направлена на дообследование в отделение патологии беременности. При клиническом наблюдении в акушерском стационаре данных за гестационный сахарный диабет зафиксировано не было, несмотря на продолжающееся прогрессирование численного значения количества околоплодных вод. Повторно беременная обратилась с целью проведения УЗИ плода на сроке 35 недель. К уже существующим признакам макросомии и многоводию добавились макроглоссия (на протяжении всего исследования у плода зафиксирован полуоткрытый рот с визуализацией кончика языка), аномалия ЦНС – суба-

рахноидальная киста. Обратившись к литературным данным, нашли подтверждение своих подозрений в сторону редкого наследственно-генетического синдрома Беквита-Видемана. Для таких детей характерны гигантизм, макроглоссия, насечки на мочках ушей, неонатальная гипогликемия, висцеромегалия, в последующем опережение костного возраста, иммунодефицитные состояния, умственная отсталость. Этот синдром имеет преимущественно аутосомно-доминантный тип наследования. Результаты после рождения: Фенотип пробанда: черепно-лицевой дисморфизм, макроглоссия, макросомия, передние складки мочки уха, висцеромегалия (увеличение размеров печени, селезенки, почек). Проведено молекулярно-генетическое исследование, подтвердившее наличие синдрома.



Выводы. Приведенный яркий пример случая рождения ребенка с редким наследственным синдромом добавил уверенности в необходимости совместного углубленного медико-генетического поиска врачами пренатальной диагностики и медицинским генетиком, даже в случае с «банальной» ультразвуковой картиной.

Корнилова Т.Ю.¹, Белоглазова О.Н.², Селезнева Н.П.², Нурахмедова Э.Р.²

Доступность лечения бесплодия с помощью ВРТ в различных социально-экономических группах

¹ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»

² ГУЗ «Городская клиническая больница святого апостола Андрея Первозванного»

Актуальность. За последние три десятилетия методы лечения бесплодия претерпели революционные изменения, главным образом, благодаря вспомогательным репродуктивным технологиям. Число циклов, выполняемых во многих развитых странах, за последние несколько лет увеличилось на 5–10% в год. По оценкам специалистов, общая потребность в ВРТ составляет не менее 1500 циклов на миллион человек в год. Вспомогательные репродуктивные технологии становятся основным медицинским методом решения проблемы бесплодия.

Цель исследования – выяснить основные характеристики социально-экономического портрета женщин, у которых с помощью вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) наступила беременность и завершилась родами.

Материалы и методы. Проведено проспективное клиническое наблюдение 38 женщин, у которых беременность наступила после реализации программ ВРТ и завершилась родами. Анализировались основные характеристики социально-экономического портрета пациенток: возраст, место жительства, семейное положение, образование, работа, материальное благополучие, паритет.

Результаты. Средний возраст 38 беременных составил 33 года (min 28 – max 49). Эти данные совпадают с данными большинства развитых стран об увеличении среднего возраста женщин, лечившихся с помощью ВРТ, и указывает на возросшую потребность в лечении ВРТ из-за возрастной субфертильности. В сельской местности проживало только 11% женщин, остальные 89% – в городе. Все 38 пациенток имели полную семью, зарегистрированный брак, из них 5% имели двух детей и 29% – одного. У всех 34% женщин предыдущие беременности также наступили после ВРТ. Только 66% беременных были первородящими. Полученные результаты продемонстрировали необходимость неоднократного применения

ВРТ (от 1 до 4 процедур ЭКО) для получения беременности, закончившейся родами: после первой попытки беременность наступила в 47% случаев, после повторных – в 53% случаев. Высшее образование получили 84% пациенток, остальные 26% – среднее. Чаще услугами клиник ВРТ становились работающие женщины (76%), значительно реже домохозяйки (24%). Среди работающих 16% были индивидуальным предпринимателем, 8% – инженером, 8% – бухгалтером, остальные пациентки имели стабильную работу в государственных и частных организациях, соответственно образованию. Уровень дохода семьи ниже среднего имели 37% беременных, выше среднего – 16%. Эти данные демонстрируют, что женщины из материально неблагополучных социально-экономических групп получают доступ к ВРТ реже, чем женщины из более благополучных групп.

Выводы. Потребность в лечении бесплодия среди различных социально-экономических групп варьируется, но при снижении уровня субсидирования расходов на лечение ВРТ можно ожидать, что различные социально-экономические группы будут затронуты в одинаковой степени.

Все больше фактов свидетельствует о том, что доступность лечения с помощью ВРТ влияет на состав пациентов, прибегающих к такому лечению.

Медико-социальный портрет беременной после ВРТ характеризуется преобладанием первородящих материально обеспеченных возрастных женщин с высшим образованием, чаще работающих по специальности.

Савенко С.В., Пигина Г.Р., Серова Л.П., Тонеева С.Н.

Случай успешного лечения ТМА.HELLP-синдрома.

Клинический случай

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»

Актуальность. Акушерская ТМА (тромботическая микроангиопатия) – представляет собой редкую патологию. В структуре всех форм ТМА на ее долю приходится 8–18%. Аббревиатура HELLP используется для описания клинического состояния, которое приводит к гемолизу, повышению уровня ферментов печени и низкому уровню тромбоцитов. HELLP-

синдром встречается у 4–18% пациенток с преэклампсией. Примерно 30% случаев возникают после родов. Материнская смертность при HELLP-синдроме варьирует по данным разных авторов и составляет от 1,1% до 25%. Учитывая редкую встречаемость и тяжесть данной патологии, мы считаем целесообразным продемонстрировать собственный опыт успешного лечения пациентки с HELLP-синдромом и акушерской ТМА.

Описание клинического случая. Пациентка И., 29 лет. Поступила в реанимационное отделение ГУЗ УОКБ с диагнозом: «послеродовый период 2-е сутки. Беременность 4. Роды 3, срочные в 39-40 недель. HELLP-синдром. Анемия тяжелой степени. Левосторонняя нижнедолевая пневмония». Гипотоническое кровотечение в раннем послеродовом периоде. Ручное обследование полости матки. ОПН.

Настоящие роды 3, в анамнезе 2 родов и внематочная беременность. До поступления появились симптомы ОРВИ. Обследована: мазок на COVID-19 и грипп А – отриц. Данная беременность протекала на фоне угрожающих преждевременных родов. В результате самопроизвольных родов через естественные родовые пути родился живой доношенный мальчик массой 3 550 гр. с оценкой по шкале АПГАР 8-9 баллов. Послеродовый период осложнился кровотечением, проведено ручное обследование полости матки. Общая кровопотеря составила 800,0 мл. Со слов пациентки, у нее была многократная тошнота и рвота желчью, отсутствие мочеиспускания, был установлен мочевого катетер. Отмечалось повышение температуры тела до 38,1°C, мочи по катетеру не было. Пациентке проводилась инфузионная терапия кристаллоидами, стимуляция диуреза. После стимуляции мочи всего выделено 200 мл. С учетом тяжести состояния была переведена в ОРИТ ГУЗ УОКБ. При поступлении общее состояние тяжелое. Кожные покровы бледные. Имеется пастозность лица и незначительные периферические отеки. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон. Анурия.

При лабораторном контроле: ОАК: Гемоглобин 54 г/л, шизоциты 1-2, лейкоцитоз $16,8 \times 10^9$ / л, тромбоциты 36×10^9 / л. В биохимическом анализе крови: гипонатриемия – 128 ммоль/л, АЛТ – 133,6 ед/л, АСТ – 316 ед/л, ЛДГ – 3788 ед/л, гипопропротеинемия – 49,3 г/л, альбумин – 24,1 г/л, СРБ – 141,8 мг/л, Креатинин – 515 ммоль/л, мочевины – 13,6 ммоль/л, прокальцитонин – 6,22 нг/мл. ОАМ: белок 0,25 г/л. Коагулограмма в пределах

нормы. По УЗИ брюшной полости незначительная гепатомегалия. По УЗИ гениталий: полость расширена до 12 мм с неоднородным содержимым. Свободной жидкости в брюшной полости не выявлено.

Неоднократно была проведена ТМК с ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» МЗ РФ. На основании анамнеза, клинико-лабораторных данных выставлен диагноз: «Послеродовый период. Акушерский-ТМА. HELLP синдром. Полиорганная дисфункция. Сепсис. Гемолитическая анемия тяжелой степени. ОПП 3 стадии по KDIGO олигоанурическая стадия смешанного генеза. Варикозное расширение вен нижних конечностей».

Проведено лечение: плазмообмен, гемодиализ, СЗП, переливание ЭМОЛТ, магнизиальная терапия, антибактериальная терапия, коррекция гипоальбуминемии, коррекция электролитов, утеротоническая терапия, профилактика ВТЭО, проведена диагностическая санационная гистероскопия.

На 10 сутки после перевода в УОКБ была переведена из ОРИТ в гинекологическое отделение. На фоне проводимого комплексного лечения, отмечалась положительная динамика. На 18-е сутки пациентка была выписана домой на амбулаторное лечение под наблюдение терапевта, акушера-гинеколога и нефролога по месту жительства.

Выводы: при развитии HELLP-синдрома в послеродовом периоде необходимо учитывать возможность развития акушерского ТМА, который требует дополнительного подхода в лечении для достижения успешного исхода.

Чистякова С.С.¹, Касьмова Д.Р.¹, Куткова Ю.К.², Сидорова Р.Х.¹

Пренатальная ультразвуковая диагностика редкой формы скелетных дисплазий: черепно-ключичный дизостоз (синдром Шейтхауэра – Мари – Сентона)

¹ ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»;

² ГУЗ «Ульяновская областная детская клиническая больница имени политического и общественного деятеля Ю.Ф. Горячева»

Актуальность. Синдром Шейтхауэра-Мари-Сентона (СШМС), ключично-черепной дизостоз – крайне редкое аутосомно-доминантное заболе-

вание, обусловленное мутациями в гене *RUNX2*, расположенном на коротком плече 6 хромосомы. Частота встречаемости: 1 : 1000000. Основными проявлениями являются: гипо/аплазия ключиц; позднее закрытие родничков; нарушение формирования, задержка прорезывания, сверхкомплектность зубов; низкорослость; брахидактилия; большой выступающий лоб. Из-за большого количества относительно легких случаев данного синдрома данная патология диагностируется не всегда. Диагностика основана на клинических симптомах и характерных радиологических признаках, описанных выше. При атипичных клинических и радиологических признаках для подтверждения диагноза используют молекулярно-генетические исследования. Прогноз достаточно благоприятный.

Цель исследования – изучить течение и исход беременности представленного клинического случая при выявленном черепно-ключичном дизостозе, провести анализ ультразвукового исследования.

Методы исследования. Ультразвуковое исследование проводилось в условиях консультативно-диагностического отделения перинатального центра ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница», на аппарате экспертного класса «Voluson E8» (GE), трансабдоминальным датчиком по стандартной методике.

Настоящая беременность третья, протекавшая на фоне гестационного сахарного диабета, низкорослости, ожирения 2 степени, транзиторной артериальной гипертензии. Из анамнеза: у матери пробанда отмечалось низкорослость, узкие плечи, широкий и уплощенный лоб, гипертелоризм. Аналогичный фенотип у сибса. В 12 недель проведен первый пренатальный скрининг – патологии со стороны плода и экстраэмбриональных структур не выявлено. По результатам комбинированного скрининга индивидуальный риск по хромосомной патологии низкий. Проведена инвазивная пренатальная диагностика – числовых и структурных перестроек аутосом и половых хромосом не выявлено.

Результаты. Беременная Б., 36 лет, была направлена на второй пренатальный скрининг в консультативно-диагностическое отделение (КДО) ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница». При ультразвуковом исследовании на сроке 20-21 неделя гестации выявлено пропорциональное укорочение всех трубчатых костей. Фетометрические показатели бипариетального размера головы и окружности головы соответствовали 19-20 неделям

гестации; длина бедра и длина плеча соответствовали 17-18 неделям гестации. Кроме того, обнаружены лицевой дисморфизм, аплазия носовой кости. Полученные при эхографии данные, позволили сформулировать пренатальное ультразвуковое заключение: «Фетометрия соответствует 17-20 неделям беременности. Множественные ультразвуковые маркеры хромосомных аномалий. Высокий риск рождения ребенка с перинатальной синдромальной патологией».

Проведена медико-генетическая консультация и женщина направлена на перинатальный консилиум, где был решен вопрос о пролонгировании беременности и углубленном дообследовании ребенка после рождения, включая генетическое. После рождения ультразвуковой диагноз подтвердился. На 39 неделе гестации родилась девочка с массой 3140 гр. и длиной 50 см. Отмечались у пробанда клинические и рентгенологические признаки СШМС. Фенотип пробанда включал черепно-лицевой дисморфизм: гипертелоризм, большие роднички и открытые швы, узкий гипермобильный плечевой пояс, гипоплазия ключиц.

Выводы. В данном клиническом случае ультразвуковой метод позволил поставить правильный диагноз и в дальнейшем определить тактику ведения беременности, провести подробное генетическое исследование после рождения.

Таким образом, можно констатировать важность и ценность пренатальной ультразвуковой диагностики для выявления пороков развития плода.

Корнилова Т.Ю.¹, Белоглазова О.Н.², Аничкина Э.Э.², Добролюбовская М.А.²

Поиск решений, позволяющих снизить частоту оперативного родоразрешения у женщин с одноплодной беременностью после ЭКО

¹ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»;

² ГУЗ «Городская клиническая больница святого апостола Андрея Первозванного»

Актуальность. Экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО) – это вспомогательная репродуктивная технология (ВРТ), при выполнении ко-

торой яйцеклетки и сперматозоиды забираются у женщины и мужчины, а оплодотворение происходит в пробирке (*in vitro*), после этого осуществляют перенос эмбриона в матку. Этот метод позволил добиться наступления беременности у многих женщин, ранее обреченных на абсолютную бездетность.

Роды после ЭКО изначально обязательно были оперативными, вне зависимости от состояния здоровья беременной и плода. На сегодняшний день ситуация изменилась – хороший уровень здоровья будущей мамы, беременность без осложнений и нормальное развитие малыша позволяют провести естественные роды после ЭКО. В то же время, акушерская статистика показывает, что после ЭКО кесарево сечение происходит чаще, чем нормальные роды.

Цель исследования – определение показаний к операции кесарева сечения (КС) у женщин с одноплодной беременностью после ЭКО и выявление возможных путей снижения частоты этой операции.

Материалы и методы. В исследование были включены 32 пациентки, родоразрешенные по программам ЭКО, в возрасте от 28 до 38 лет, выносившие одноплодную беременность. Проведен ретроспективный анализ данных о гинекологической и экстрагенитальной патологии женщин, течении настоящей беременности, методе и сроке родоразрешения. Сопоставили состояние новорожденных после естественных родов и после КС.

Результаты. Средний возраст 32 беременных составил 33 года, причем 31% были старше 35 лет. У всех пациенток беременность наступила после ЭКО, с помощью которого получили положительный эффект в лечении бесплодия. Первичное бесплодие диагностировано у 59% женщин, вторичное – у 41%. Мужской фактор бесплодия стал показанием для ЭКО в 34% случаев.

У 60% рожениц беременность была первая, но первородящими были 81% женщин. У 85% повторнобеременных выявлен отягощенный акушерский анамнез: в 36% случаев первая беременность оказалась внематочной, в 27% – завершилась на ранних сроках самопроизвольным абортom и 54% пациенток имели рубец на матке. Экстрагенитальная патология выявлена при обследовании у 78% женщин: среди заболеваний лидировали миопия (48%), заболевания щитовидной железы с нарушением ее функции (44%), ожирение (28%) и заболевания МВС (28%).

На момент родоразрешения у 94% пациенток срок беременности был больше 37 недель, только в 6% случаев он составил 35-36 недель.

Осложнения течения беременности в первой половине наблюдались в 78% случаев: угрожающий самопроизвольный аборт (64%), железодефицитные состояния (20%), бессимптомная бактериурия (16%), рвота беременных (12%).

Во второй половине беременности осложнения течения беременности уже диагностировали у 96% женщин, лидировали анемия беременных (58%) и отеки беременных (58%). Угрожающие преждевременные роды стали причиной госпитализации в 39% случаев, умеренная преэклампсия – в 13%, инфекция МВС – в 23%. НМППК 1А степени диагностировали с помощью доплерометрии в 6% беременностей.

В 78% случаев беременность завершилась операцией КС: экстренно – 48% и в плановом порядке – 52%. Среди показаний для планового оперативного родоразрешения лидировали отказ беременной от естественных родов, несмотря на возможность родоразрешения через естественные родовые пути, и рубец на матке после предыдущего КС или консервативной миомэктомии, соответственно: 54% и 46%. Экстренное КС в 16% случаев завершило естественные роды из-за возникшей плодово-тазовой диспропорции и дискоординированной родовой деятельности, не поддающейся коррекции. В 8% случаев показанием для КС стала ПОНРП. Чаще всего показаниями для экстренного КС у беременных после ЭКО были начавшаяся родовая деятельность при неподготовленной шейке матки и преждевременное излитие околоплодных вод, соответственно 33% и 33%.

Естественные роды завершили беременность после ЭКО в 22% случаев.

32 беременности после ЭКО завершились рождением 32 живых новорожденных без асфиксии. Масса тела новорожденных в 66% случаев была в пределах 2 500 – 3 999 гр. В 6% случаев родились новорожденные с массой тела от 2000 до 2 499 гр.

Послеродовый и послеоперационный период у всех женщин протекал без осложнений. Ранний неонатальный период у недоношенных детей также протекал без осложнений и позволил выписать их с мамой домой под наблюдение участкового педиатра.

Выводы. Естественные роды у женщин с одноплодной беременностью в головном предлежании после ЭКО возможны при условии отсут-

ствия аномалий развития родовой деятельности, дистресса плода, плодово-тазовой диспропорции, патологии со стороны плаценты и матки.

Важным условием для снижения частоты КС является желание женщины рожать через естественные родовые пути. В этих случаях особенно важна психопрофилактическая подготовка беременной к родам.

В качестве резерва могут быть рассмотрены соматически здоровые первородящие женщины старше 30 лет после ЭКО в связи с мужским фактором бесплодия.

В настоящее время в мире нет единой адекватной системы оценки состоятельности рубца на матке. Роды через естественные родовые пути у этих женщин сопряжены с высоким риском разрыва матки, интранатальной гибели плода, кровотечения, поэтому пациентки с рубцом на матке после ЭКО не могут являться резервом для снижения частоты оперативного родоразрешения.

Маршанина Л.С.¹, Горчинская Е.А.¹, Эйвазова А.М.¹, Таджиева В.Д.²

Рубец на матке: роды через естественные родовые пути!?

¹ ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»;

² ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»

Актуальность. В Российской Федерации частота **влагалищных родов (ВР)** у пациенток с рубцом на матке не превышает 1,5% [Шмаков Р.Г. и др., 2019]. Средний показатель успешных ВР при рубце на матке после одного КС – 72–76%.

Цель исследования – анализ течения и исходов влагалищных родов при рубце на матке после кесарева сечения на нижнем маточном сегменте.

Материал и методы. Был проведен ретроспективный анализ 50 случаев **ВР** с рубцом на матке, произошедших в Ульяновской ОКБ ПЦ.

В 2020 году с рубцом на матки поступило 502 женщины, из них у 22 (**4,3%**) были ВР, в 2021 году с рубцом поступило 546 женщин, из которых у 28 (**5,12%**) были ВР, в 2022 году – только у **3,03%** были ВР, а в 2023 – у **4,43%**. В среднем – **4,22%**.

62% беременных были жительницами города, 56% имели возраст до 30 лет, 42% были имели возраст до 40 лет и одна женщина имела возраст 41 год. Из анамнеза: 42% имели ВР до кесарева сечения, у 58% предшествующим было только кесарево сечение. Один рубец на матке имели 47 женщин, у 3 (6%) было два рубца на матке. В 100% интергравидарный интервал составил более двух лет. Показаниями к предшествующему кесареву сечению были: аномалии родовой деятельности – 22%, ПОНРП – 16%, дистресс плода – 14%, тазовой предлежание – 16%, преэклампсия – 10%, клинически узкий из-за неправильного положения плода – 6%, и у 2 (4%) – предыдущая беременность была прервана по медицинским показаниям, в связи с патологией плода. Течение настоящей беременности у этих женщин осложнилось: в 28% анемией легкой степени, 30% – угрозой прерывания беременности, 16% – инфекцией МВС, 8% – АГ, получали лечение.

Результаты. 47 (94%) беременных переведены в родильное отделение с началом 1 периода родов, головное предлежание, предполагаемая масса плода менее 4000,0, таз нормальных размеров, расположение плаценты вне рубца на матке, благоприятное течение послеоперационного периода в анамнезе. Всем проведено УЗИ рубца – состоятельный (3 мм) на всем протяжении одинаковой толщины, КТГ плода-норма, и **желание** женщины – по сумме этих факторов были проведены ВР. Один рубец на матке имели 47 женщин, у 3 (6%) – 2 рубца на матке, но они поступили во втором периоде родов. ЭПА в родах проведена у 7 женщин с целью обезболивания.

У 3 (6%) течение родов осложнилось слабостью родовой деятельности, проводилась коррекция, у 1 (2%) – в раннем послеродовом периоде было гипотоническое кровотечение 700,0 мл с ревизией полости матки. У остальных 46 (92%) роды протекали без осложнений. У 49 (98%) роды были срочные, у 1 (2%) – преждевременные (33 нед. и 6 дней). Все дети родились с оценкой по шкале Апгар 8–10 баллов. Длительность родов составила: до 4 часов у 30%, до 6 часов – у 30%, более 6 часов – у 40%. Безводный период у 49 (98%) составил до 18 часов и только в одном случае – более 18 часов (25 часов 30 минут). Рутинное ручное обследование матки при отсутствии симптомов разрыва матки не проводилось, всем женщинам в раннем послеродовом периоде проведено УЗИ рубца. Течение послеродового периода у 4 (8%) осложнилось субинволюцией матки, проведено консервативное лечение, 3 (6%) проведено инструментальное выскабливание

полости матки, в соскобе – остатки плацентарной ткани. Все последы были направлены на гистологическое исследование – без патологии. Все женщины были выписаны домой с детьми на 3 сутки.

Выводы. Каждые роды после кесарева сечения могут быть влажлищными. По нашим данным, % ВР составил **от 3,03 до 5,12%**, в среднем – 4,22%. Все ВР с рубцом были **100% успешными**. Решение о ВР надо принимать персонально, на основании компетентного досконального анализа акушерско-гинекологической и общесоматической ситуации, оценки факторов риска и преимуществ самостоятельного рождения ребенка для матери и плода. Кесарево сечение, как и любое полостное хирургическое вмешательство, имеет высокий риск осложнений и самых неблагоприятных последствий для женского здоровья и жизни.

Захаревский С.А., Коновалова А.С.

Беременность в рубце на матке после операции КС. Разбор клинических случаев

ГУЗ «Ульяновский областной клинический центр специализированных видов медицинской помощи имени заслуженного врача России Е.М. Чучкалова»

Актуальность. Увеличение числа операций кесарева сечения привело к повышению таких осложнений как: послеродовое кровотечение, разрыв матки по рубцу, врастание плаценты в послеоперационный рубец, эктопическая беременность в послеоперационном рубце. Беременность в рубце на матке относится к атипичным формам внематочной беременности, частота встречаемости такой формы увеличивается. Неспецифическая клиническая картина, отсутствие системы раннего скрининга беременных с факторами риска патологической имплантации приводят к затруднению дифференциальной диагностики и увеличению осложнений. Поэтому беременность в рубце на матки часто принимается за маточную беременность, угрожающий выкидыш и пузырный занос, вследствие чего изначально врач принимает неправильную тактику ведения пациентки. Факторами риска развития беременности в рубце являются две и более операции КС в анамнезе, по-

слеродовый эндометрит, более двух искусственных аборт, наличие искусственного аборта после КС, интервал между текущей беременностью и последним КС менее двух лет [3, 4, 5].

Можно выделить два типа беременности в рубце на матке, различающихся по глубине проникновения. Беременность в рубце на матке, с прогрессированием в цервикоистмическое пространство или полость матки (**тип I**, эндогенный тип) и беременность в рубце на матке, с глубокой инвазией рубцового дефекта с прогрессированием в сторону мочевого пузыря и брюшной полости (**тип II**, экзогенный тип). Эндогенный тип БРМ может привести к жизнеспособной беременности; все же с высоким риском кровотечения в месте патологической инвазии плаценты. Экзогенный тип может осложниться разрывом матки и кровотечением на ранних сроках беременности [1.2]. К ультразвуковым признакам, характерным для беременности в рубце на матке, относятся: треугольная форма плодного яйца, истончение передней стенки матки (тонкий, 1–3 мм, слой миометрия между гестационным мешком и мочевым пузырем или его отсутствие), отсутствие плодного яйца в полости матки и узкий цервикальный канал. [6, 7].

Цель исследования – анализ, диагностика и выбор тактики ведения пациенток с беременностью в рубце на матке.

Материал и методы. В гинекологическом отделении ГУЗ УОКЦСВМП имело место 5 клинических случаев беременности в рубце на матке после кесарева сечения за последние 3 года.

Результаты. В приемный покой 3 из 5 пациенток поступали по направлению врачей женских консультаций и частных клиник с диагнозом «угрожающий ранний самопроизвольный аборт». Во всех случаях была диагностирована маточная беременность, рубец на матке описывался без патологических изменений. Лишь у двух пациенток на амбулаторном этапе была диагностирована беременность в рубце на матке. При поступлении 36% женщин предъявляли жалобы на кровяные выделения из половых путей, 24,6% отмечали боли в животе (причем 15,8% жалуются на боли и кровяные выделения, а 8,8% – только на боли), 36,8% жалоб не предъявляли. При анализе жалоб отмечается их неспецифический характер.

Ультразвуковое исследование органов малого таза в приемном покое было переделано на аппарате SonoScape S6Pro. У трех женщин была диагностирована беременность в рубце на матке, а двум пациенткам потребо-

валось проведение метода компьютерной томографии с контрастным усилением для подтверждения диагноза. Во всех случаях беременность в рубце на матке прогрессировала до начала оперативного вмешательства. Всем пациенткам была проведена органосохраняющая операция с метропластикой.

Выводы: 1. Ультразвуковое исследование на аппарате экспертного класса является основным скрининговым методом диагностики беременности, в том числе и эктопической. 2. Ранняя диагностика такой патологии, как эктопическая беременность в послеоперационном рубце, снижает риск развития таких осложнений, как разрыв рубца на матке и массивное акушерское кровотечение, приводящее к материнской смертности. 3. При сложных дифференциально-диагностических случаях необходимо проведение КТ или МРТ малого таза с контрастным усилением. 4. Клиника эктопической беременности в рубце на матке несет неспецифический характер.

Список литературы

1. Anant M., Paswan A., Jyoti C. Cesarean scar ectopic pregnancy: the lurking danger in post cesarean failed medical abortion. *Journal of Family and Reproductive Health*. 2019; 13 (4): 223–227.

2. Belmajdoub M., Jayi S., Chaara H., Melhouf A. Grossesse sur cicatrice de césarienne: à propos d'un cas et revue de la littérature. *Pan African Medical Journal*. 2018; 31 (1): 227.

3. Чечнева М.А., Панов А.Е., Федоров А.А., Благина Е.И. Возможности ультразвуковой диагностики и ведения беременности в рубце на матке. *SonoAce Ultrasound*. 2015; 27: 3–10.

4. Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Щукина Н.А., Логутова Л.С. Несостоятельность шва (рубца) на матке после кесарева сечения: проблемы и решения. *Российский вестник акушера-гинеколога*. 2015; 15 (3): 4–8.

5. Morlando M., Buca D., Timor-Tritsch I.E. et al. Reproductive outcome after cesarean scar pregnancy: a systematic review and meta analysis. *Acta Obstetricia Gynecologica Scandinavica*. 2020; 99 (10): 1278–1289.

6. Sonova M.M., Gashenko V.O., Laskevich A.V., Torubarov S.F. The case of ectopic pregnancy in cesarean section scar. *Russian Journal of Human Reproduction*. 2018; 24 (1): 42-47.

7. Makukhina T.B., Pomortsev A.V. Peculiarities of ultrasound diagnostics and treatment tactics in patients with cesarean scar pregnancy. Russian Electronic Journal of Radiology. 2012; 2 (3): 95–99.

Захаревский С.А., Коновалова А.С.

Гистерорезектоскопия при лечении внутриматочной патологии

ГУЗ «Ульяновский областной клинический центр специализированных видов
медицинской помощи имени заслуженного врача России Е.М. Чучкалова»

Актуальность. В настоящее время эндоскопические методы занимают ведущее место в диагностике различных заболеваний органов малого таза и внутриматочной патологии. В частности, появление гистерорезектоскопии позволило использовать органосохраняющие методы хирургического лечения при различной патологии в полости матки. Ранняя диагностика внутриматочной патологии является важным этапом в профилактике злокачественных заболеваний матки, при лечении бесплодия маточного генеза и гиперпластических процессов эндометрия (таких как полип тела матки, субмукозной миомы матки, гиперплазии эндометрия)

Цель исследования – провести анализ структуры внутриматочной патологии, определить частоту и эффективность применения эндоскопических методов для её диагностики и лечения.

Материал и методы. В гинекологическом отделении ГУЗ УОКЦСВМП за 2023 год была выполнено 231 гистерорезектоскопическая операция. При этом у 98 (42,4%) пациенток был обнаружен полип эндометрия, пролечены 54 (23,3%) пациентки с гиперплазией эндометрия, 44 (19,0%) пациентки с субмукозной миомой матки и 35 (10,9%) пациенток с внутриматочными синехиями и внутриматочной перегородкой, причем 5 (2,1%) из них – с синдромом Ашермана. Средний возраст пациенток составляет 45 лет. Во всех случаях проводилось гистологическое исследова-

ние полученного материала. Во всех случаях применялся жидкостный метод с использованием неэлектролитного 5%-го раствора глюкозы.

Результаты.

1. Гистерорезектоскопия является «золотым» методом лечения гиперпластических процессов эндометрия, т.к. 86 женщин из 231 в течение 6 месяцев имели неудачный опыт удаления внутриматочной патологии после диагностического выскабливания полости матки. У всех женщин после неудачных попыток выскабливания полости матки по результатам гистологического метода исследования были диагностированы фиброзный полип и субмукозная миома матки, которые поддаются хирургическому лечению только под контролем глаза хирурга, с использованием электрокоагуляции ложа полипа и миоматозного узла. Путем хирургического кюретажа удалить данную патологию не представляется возможным.

2. Гистерорезектоскопия позволяет эффективно устранить маточный фактор бесплодия у женщин с внутриматочными синехиями (в т.ч. Синдромом Ашермана), внутриматочной перегородкой, субмукозной миомой матки и гиперпластическими процессами эндометрия.

3. Риск развития осложнений после проведения гистерорезектоскопии минимален, т.к. внутриматочная хирургия осуществляется под контролем глаза хирурга. Такое осложнение как гематометра наблюдалось лишь в 3% случаев.

Выводы. 1. В настоящее время гистерорезектоскопия признана «золотым стандартом» диагностики и лечения внутриматочной патологии. 2. Ведущее место в структуре внутриматочной патологии занимают гиперпластические процессы эндометрия, такие как полип и гиперплазия. 3. Гистерорезектоскопия характеризуется низкой частотой интра- и послеоперационных осложнений. Сокращаются сроки пребывания пациенток в стационаре и послеоперационной реабилитации. 4. Гистерорезектоскопия при бесплодии может использоваться как эффективный метод лечения маточной формы бесплодия. 5. Данные операции являются органосохраняющими, что очень важно для пациенток в детородном возрасте. 6. Гистерорезектоскопия позволяет провести операцию женщинам с тяжелой экстрагенитальной патологией менее травматичным способом.

Хованская Т.Н., Гончарова З.Ф.

Экстрагенитальная патология и беременность: проблема современного акушерства

ГУЗ «Городская больница № 2»

Актуальность. Отрицательное влияние на репродуктивное здоровье оказывает **экстрагенитальная патология (ЭГП)**, способствующая формированию неблагоприятных перинатальных и материнских осложнений. **Железодефицитная анемия** сопровождается формированием **плацентарной недостаточности** у каждой пятой пациентки, перинатальной заболеваемости – у 63%, гипоксии плода – у 40%, ЗРП – у 32% (Радзинский В.Е., 2023 г.).

Критическая ситуация – распространение ожирения, эпидемия гестационного сахарного диабета, скрытый ферродефицит.

Цель исследования – оценить влияние экстрагенитальной патологии на течение беременности и родов.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ исхода беременности и родов у 2 498 женщин репродуктивного возраста за период с 2021 по 2023 год, в том числе ретроспективный у 1 710 и проспективный – у 788.

Результаты. Первородящих было 1 416 – 56,7%, повторнородящих – 1 082 – 43,3%. Родились 2 404 ребенка: доношенных – 2 337 (97,2%), недоношенных – 56 (2,3%). Мертворождаемость составила 5,7%, ранняя неонатальная смертность – 1,7 ‰.

Экстрагенитальная патология (ЭГЗ) выявлена у 1 488 женщин (**59,7%**). Возраст 20–30 лет имели 1277 (85,8%), старше 30 лет – 211 (14,2%). Высокая степень пренатального риска отмечена у 277 (18,6%); средняя – 901 (60,5%); низкая – 310 (20,9%). Структура ЭГЗ представлена заболеваниями системы кровообращения – 416 (27,9%), железодефицитной анемией – 63 (**42,4%**), избыточной массой тела и ожирением – 190 (12,8%), сахарным диабетом – 25 (1,7%), варикозной болезнью – 108 (7,2%), заболеваниями мочевыделительной системы – 118 (7,9%). Хронические воспалительные заболевания гениталий были у 267 женщин (17,9%), ЗППП – 79 (5,3%).

Осложнения течения беременности: АГ с умеренной протеинурией – 62 (4,2%), умеренная преэклампсия – 82 (5,5%), угроза прерывания беременности – 679 (45,6%).

Углубленный анализ показал, что частота **преждевременных родов** среди женщин с ЭГЗ составила **2,6%** (53 случая). Возраст обследованных от 20 до 30 лет – 34 (64,1%), старше 30 лет – 19 (35,8%), первородящие – 39 (67,9%), повторнородящие – 14 (32,1%). Вредные привычки имели 18,9%, низкий социальный статус – 22,6%, аборт в анамнезе – 32,1%. Железодефицитная анемия встречалась у 60,3%, ожирение – 18,9%, гломерулонефрит – 13,2%.

Осложнения беременности представлены: угрозой прерывания беременности – 88,7%, умеренной ПЭ – 64,1%, тяжелой ПЭ – 5,7%, маловодием – 13,2%, ЗРП – 26,4%, хронической гипоксией – 20,7%.

Родоразрешены путем операции **кесарева сечения 41,5%**, из них 15,1% имели рубец на матке. Острая асфиксия зафиксирована у 3,8% новорожденных. Всего родились 54 новорожденных (одна двойня). Среди новорожденных массу тела 500–999 гр. имели 12,5%; 1000–1499 гр. – 16,1%; 1500–1999 гр. – 41,5%; 2000–2500 – 32,1%.

Полученные данные показали, что **возраст** – один из факторов, определяющих увеличение частоты экстрагенитальной патологии среди повторнородящих, что согласуется с мнением Рабовалюк Л.Н. и соавторов, 2012 г. Для первородящих женщин, по нашим данным, характерна значительная частота встречаемости ЭГЗ – 29 случаев, повторнородящих – 24 случая. Среди первородящих характерна манифестация железодефицитной анемии.

Выводы. Для обеспечения физиологического течения беременности необходимо среди женщин фертильного возраста выделять группу риска пациенток с ЭГЗ, что позволило бы провести **предгравидарную подготовку** для последующего обеспечения оптимального течения беременности.

Перспектива снижения неблагоприятных перинатальных исходов у женщин – профилактика железодефицитной анемии и метаболических расстройств, что значительно снизит частоту преждевременных родов.

Козырева Е.В., Давидян Л.Ю., Соловьева И.Л.

Иммуноцитохимические особенности эндометрия у женщин с бесплодием и неудачными попытками вспомогательных репродуктивных технологий

Клиника MedSwiss, г. Москва

Актуальность рассматриваемой проблемы. Одной из современных тем современной репродуктологии является отсутствие беременности и повторные неудачи имплантации на фоне хронического эндометрита. Данная нозология до настоящего времени остается не до конца изученной. Нет четкого алгоритма диагностики и лечения данного заболевания. Новым направлением в оценке функциональных возможностей эндометрия явилась иммуноцитохимия, использование которой позволяет оценить не только имеющиеся воспалительные изменения тканей, но иммунологические изменения ткани.

Целью нашего исследования явилось определения иммуноцитохимических особенностей эндометрия у женщин с бесплодием и неудачными попытками ЭКО.

Материал и методы исследования. В 2023 году в клинике MedSwiss нами было обследовано 66 бесплодных женщин с подтвержденным диагнозом «хронический эндометрит». Образцы эндометрия забирались на 7–11 дни менструального цикла путем пайпель-биопсии. Для определения рецепторного статуса эндометрия проводилось иммуноцитохимическое исследование путем автоматизированного окрашивания с применением системы Dako AutostainerLink 48 (Dako Denmark A/S, Дания) с использованием моноклональных (мышинных) антител к человеческим CD138, клон M15, Ready-to-Use (Dako Denmark A/S, Дания).

Результаты исследования. У 26 женщин (40%) хронический эндометрит протекал без активации аутоиммунного характера процесса (DP-DQ&DR – отрицательно – 0 – баллов). У 40 женщин (60%) хронический эндометрит определялся с аутоиммунным характером процесса (DP-DQ&DR – диффузно расположенные клетки с умеренно выраженной экспрессией клеток в поле зрения). Все пациентки с аутоиммунным характером хронического эндометрита имели нормальный рецептивный статус

эстрогенов и прогестерона и нормальный индекс пролиферативной активности (KI67), с активацией цитотоксических В-лимфоцитов (CD 20) и наличием истинных клеток – киллеров (CD56).

Заключение. Иммуноцитохимический метод исследования является высоко информативным в плане диагностики хронического эндометрита. 60% бесплодных женщин с хроническим эндометритом имеют аутоиммунный характер процесса.

На основании полученных данных нами было разработано специфическое лечение в зависимости от рецептивности эндометрия. Антибактериальная терапия применялась только при выявлении патогенных и условно-патогенных бактерий в полости матки. С высокой эффективностью лечения мы применяли гормонотерапию; терапию, улучшающую трофику тканей, микроциркуляцию; витаминотерапию; физиолечение.

Раздел 2. Анестезиология

Архиреева Л.Ю.¹, Дубаносов В.В.², Шилова А.А.³, Архиреева А.А.⁴

Современные представления о механизмах поражения печени при перитоните и их роли в детоксикационной терапии

¹ ГУЗ «Городская клиническая больница святого апостола Андрея Первозванного»;

² ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска»;

³ ГУЗ «Центральная клиническая медико-санитарная часть имени заслуженного врача России В.А. Егорова»;

⁴ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»

Актуальность. Хирургические заболевания брюшной полости нередко осложняются перитонитом и, несмотря на адекватные методы хирургической коррекции и усилия реанимационной службы, нарастает каскад явлений полиорганной недостаточности с высоким процентом фатальных последствий. Ключевую роль в снижении защитного потенциала организма играет поражение печени, как органа естественной детоксицирующей системы, возникающее уже в первые часы абдоминальной катастрофы. Критическое нарастание количества токсических продуктов, попадающих в системный кровоток, когда превышены функциональные возможности печени, приводит к развитию токсинемии с вовлечением в патологический процесс различных органов и систем. Большое количество современной литературы посвящено поиску путей элиминации эндотоксинов и восстановлению утраченной функции печени с повышением ее регенерационного потенциала.

Цель исследования – на основе данных современной литературы проследить путь проникновения эндотоксинов из кишечника и брюшной полости в систему воротной вены, преодолевая естественные барьеры; изучить механизмы поражения печени, ее дольковой структуры, приводящие к апоптозу гепатоцитов; а также на основании изученных данных очертить основные направления коррекции эндогенной интоксикации, неизменно сопровождающей острую абдоминальную хирургическую патологию.

Материал и методы исследования. Для решения поставленных задач проведен обзор, основанный на анализе источников, включенных в электронные базы данных, таких как: Cyberleninka, Top-Technologies, Science education, PubMed, UpToDate, Web of Science, Annals of Internal Medicine, находящихся в свободном доступе в Интернете. Возросший в последние годы интерес к прогрессированию эндогенной интоксикации, вследствие нарастающей печеночной недостаточности, приводит к концептуально новым взглядам на роль нарушений печени, как естественной детоксикационной системы, в патогенезе развития органной дисфункции при перитоните.

Результаты. Изучено более 120 источников отечественной и зарубежной литературы за 2020–2023 годы с описанием этиопатогенеза хирургического эндотоксикоза при перитоните с возникновением печеночной дисфункции, а также предложениями путей коррекции нарушенной функции печени. Складывается следующая картина: в гепатоцитах на фоне эндотоксикоза изменяются метаболические и обменные процессы с повреждением клеточных структур гепатоцитов, выбросом цитокинов, медиаторов воспаления, нарушением питания клеток печени и оксигенации с нарушением кровотока печеночных вен и артериального русла, приводящие к гепатоцеллюлярному завершению апоптотического процесса гибели клеток печени.

При альтерации кишечной трубки полиморфноядерные лейкоциты, связывая эндотоксины, препятствуют токсическому воздействию на портальные сосуды, но с исчерпанием функциональных возможностей нейтрофилов цитокенез приводит разрушению гепатоцитов. При этом агрегаты лейкоцитов, эндотоксинов и желчных кислот вместе с желчью поступают в кишечник, замыкая так называемый «порочный эндотоксиновый круг». В повреждении паренхимы печени немаловажную роль отводят также возрастающей активности фосфолипаз и свободных радикалов, интенсифицирующих процессы перекисного окисления липидов и провоспалительной активности оксида азота.

Выводы. На основании изученной литературы можно сделать вывод, что проблема эндотоксикоза при перитоните остается актуальной и по сей день, учитывая сложные многокомпонентные механизмы поражения различных органов, включая поражение печени уже впервые часы заболева-

ния. Поэтому консервативная терапия, направленная на купирование разрушения печени токсическими субстанциями и стимуляцию регенерации гепатоцитов, должна начинаться как можно раньше.

Айнулов С.М., Стародубов А.О., Тамаева А.А., Богаченок Д.А.

Оценка эффективности заместительной почечной терапии у реанимационных пациентов с тяжёлым декомпенсированным поражением печени, осложнённым гепаторенальным синдромом

ГУЗ «Центральная клиническая медико-санитарная часть имени заслуженного врача России В.А. Егорова»

Актуальность. Гепаторенальный синдром (ГРС) – патологический симптомокомплекс, развивающееся на фоне тяжёлого декомпенсированного поражения печени со вторичным нарушением функции почек с их повреждением, в некоторых случаях требующего проведения заместительной почечной и печёночной терапии.

Цель исследования – проведение анализа эффективности гемодиализации у пациентов с патологией печени, осложнившейся развитием гепаторенального синдрома со вторичным острым почечным повреждением.

Методы исследования. Оценка почечной дисфункции проводилась исходя из клинико-лабораторных данных (объективного осмотра пациента, прирост уровня азотемии крови по биохимическому анализу крови), расчёта СКФ по формуле СКД-ЕРІ и формуле Реберга-Тареева с учётом исходных показателей почечного клиренса с момента поступления и в динамике лечения, исходя из волемического статуса пациента, нарушения ментального статуса, инструментальных данных (ультразвукового исследования почек, компьютерной томографии органов брюшной полости), а также на основании шкал АКІ (Acute Kidney Injury), KDIGO (Kidney Disease: Improving Global Outcomes).

Исходные данные из анамнеза: «Длительное злоупотребление алкоголем. Диагноз «цирроз печени класс С по Чайлд-Пью» выставлен не-

сколько лет назад, отмечаются признаки портальной гипертензии, асцита по УЗИ ОБП. Из сопутствующих заболеваний: артериальная гипертензия, сахарный диабет 2 типа, компенсированный, ожирение 1 степени». По тяжести состояния при поступлении госпитализирован в реанимационное отделение, проводилась комплексная интенсивная терапия. Несмотря на проводимое лечение, добиться положительной динамики не удалось. Ввиду развития гепаторенального синдрома начаты процедуры ЗПТ методом ежедневной прерывистой гемодиализации.

Результаты. Процедуры острой гемодиализации проводились на аппаратах Fresenius Cordiax 5008/5008S. На фоне проведения процедур отмечалась положительная клинико-лабораторная динамика: улучшение сознания по шкале ком Глазго, регрессия смешанной энцефалопатии, уменьшение отёков, иктеричности кожных покровов. По результатам биохимического анализа крови: уменьшение уровня печёночных и почечных ферментов, частичное восстановление темпа диуреза (увеличение объёма суточной мочи). В результате проводимого лечения удалось добиться стабилизации состояния первого пациента, восстановления удовлетворительного темпа диуреза, нормализации лабораторных показаний без прироста показателей азотемии в междиализный период. Проведение процедур ГДФ прекращено. С расчётом СКФ по СКД-ЕРІ 36 мл/мин/1.73м² с вероятным диагнозом ХБП 3б пациент выписан, рекомендовано наблюдение у нефролога.

Выводы. При тяжёлом гепаторенальном синдроме в рамках клинических рекомендаций по ОПП от 2020 года рекомендовано проведение процедур заместительной почечной терапии. Проведение процедур гемодиализации позволяет повысить эффективность проводимой интенсивной терапии, улучшить прогноз и исход заболевания у пациентов с тяжёлым поражением печени, осложнённым гепаторенальным синдромом. Своевременно начатые процедуры экстракорпоральной детоксикации позволяют быстрее достичь стабилизации состояния пациента и уменьшить экономические затраты в связи со снижением сроков госпитализации в стационаре.

Архиреева Л.Ю.¹, Дубаносов В.В.², Шилова А.А.³, Архиреева А.А.⁴

Макромолекулярные механизмы изменения кишечной проницаемости в этиопатогенезе энтеральной дисфункции

¹ ГУЗ «Городская клиническая больница святого апостола Андрея Первозванного»;

² ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска»;

³ ГУЗ «Центральная клиническая медико-санитарная часть имени заслуженного врача России В.А. Егорова»;

⁴ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»

Актуальность. Кишечник – уникальный орган, который является физиологическим барьером на пути патогенных микроорганизмов, их токсинов и других агентов, способных отрицательно воздействовать на внутреннюю среду организма, при сохраненной способности пропускать необходимые для жизнедеятельности вещества. Изучение такой селективной пропускной способности вызывает интерес патофизиологов на протяжении длительного времени, так как большое количество заболеваний кишечника приводит к нарушению барьерной функции последнего и, посредством трансцеллюлярного транспорта, проникновению патогенных агентов в глубокие слои кишечной стенки, порталный или системный кровоток. Возникающие в этом случае нарушение целостности кишечной трубки, порталная и системная токсемия приводят к развитию перитонита и полиорганной недостаточности, увеличивая риск неблагоприятного исхода. Детальное изучение механизмов проницаемости слизистой оболочки кишечника на основе данных, изложенных в современной литературе, подтвержденных на электронно-микроскопическом уровне, в экспериментальных исследованиях *ex vivo*.

Цель исследования – используя данные современной литературы, показать роль недавно открытых и описанных плотных контактов TJ (Tight junctions) – структур, позволяющих клеткам находиться на максимально близком друг к другу расстоянии и регулирующих проницаемость для макромолекул, различных клеточных структур, ионов в слизистой оболочке кишечника.

Материал и методы исследования. Для решения поставленных в работе задач проведен обзор, основанный на анализе открытых источников, электронных баз данных, таких как: Cyberleninka, Top-Technologies, Science education, PubMed, UpToDate, Web of Science, Annals of Internal Medicine, находящихся в Интернете.

Результаты. Изучено более 48 источников отечественной и зарубежной литературы за 2020–2023 годы с описанием макромолекулярного строения TJ контактов, которые, по мнению большинства авторов, играют ключевую роль изменения проницаемости слизистой оболочки при кишечных воспалительных заболеваниях, целиакии и внекишечных – таких как сахарный диабет 1 типа, пищевая аллергия, аутоиммунные заболевания. Кроме того, различные патологические состояния кишечника, связанные с качественным и количественным состоянием микробиоты кишечника, его моторно-эвакуаторной дисфункцией, при замедлении пассажа пищевых масс, выделительной функцией при холеретической недостаточности печени могут повлечь вторичное поражение плотных контактов, что впоследствии приводит к феномену бактериальной транслокации, связанной с нарастанием явлений энтеральной недостаточности. Плотные контакты функционируют при наличии динамического равновесия системы, которое регулируется внутри- и внеклеточными механизмами. Эти механизмы включают различные факторы от энергетического потенциала клетки до системы гуморальных и межклеточных взаимодействий.

Выводы. Таким образом, дальнейшее изучение макромолекулярной структуры слизистой оболочки кишечника, а также ее функционального состояния, влияющего на изменение проницаемости слизистой оболочки кишечника, позволит проводить оценку состоятельности барьерной функции кишечника и эффективности проводимой терапии.

Стародубов А.О., Айнулов С.М., Богаченок Д.А., Тамаева А.А.

Сравнительный анализ методов профилактики тромбоэмболических осложнений в отделении реанимации и интенсивной терапии

ГУЗ «Центральная клиническая медико-санитарная часть имени заслуженного врача
России В.А. Егорова»

Актуальность: Тромбоэмболические осложнения сопровождаются высокой летальностью, вариабельностью функциональных, лабораторных

признаков и клинических симптомов, часто не специфичных. Это вызывает трудность своевременной диагностики и своевременной адекватной интенсивной терапии. Проблема осложнений не только в том, что они происходят, а их частота не имеет тенденции к снижению, что позволяет охарактеризовать ее как «тромбоэмболическую пандемию», но и в том, что пропускаются они чаще, чем своевременно диагностируются. Клиницисты нередко недооценивают важность проблемы, так как в порядка 80% случаев диагноз не подозревается до вскрытия и многие из умерших больных не получают своевременно необходимой медицинской помощи.

Цель – провести сравнительный анализ эффективности различных методик профилактики: терапия антикоагулянтами, терапия антикоагулянтами в сочетании с эластической компрессией нижних конечностей, терапия антикоагулянтами в сочетании применением системы портативной для непрерывной венозной компрессии.

Методы. Проанализированы 112 клинических случаев. 12 из них – с тромбоэмболическими осложнениями. В 30% случаев тромбоэмболическое осложнение было диагностировано только после смерти. У 8 (70%) выживших больных тромбоэмболическое осложнение подтверждено данными ангиопульмонографии, рентгенологическими, УЗИ-исследованиями, показателями биохимических маркеров.

Источниками тромбоэмболии являлись: тромбоз вен нижних конечностей – в 70% случаев, в 3% – вен таза, в 27% случаев источник не был установлен.

Для профилактики ТЭО применялся эноксапарин натрия (из расчета на массу тела), эластичные бинты из аптечной сети длиной 3–5 м, система портативная для непрерывной венозной компрессии фирмы «Covidien» Kendall SCD 700 series с одноразовыми расходными материалами. Пациенты разделены на три равные группы, для каждой из которых применялась конкретная методика профилактики.

Результаты. Частота тромбоэмболических осложнений у группы, получавшей только эноксапарин натрия и группы, получавшей эноксапарин в сочетании с эластичной компрессией, оказалась сопоставимой (6 и 5 пациентов соответственно). В группе, получавшей эноксапарин натрия в сочетании с применением портативной системы непрерывной венозной компрессии зафиксировано всего одно ТЭО.

Выводы. Таким образом, наиболее эффективным для профилактики ТЭО в ОРИТ оказалось сочетание парентерального введения антикоагулянта эноксапарин натрия с применением портативной системы непрерывной венозной компрессии. Сочетание парентерального введения антикоагулянта эноксапарин натрия с применением эластичной компрессии нижних конечностей не имеет значимого преимущества в сравнении с изолированным введением антикоагулянта для профилактики ТЭО в ОРИТ.

Бирюков В.М., Канайкин В.А., Тякин К.О., Вдовин А.Г.

Эффективность автоматизированного перитонеального диализа при лечении хронической почечной недостаточности у детей

ГУЗ «Ульяновская областная детская клиническая больница имени политического и общественного деятеля Ю.Ф. Горячева»

Актуальность исследуемой темы. Число пациентов, получающих лечение гемодиализом (ГД) и перитонеальным диализом (ПД), по всему миру уже составляет около трех миллионов человек и ежегодно увеличивается на 5-7%. В нашей стране заместительную почечную терапию диализными методами получают более 55 000 пациентов. Своевременное начало диализа позволяет избежать осложнений терминальной хронической почечной недостаточности и продлевает жизнь пациента. Одна из методик проведения перитонеального диализа – автоматизированный перитонеальный диализ (АПД) – проводится с помощью специального аппарата – циклера. Аппарат автоматически, без участия пациента, обеспечивает введение и выведение диализного раствора в брюшную полость. Лечение методом АПД проводится в ночное время, во время сна и длится 9-10 часов.

Цель исследования – оценить эффективность и положительные эффекты метода АПД у детей.

Методы исследования. С 2002 года в нашей больнице успешно проводится заместительная почечная терапия методом перитонеального диализа. На базе больницы успешно проведён АПД 5 пациентам с ХПН, тре-

бующим пересадки почек. Данным пациентам был показан длительный ежедневный диализ. Родители детей проходили обучение методике диализа и ведения диализного дневника, после чего пациент выписывался домой. Больница обеспечила их расходными материалами, инфузионными средами, антисептиками. Врачи нашего отделения осуществляли мониторинг и проводили консультации родителей по вопросам контроля проведения АПД. Раз в месяц ребёнка осматривали доктора нашего ЛПУ, оценивалось состояние катетера и биохимические показатели крови, осуществлялась коррекция заместительной почечной терапии.

Результаты исследования. Все дети провели 1,5-2 года на АПД и в последующем успешно перенесли трансплантацию почек. Выживаемость больных, получающих ПД, не уступает выживаемости пациентов, находящихся на ГД, при этом стоимость нахождения на ПД ниже в 1,25–2,35 раза.

АПД имеет ряд неоспоримых преимуществ при лечении детей: позволяет использовать малые объемы диализных растворов; освобождает от дневных сеансов обмена диализных растворов; существенно повышает качество жизни – ребёнок посещает школу, живёт обычной полноценной жизнью, т.к. диализ проводится в ночное время, пока ребёнок спит.

Тарасов В.А., Пармёнов А.Е., Слостён Е.В.

Опыт применения препарата «Фортелизин» при остром ишемическом инсульте

ГУЗ «Центральная клиническая медико-санитарная часть имени заслуженного врача
России В.А. Егорова»

Актуальность. Инсульт – преобладающая причина инвалидизации населения (3,2 на 1000 населения). По данным Национального регистра инсульта 31% пациентов, перенесших инсульт, нуждаются в посторонней помощи для ухода за собой, 20% не могут самостоятельно ходить. Лишь 8% выживших пациентов могут вернуться к прежней работе. Согласно данным эпидемиологического исследования инсульта методом территориально-популяционного регистра, заболеваемость инсультом в 2010 г. со-

ставила 3,27 случая на 1000 населения, смертность – 0,96 на 1000 населения. Отношение ишемических инсультов к геморрагическим составило 5:1. Средний возраст развития инсульта – 66,7 лет (63,7 года у мужчин и 69,4 года у женщин). По гендерному признаку абсолютное число инсультов выше у мужчин в возрасте до 67 лет, а в более старшем возрасте – выше у женщин. К 2016 году заболеваемость инсультом снизилась до 2,85 на 1000 населения (по сравнению с 2009 годом на 30%), смертность составила 0,4 на 1000 населения (уменьшилась на 220%)

Согласно результатам популяционных исследований, частота встречаемости атеротромботического ИИ составляет 16%, кардиоэмболического ИИ – 29%, лакунарного ИИ – 16%, инсульта вследствие более редких причин – 3%, инсульта неизвестной этиологии – 36% случаев. Риск повторного инсульта в течение первых 30 суток заболевания выше при атеротромботическом инсульте по сравнению с остальными патогенетическими вариантами ИИ. Таким образом можно сделать вывод, что ишемический инсульт – грозное заболевание, приводящее к инвалидизации, может являться причиной смерти.

Цель исследования – оценить безопасность и эффективность применения препарата Фортелизин у пациентов с острым ишемическим инсультом с неврологическим дефицитом 4-25 баллов по шкале NIHSS.

Материал и методы исследования. Для решения поставленных задач проведен обзор 101 процедуры системного тромболизиса в отделении реанимации и интенсивной терапии № 1 ГУЗ «Центральная клиническая медико-санитарная часть имени заслуженного врача России В.А. Егорова». За время исследования препарат Фортелизин применялся у пациентов с диагнозами «острый ишемический инсульт» в возрастной группе 43–80 лет с неврологическим дефицитом в диапазоне 4-25 баллов по шкале NIHSS, с артериальным давлением систолическое < 185 мм рт.ст., диастолическое < 110 мм рт.ст. и не позднее 4,5 часов с момента появления клиники инсульта. Препарат применялся только у пациентов с клинической картиной ИИ и без очаговых изменений в головном мозге по результатам нейровизуализации.

Результаты. 1. За время исследования с 1 января 2023 по 31 декабря 2023 г. была выполнена 101 процедура системного тромболизиса пациентам с острым ишемическим инсультом (8.0% от общего количества пациентов с острым ишемическим инсультом). 2. Применением препарата Фортелизин в дозировке 10 мг внутривенно болюсно была достигнута положи-

тельная динамика – снижение неврологического дефицита, как минимум на 2 балла по шкале NIHSS в 46 случаях (в 3,64% случаев от общего количества пациентов с острым ишемическим инсультом). 3. У трех пациентов, получавших системный тромболитис, наблюдались осложнения: 2 случая (1,98%) геморрагической трансформации и 1 случай (0,99%) аритмии, аритмия была диагностирована и купирована медикаментозно.

Выводы. 1. Препарат Фортелизин обладает коротким периодом полувыведения- 5,11+/- 0,56 минут, тем самым снижает вероятность отдаленных осложнений. 2. Препарат Фортелизин реагирует только с плазминогеном, связанным с частично деградированным фибрином, находящимся в области тромба, и не взаимодействует с плазминогеном в системном кровотоке, что объясняет его высокую фибринселективность. 3. За время применения препарата Фортелизин было выявлено всего 3 случая осложнений. Удалось избежать массивных кровотечений. 4. Препарат Фортелизин показал себя как безопасный и удобный препарат снижающий уровень инвалидизации и летальности.

Асатурян К.Г., Пигузов В.А., Сидреев И.А., Машин В.В.

Оптимизация периоперационной терапии пациентов, перенесших аортокоронарное шунтирование в условиях экстренного кардиохирургического центра

ООО «Альянс Клиник плюс»

Актуальность. Несмотря на высокую интенсивность развития современных медицинских технологий, аортокоронарное шунтирование (АКШ) удерживает прочное лидерство по эффективности хирургической реваскуляризации миокарда среди пациентов с многососудистым атеросклеротическим поражением коронарного русла. Ежегодное увеличение доступности данного вида высокотехнологической медицинской помощи связано, прежде всего, с совершенствованием и стандартизацией техники оперативного вмешательства и анестезиологического пособия. Повышение качества медицинской помощи пациентам с проведенным АКШ обусловлено, в свою очередь, потенциальной возможностью уменьшения частоты таких периоперационных

осложнений как: периоперационный инсульт, послеоперационная когнитивная дисфункция, фибрилляция предсердий, инфекции дыхательных путей, снижение необходимости в проведении гемотрансфузии, инотропной поддержки, снижение продолжительности ИВЛ, длительность пребывания в палате интенсивной терапии и продолжительность стационарного лечения.

Цель исследования – разработать систему лечебно-профилактических мероприятий, направленных на раннее и эффективное предупреждение периоперационных осложнений у пациентов, перенесших аортокоронарное шунтирование.

Методы исследования. Критерии включения в исследование: возраст от 40 до 80 лет; ИБС как показание для АКШ (острый коронарный синдром и/или стенокардия напряжения со II по IV функциональные классы; добровольное информированное согласие пациента на проведение исследования. Критериями исключения являлись: стойкие последствия перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения; повторное проведение кардиохирургической операции; отказ пациента от начала или продолжения исследования. Протоколы анестезии и хирургических методов были стандартизированы. Все пациенты, после операции АКШ, получали необходимую терапию и начальные этапы реабилитации в отделении интенсивной терапии под постоянным мониторингом ЭКГ, гемодинамики и дыхания. Дальнейшая терапия пациентов осуществлялась в условиях палатного отделения кардиохирургического стационара.

Результаты. Внедрение технологии непрерывного или ночного мониторинга основных гемодинамических показателей у пациентов, перенесших АКШ в условиях палатного отделения, позволило своевременно выявлять и эффективно корректировать возникшие гемодинамические нарушения.

Выявлена высокая частота депрессивных поведенческих расстройств у пациентов, перенесших АКШ в раннем послеоперационном периоде. Применение скрининговой шкалы оценки госпитальной тревоги и депрессии и мероприятий, направленных на эффективное обезболивание с нормализацией соотношения фаз сон/бодрствование, позволило снизить частоту депрессивных поведенческих расстройств.

Внедрение аудита послеоперационного ведения пациентов в условиях палатного отделения со стороны анестезиолого-реанимационной службы позволяет своевременно диагностировать и корректировать грозные волевые нарушения у пациентов перенесших АКШ.

Выводы. Применение мультидисциплинарного подхода на всех этапах госпитализации в проведении лечебно-профилактических мероприятий у пациентов, перенесших аортокоронарное шунтирование, позволяет клинически значимо снизить частоту периоперационных осложнений.

Бурганов Р.К., Ярзуткин А.Н., Сайдаков А.В., Емелькин Н.В.

Оценка влияния общей и проводниковой анестезии на пациентов с переломами верхней конечности

ГУЗ «Ульяновский областной клинический центр специализированных видов медицинской помощи имени заслуженного врача России Е.М. Чучкалова»

Актуальность. По данным ВОЗ, травматизм является одной из ведущих причин инвалидизации и смертности населения. В структуре механических травм отдельное место занимают переломы верхних конечностей, как наиболее распространенные среди лиц трудоспособного возраста.

В рамках оперативного лечения переломов верхних конечностей, врачи анестезиологи-реаниматологи центра специализированных видов медицинской помощи отдают предпочтение проводниковой анестезии, как наиболее эффективному методу анестезии.

Цель исследования – оценить влияние общей и проводниковой анестезий на пациентов с переломами верхней конечности в интра- и послеоперационном периоде.

Методы исследования. Выборка составила 48 пациентов, впоследствии из них были сформированы две группы по 24 человека. Первая группа – общая анестезия; вторая группа – проводниковая анестезия. Критерии включения: мужчины и женщины в возрасте от 20 до 45 лет с изолированным переломом любой верхней конечности на уровне ключицы, плечевой кости, костей предплечья, кисти. Критерии исключения: отказ пациента от участия в исследовании; наличие хронических заболеваний в фазе декомпенсации (шкала ASA > II баллов); наличие абсолютных и относительных противопоказаний к выполнению общей или проводниковой анестезии.

Вид общей анестезии – ТВВА+ИВЛ. Используемые препараты для общей анестезии в стандартных дозировках: атропина сульфат, фентанил, пропофол 1%, рокурония бромид.

Проводниковая анестезия – блокада плечевого сплетения межлестничным доступом по Winnie и надключичным доступом по Kulenkampff. Индикация нервного сплетения нейростимулятором Stimulplex HNS12. Оценка развития нервно-мышечного блока по принципу «тяги-толкай-щипай-хватаяй». Используемый местный анестетик – Sol.Ropivacaini 0,5%-200mg.

Послеоперационная анальгезия: промедол 2% в стандартных дозировках.

Оценка тяжести болевого синдрома по цифровой рейтинговой шкале (ЦРШ): 0-3 балла – отсутствие боли или слабая боль; 4-6 баллов – умеренная боль; 7-10 баллов – сильная боль.

Результаты. В ходе исследования проводилась оценка ощущения боли пациентами во время выполнения проводниковой анестезии. На этапе поиска нервного сплетения отсутствие или появление слабой боли отмечено в 79% случаев, умеренной боли – в 21% случаев, сильной боли у пациентов отмечено не было. На этапе стимуляции нервного сплетения отсутствие или появление слабой боли отмечено в 37% случаев, умеренной боли – в 63% случаев, сильной боли у пациентов также отмечено не было. С момента развития блокады и до конца операции болевого синдрома не было отмечено в 100% случаев. Средняя продолжительность блокады до 6 ч – в 29% случаев; до 12 ч – в 42% случаев; более 12 ч – в 29% случаев. Активизация после операции, проведенной под проводниковой анестезией, наступала в течение первых 2 ч в 100% случаев.

Также проводилась оценка ощущения боли пациентами при пробуждении после проведенной общей анестезии. Отсутствие боли или слабая боль пациентами не была отмечена. Умеренная боль отмечена в 71% случаев, сильная боль – в 29% случаев. Требуется немедленно обезболить опиоидными анальгетиками в 75% случаев, в течение 1-го часа после завершения операции – в 25% случаев. Активизация в течение первых двух часов после завершения операции под общей анестезией представлялась возможной в 45% случаев, в 55% случаев активизация пациентов наступала позднее 2 ч с момента завершения операции. Кратность применения промедола в количестве не более 2 р/сут у пациентов 1-й группы составила

100%, в то время как кратность применения промедола у пациентов 2-й группы составила: 3-4р/сут – в 79% случаев, более 4р/сут – в 21% случаев. Длительность курса послеоперационной опиоидной анальгезии у пациентов 1-й группы составила 1-2 дня – в 75% случаев, 3-5 дней – в 25% случаев, в то время как у пациентов 2-й группы длительность курса составила 1-2 дня – в 20% случаев, 3-5 дней – в 80% случаев. В послеоперационном периоде были отмечены случаи развития ПОТР: у 1-й группы пациентов – в 12% случаев, у 2-й группы пациентов – в 42% случаев.

Выводы. 1. Проводниковая анестезия обеспечивает адекватную анальгезию при выполнении оперативных вмешательств на верхних конечностях. 2. Использование нейростимулятора в ряде случаев сопряжено с развитием выраженного болевого синдрома. Это связано со стимуляцией нервного сплетения с последующим сокращением иннервируемых им мышц и смещением костных отломков относительно мягких тканей. Альтернатива нейростимуляции – УЗ-навигация, позволяющая визуализировать плечевое сплетение на УЗ-мониторе без прямого контакта с ним. 3. При использовании проводниковой анестезии отмечается снижение опиоидной нагрузки и частоты развития ПОТР, отсутствие угнетающего влияния на ЦНС, что способствует ранней активизации пациентов и сокращает сроки их пребывания в стационаре.

Галкин И.А., Ножкин И.Ю., Лам А.Т., Потанцев Ю.А.

Современное средство обеспечения послеоперационной анальгезии: тафалгин (тирозил-d-аргинил-фенилаланил-глицин амид). Опыт применения в отделении реанимации и интенсивной терапии

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»

Актуальность. Послеоперационная боль различной интенсивности возникает после любого хирургического вмешательства. Она является сильным триггером операционного стресса, что приводит к активации нейрогуморальных регуляторных факторов и оказывает негативное влияние практически на

все системы органов пациента. Кроме того, адекватное обезболивание необходимо для уменьшения физического и психологического дискомфорта и повышения качества жизни пациента в послеоперационном периоде.

Цель – современные тенденции в борьбе с послеоперационной болью: широкое применение неопиоидных анальгетиков (нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) и парацетамола); ограничение использования опиоидных анальгетиков в связи с недостаточной эффективностью и значительным количеством побочных эффектов; широкое применение высокотехнологичных методов обезболивания (продленной эпидуральной анальгезии, контролируемой пациентом анальгезии); мультимодальное обезболивание, т.е. одновременное назначение нескольких препаратов или методов обезболивания, способных воздействовать на различные механизмы формирования боли.

Для купирования послеоперационной боли может использоваться анальгетический препарат Тафалгин (тирозил-D-аргинил-фенилаланилглицин амид). Тафалгин представляет собой инновационный препарат, он является высокоспецифичным агонистом $\mu 1$ -опиоидных рецепторов и практически не взаимодействует с остальными опиоидными рецепторами. Активация $\mu 1$ -опиоидных рецепторов вызывает выраженную анальгезию. Высокое сродство препарата к $\mu 1$ -рецепторам обеспечивает отсутствие побочных эффектов, вызываемых большинством наркотических опиоидных анальгетиков при активации $\mu 2$ -рецепторов (угнетение дыхания, нарушение функции сердечно-сосудистой системы, подавление моторики кишечника).

Методы. В отделении реанимации и интенсивной терапии ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница» с целью эффективной послеоперационной анальгезии препарат Тафалгин применялся у пациентов с умеренной и сильной послеоперационной болью при вмешательствах на органах брюшной полости, грудной клетке и шее. Исследование эффективности применения препарата Тафалгин проводилось у 22 пациентов в возрасте от 45 до 74 лет. Оценка интенсивности боли осуществлялась по рейтинговой шкале лиц Вонг-Бейкера (шкала состоит из шести изображений лиц с мимикой, отражающей ощущения от полного счастья до максимально вообразимого страдания) или по вербальной рейтинговой шкале (ВРШ): в этом случае пациент оценивал боль как один из пяти вариантов: «слабая», «умеренная», «средняя», «сильная», «очень сильная».

Результаты. Согласно инструкции по применению, дозу препарата Тафалгин в форме раствора для подкожного введения подбирали индивидуально до достижения адекватного обезболивания. Начальная разовая доза препарата Тафалгин составляла 4 мг. Увеличение разовой дозы в ходе лечения проводилось с шагом в 2 мг. Максимальная разовая доза препарата Тафалгин составляла 7 мг. Оптимальным режимом дозирования было введение препарата Тафалгин по 4 мг подкожно 3 раза в сутки. В некоторых случаях (5 пациентов после больших операций на органах брюшной полости) эффект обезболивания препаратом Тафалгин был недостаточным, возникла необходимость в применении НПВП с целью мультимодального обезболивания. У пациентов с высокой интенсивностью боли использовались парацетамол или метамизол натрия в сочетании с препаратом Тафалгин в дозе 4–7 мг. Этим достигался достаточный уровень обезболивания (снижение артериального давления, уменьшение тахикардии, появление сонливости).

Выводы. Из-за отсутствия на сегодняшний день универсального анальгетика или способа лечения острой послеоперационной боли, можно попытаться решить проблему эффективного послеоперационного обезболивания путем применения мультимодальной анальгезии. С целью достижения адекватного послеоперационного обезболивания возможно применение препарата Тафалгин или одновременное назначение нескольких анальгетических препаратов.

Комаров А.С., Дубаносов В.В., Пыренков В.Н.

**Применение методов изолированной гемосорбции
в интенсивной терапии в отделении анестезиологии
и реанимации ГУЗ «Центральная городская клиническая
больница г. Ульяновска»**

ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска»

Актуальность. Согласно современным представлениям, сепсис является смертельно опасным патологическим процессом с летальностью 30–

50%. Проявлением сепсиса является органная дисфункция, вызванная системной реакцией макроорганизма на инфекцию, в патогенезе значимую роль играет бактериальный эндотоксин (ЛПС – липополисахарид). В отделении интенсивной терапии при лечении септических состояний применяются методы изолированной гемосорбции (ИГС) с целью удаления медиаторов воспаления из циркулирующей крови.

Цель исследования – изучить эффективность применения ИГС в комплексном лечении пациентов с сепсисом и септическим шоком различной этиологии.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе отделения анестезиологии и реанимации с палатами реанимации и интенсивной терапии для взрослого населения. Критерием включения в исследование являлось наличие у пациента сепсиса или септического шока различной этиологии. Критерии исключения: агональное состояние больного, неконтролируемое наружное или внутреннее кровотечение.

Всего к участию в исследовании было отобрано 40 пациентов, находившихся на стационарном лечении, в возрасте от 30 до 80 лет. Пациенты были разделены методом адаптивной рандомизации с использованием генератора случайных чисел на две равные группы: 1 группа исследуемая (основная) – больные, получающие стандартную интенсивную терапию, в план лечения которой включены методы ИГС. 2 группа контрольная(сравнительная) – больные, получающие стандартную интенсивную терапию, без применения методов ИГС.

В соответствии с целью исследования проводился ежедневный мониторинг гемодинамических и лабораторных показатели всех участников.

Лабораторные обследования крови включали: общий анализ, биохимический анализ (общий белок, альбумины, мочевины, креатинин, лактат, С-реактивный белок(СРБ), прокальцитонин(ПКТ), интерлейкин-6), определение микрофлоры и чувствительности к антибиотикам.

Изолированную гемосорбцию выполняли с использованием гепариновой антикоагуляции, на перфузионном блоке БП-05 (ООО НПФ «ММЦ МАДИН», Россия), с использованием колонки Эфферон ЦТ, производитель АО «Эфферон».

Всего за время исследования выполнено 20 сеансов ИГС, со средней продолжительностью процедуры 8 часов, при скорости кровотока 120 мл/ч.

Результаты и их обсуждение. В ходе исследования было установлено, что летальность составила 27% в исследуемой группе и 38% – в контрольной группе. Применение ИГС способствовало снижению в крови уровня ПКТ, СРБ, цитокинов, лейкоцитов, палочкоядерных нейтрофилов и лимфоцитов.

Выводы. Раннее начало ИГС с использованием колонки Эфферон ЦТ при лечении пациентов с сепсисом различной этиологии позволяет быстрее вывести из организма метаболиты средней и крупной молекулярной массы. Включение ИГС в комплексную интенсивную терапию позволяет быстрее стабилизировать гемодинамику и отказаться от применения вазопрессоров, тем самым снижая летальность и срок пребывания в отделении реанимации.

Палаткина М.Е., Кулезин А.В., Багаров Р.Б., Остудин С.В.

Применение периферически имплантируемого центрального венозного катетера (ПИК) в ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница» онкогематологическим пациентам

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»

ПИК – это малоинвазивное устройство для обеспечения длительного центрального венозного доступа.

Актуальность проблемы. У пациентов со злокачественными заболеваниями крови, которые требуют проведения массивной инфузионной, трансфузионной и химиотерапии остро стоит вопрос о венозном доступе. Учитывая длительность курсов терапии, риски осложнений, малоинвазивность, возможность амбулаторного лечения и психологическое состояние больных, преимущественным выбором является ПИК-катетер.

Цель исследования – определить актуальность постановки и использования долгосрочного периферического доступа в центральную венозную систему для применения в/в терапии (химиотерапия, трансфузионная терапия), введения контрастных веществ.

Преимущества ПИК-катетера перед альтернативными венозными доступами: более высокая степень безопасности установки ПИК-катетера (осуществляется УЗИ, рентген-контроль), минимальная кровопотеря во время постановки, возможность проведения процедуры при выраженной тромбоцитопении, отсутствие необходимости использовать специальные иглы (как для портов), отсутствие таких осложнений как пневмоторакс, гемоторакс, единственный прокол вены при установке и отсутствие дополнительных уколов на протяжении всего курса, материал катетера (биостабильный полиуритан), возможность амбулаторного лечения, безопасность и легкость удаления катетера, минимальная заметность катетера (скрыт под одеждой), отсутствие пункции магистральной артерии.

Недостатки ПИК-катетера: скорость инфузии через ПИК максимум 500-1000 мл/час, осложнения (тромбоз катетера, флебит, инфекционные осложнения, дислокация катетера), высокая стоимость катетера.

В ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница» широко применяется этот вид венозного доступа в отделении гематологии. С начала применения ПИК-катетеров, потребность в постановке центрального венозного катетера практически отпала, кроме тех случаев, когда постановка ПИК-катетера невозможна по техническим причинам или наличия противопоказаний. В период с августа 2022 по январь 2024 установлено 38 периферически имплантируемых катетеров. В день постановки пациентам выдаются специальные паспорта, в которых указаны: длина катетера, контактные номера телефонов врача, проводившего процедуру и правила осуществления ухода за катетером. В случае амбулаторного лечения, имея паспорт на катетер, пациенты могут обратиться в любое лечебное учреждение по месту жительства для смены повязки. Обработку места входа катетера, смену асептической повязки необходимо осуществлять не реже 1 раза в неделю.

Минимальная продолжительность функционирования катетера составляет – 3 месяца, максимальная – 6 месяцев.

Выводы: несмотря на то, что линии ПИК иногда могут вызывать осложнения, преимущества перевешивают риски. В связи с этим ПИК у онкогематологических больных остается доступом выбора, который позволяет проходить курсы химиотерапии в полном объеме с возможностью

амбулаторного лечения. Подкупает также простота использования и минимальные риски осложнений.

Тякин К.О., Вдовин А.Г., Бирюков В.М., Канайкин В.А.

Особенности организации работы Дистанционного консультативного центра с выездными анестезиолого-реанимационными неонатальными бригадами на базе Центра анестезиологии и реанимации ГУЗ «Ульяновская областная детская клиническая больница имени политического и общественного деятеля Ю.Ф. Горячева»

ГУЗ «Ульяновская областная детская клиническая больница имени политического и общественного деятеля Ю.Ф. Горячева»

Организация службы интенсивной терапии у детей в регионе основывается на принципах тесной связи между специалистами больницы и отдельными небольшими медицинскими стационарами в районах области. Очевидно, что в каждом стационаре (районные, участковые больницы) невозможно организовать высококвалифицированную службу интенсивной терапии, как по финансовым соображениям, так и по причине отсутствия опытных специалистов. Всё вышперечисленное стало причиной создания в 2021 году центра анестезиологии реаниматологии (ЦАР) в состав которого вошли: дистанционно консультативный центр с выездными анестезиолого-реанимационными неонатальными бригадами; отделение анестезиологии и реанимации № 1; отделение анестезиологии и реанимации № 2.

Задачи «Дистанционного консультативного центра с выездными анестезиолого-реанимационными неонатальными бригадами»: оказание круглосуточной экстренной лечебной и консультативной помощи детям в стационарах области; оказание круглосуточной экстренной специализированной консультативной помощи с привлечением специалистов соответствующего профиля; осуществление оперативного контроля состояния детей,

нуждающихся в интенсивной терапии в стационарах области; организация и проведение транспортировки больных в тяжёлом состоянии из области в специализированные стационары города; организация методической работы по улучшению качества неотложной помощи в районах и городе, повышение квалификации медперсонала города и районов области по вопросам педиатрической интенсивной терапии; анализ летальных исходов и осложнений у больных, консультируемых врачами.

При отсутствии реаниматолога проведением интенсивной терапии занимается дежурный педиатр или дежурный врач по стационару, зачастую не имеющий достаточной квалификации в данном вопросе. Вследствие этого не всегда адекватно оценивалась тяжесть состояния больных, что приводило к частым случаям необоснованного или же позднего обращения. Всё вышеперечисленное выявило острую необходимость в разработке единых стандартов оказания интенсивной помощи детям в районных стационарах и единых критериев обращения в Дистанционный консультативный центр. Разработаны и внедрены стандарты оказания интенсивной помощи детям в районных стационарах и критерии обращения.

Цель исследования – оценка эффективности разработанных стандартов интенсивной терапии и критериев обращения для районных стационаров.

Материалы исследования: годовые отчёты работы дистанционно консультативного центра с выездными анестезиолого-реанимационными неонатальными бригадами за 2021–2023 годы.

Результаты и их обсуждение. Основным критерием эффективной работы стандартов явилось снижение количества необоснованных обращений в дистанционно консультативный центр и снижение количества выездов бригад в ЛПУ области не по профилю. Так, в 2021 году количество необоснованных обращений составило около 30%, в 2022 году – 20%, в 2023 году – в пределах 10%.

Заключение. Внедрение стандартов интенсивной терапии и критериев обращения в ДКЦ для районных стационаров позволило улучшить качество оказания экстренной помощи на местах, повысить квалификацию районных специалистов в вопросах оценки степени тяжести и проведения педиатрической интенсивной терапии.

Шилова А.А.¹, Макаров П.В.¹, Кузин Е.В.¹, Архиреева Л.Ю.²

Опыт использования альтернативных методик при трудных дыхательных путях

¹ ГУЗ «Центральная клиническая медико-санитарная часть имени заслуженного врача России В.А. Егорова»;

² ГУЗ «Городская клиническая больница святого апостола Андрея Первозванного»

Актуальность. Проблема обеспечения проходимости дыхательных путей и поддержания адекватной оксигенации пациента является первоочередной задачей в практике врача анестезиолога-реаниматолога. В настоящее время существуют клинические рекомендации «Обеспечение проходимости верхних дыхательных путей у взрослых пациентов в стационаре», утвержденные ФАР (год утверждения 2021). Несмотря на наличие различных шкал оценки риска трудных дыхательных путей и методик оценки рисков трудной интубации, сохраняется вероятность непредвиденных проблем. Частота сложных интубаций составила 0,1% в отделении анестезиологии-реанимации, что составляет 1 ~ 1000 при плановых вмешательствах, 2 ~ 2000 – при экстренных вмешательствах. Различные стратегии, используемые в настоящее время для проведения сложной интубации, включает в себя использование различных методов, таких как бужирование, использование видеоларингоскопов и т.д. При использовании бужа вероятность успешного прохождения ЭТТ(ЕТТ) в сочетании с использованием i-gel (высокого надгортанного воздуховода) составила 70–100 % по результатам различных источников.

Цель исследования – оценить эффективность применения данной методики у пациентов групп риска.

Объекты и методы исследования. Исследование проводилось на базе ГУЗ «Центральная клиническая медико-санитарная часть имени заслуженного врача России В.А. Егорова» в отделении анестезиологии-реанимации. В исследовании приняли участие 20 пациентов, входящих в группу риска (ожирение II степени, короткая шея, длинная шея и т. д.), предварительно у пациентов было получено согласие. При достижении достаточной глубины анестезии и адекватной оксигенации пациенту устанавливался i-gel соответствующего размера, с целью формирования «канала» для дальнейшего

продвижения бужа. По методике Сельдингера устанавливается ЭТТ (ЕТТ), удаляется буж, подключается аппарат ИВЛ.

Результаты. Методика с использованием бужа и i-gel при трудных дыхательных путях может рассматриваться в рамках ситуации: могу вентилировать, не могу интубировать. По результатам проведенного исследования, успех интубации составил 70-100%, как и по данным зарубежной литературы. Адекватность газообмена оценивалась по клиническим и инструментальным признакам эффективности вентиляции.

Выводы. 1. С целью обеспечения принципа безопасности пациента отработка навыков поведения при трудных дыхательных путях требует предварительной подготовки и отработки в симуляционных центрах. 2. Наличие в отделениях анестезиологии и реанимации таких устройств (буж, i-gel), которые позволяют выполнить необходимые мероприятия для обеспечения адекватного газообмена в случае возникновения непредвиденных и ожидаемых проблем при трудных дыхательных путях, с учетом их доступности и при минимальных экономических затратах.

Казакова А.С., Кузмина Е.А., Лаврик М.В., Паничкина А.А.

Тромбоцитарные индексы как предиктор преэклампсии

ГУЗ «Ульяновская областная детская клиническая больница имени политического и общественного деятеля Ю.Ф. Горячева»

Актуальность. В акушерской практике преэклампсия (ПЭ) является актуальной проблемой. Это опасное осложнение при беременности и одна из ведущих причин материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. Частота развития преэклампсии в России составляет около 8 %. Во время беременности в организме женщины возникают физиологические изменения в системе гемостаза, в том числе и в тромбоцитарном звене. Исследование размеров тромбоцитов и их характеристик стало возможным благодаря появлению гематологических анализаторов, которые, кроме стандартных показателей общего анализа крови, также позволяют определять тромбоцитарные индексы (ТИ). За рубежом уже давно исполь-

зуют в клинической практике размер тромбоцитов для определения их активности. Однако в России многие врачи не уделяют этим тромбоцитарным параметрам должного внимания. Поэтому для прогнозирования возникновения преэклампсии важной задачей является определение факторов, которые могут предсказать её развитие.

Цель – провести анализ морфологических характеристик тромбоцитов и ТИ у беременных женщин с преэклампсией, поступивших в ПЦ «Мама» ГУЗ «Ульяновская областная детская клиническая больница им. политического и общественного деятеля Ю.Ф. Горячева» в 2023 году, а также выявление информативных маркеров для прогнозирования развития ПЭ.

Материалы и методы исследования. Ретроспективно исследованы истории родов беременных женщин в возрасте от 23 до 40 лет, у 168 был выявлена преэклампсия различной степени тяжести. При поступлении общий анализ крови и определение морфологических параметров тромбоцитов проводился на гематологическом анализаторе Sysmex XS-1000i. Тромбоцитарное звено гемограммы оценивалось по количеству тромбоцитов и ТИ: средний объем тромбоцитов (MPV), ширина распределения тромбоцитов (PDW), тромбокрит (PCT), содержание крупных тромбоцитов (P-LCR). Группа контроля состояла из 50 рожениц с нормальным течением беременности, у которых были измерены те же показатели.

Результаты исследования. Тромбоцит в состоянии покоя представляет собой дискообразную безъядерную клетку, продолжительность жизни которой порядка 8-10 дней. При повреждении эндотелия происходит активация тромбоцитов и он из плоского диска превращается в сферическое тело, которое формирует нерастворимый тромб. Популяция тромбоцитов неоднородна: различают юные (незрелые), зрелые и старые формы в зависимости от размера, функциональной активности, содержания гранул, белков, гликогена и ферментов.

У всех беременных наблюдалась артериальная гипертензия свыше 160/100 мм рт.ст.), отеки, повышение трансаминаз, увеличение уровня ЛДГ, белок в моче был обнаружен у 144 женщин (85,7%). Экстренно родоразрешены 90 рожениц.

У 71% беременных с преэклампсией при поступлении было обнаружено снижение числа тромбоцитов, при этом MPV у всех был повышенный от 12,0 до 13,9 фл, у пяти беременных он не определялся. При микро-

скопии мазков крови тромбоциты по размеру были разной величины у всех женщин (это выражалось в повышенном PDW) и присутствовали огромные округлой формы молодые тромбоциты (макротромбоциты), с многочисленными отростками, что свидетельствует о повышении их функциональной активности, в частности, их адгезивно-агрегационной способности. Следовательно, по цифрам MPV можно судить, каких по зрелости тромбоцитов больше в сосудистом русле. Тромбоцитарная гистограмма сдвинулась вправо за счет увеличения числа крупных клеток (P-LCR). После родоразрешения показатель MPV немного начинал снижаться и на пятый-шестой день (перед выпиской) нормализовался у 134 женщин (79,8%), у 24 – остался без изменения, у 10 – увеличился и на анализаторе не определялся. Увеличение MPV связано с ухудшением состояния рожениц и развития эклампсии. Значение PCT у всех женщин было ниже нормы, а отношение объема крупных тромбоцитов к общему объему тромбоцитов (P-LCR) было выше нормальных значений.

В группе контроля содержание тромбоцитов колебалось в пределах физиологической нормы, ТИ также были в пределах нормы.

Выводы. У беременных женщин с преэклампсией было отмечено снижение тромбоцитов и повышение MPV, PDW и P-LCR. Изменения ТИ и морфологических характеристик тромбоцитов могут использоваться в качестве индикаторов осложнений при преэклампсии у беременных на ранних сроках беременности. В клинической практике ТИ могут применяться для оценки функциональной активности тромбоцитов при беременности, осложненной гестозом уже в женской консультации на амбулаторном этапе.

Раздел 3. Внутренние болезни

Милюкова Г.Н.^{1,2}, Песков А.Б.^{1,2}, Манина Н.А.^{1,2}, Хохлов М.П.^{1,2}

Эпидемиологические характеристики сахарного диабета у взрослых пациентов Ульяновской области

¹ ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»;

² ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»

В Российской Федерации, как и во всех странах мира, отмечается значимый рост распространенности сахарного диабета (СД). По данным Федерального регистра СД в РФ на 01.01.2024 г. состояло на диспансерном учете 5 221 459 человек (3,48% населения), из них 92,3% (4 819 992) – СД 2 типа (3,22%). Однако эти данные недооценивают реальное количество пациентов, поскольку учитывают только выявленные и зарегистрированные случаи заболевания. Так, результаты масштабного российского эпидемиологического исследования (NATION) показали, что 54% случаев СД 2 типа не было диагностировано. Таким образом, реальная численность пациентов с СД в РФ не менее 11–12 млн человек (около 7% населения), что представляет чрезвычайную угрозу для долгосрочной перспективы, поскольку значительная часть пациентов остаётся не диагностированными, а следовательно, не получают лечения и имеют высокий риск развития сосудистых осложнений, которые являются основной причиной инвалидизации и смертности больных СД.

Целью работы является анализ своевременности выявления СД 2 типа, эпидемиологических характеристик, наличия осложнений, качества диагностики и лечения пациентов с СД 2 типа на основании данных регистра сахарного диабета Ульяновской области. На 01.01.2024 г. в регистре сахарного диабета состояло 47 403 человек, что составило 4,03% населения области, выше показателя РФ. В 2003 г. в Ульяновской области на диспансерном наблюдении состояло 20 716 пациентов с СД 2 типа, за 20 лет рост в 2,3 раза. Распределение по полу: мужчин – 13 707 человек (28,92%), женщин – 33 695 (71,08%). Средний возраст пациентов 67,13 лет. В возрасте до 30 лет – 57 человек (0,12%), 30–60 лет – 9 481 (20,00%), 60–80 лет – 32 766 (69,12%),

80 и более лет – 5 093 (10,75%). Средняя длительность СД 2 типа 8,5 лет. Длительность до 5 лет 16 271 человек (34,33%), 5–10 лет 12 595 (26,57%), более 10 лет 18 536 (39,1%). Средний ИМТ пациентов 31,84. Анализ крови на HbA1c внесен у 22 130 человек (46,68%), что лучше показателя РФ (34,5%); среднее значение 7,38%. HbA1c менее 7% у 9 474 человек (42,81%), более 9,0% у 2 425 (10,96%). Инфаркт миокарда перенесли 2 061 больных (4,35%), инсульт 3 043 (6,42%), имеют микрососудистые осложнения: нейропатию 9 909 (20,90%), ретинопатию 4 392 (9,27%), нефропатию 10 678 (22,53%); перенесли ампутации нижних конечностей по поводу диабетической гангрены 463 (0,98%). Средний уровень СКФ 70,59 мл/мин/1,73 м². ЛПНП внесены только у 2 798 пациентов, средний уровень составил 2,95 ммоль/л, что выше целевых показателей при сахарном диабете. Инсулин получают 21,08% пациентов с СД 2 типа, инновационные препараты: ингибиторы дипептидилпептидазы-4 (иДПП-4) получают 5 522 человек (11,65%), агонисты рецепторов глюкагоноподобного пептида-1 (аГПП-1) 477 человек (1,01%), ингибиторы натрийзависимого переносчика глюкозы 2 типа (иНГЛТ2) 4 288 (9,05%). Частота применения препаратов этих групп ниже рекомендованной клиническими рекомендациями.

Выводы. 1. Необходима ранняя диагностика СД 2 типа при проведении профилактических медицинских осмотров и диспансеризации определенных групп взрослого населения. 2. Определение уровня HbA1c всем пациентам с СД 2 типа как критерия, указывающего на адекватность проводимой терапии или необходимость интенсификации терапии для достижения индивидуальных целевых значений глюкозы крови и HbA1c с целью профилактики развития сосудистых осложнений. 3. Определение пациентам с СД 2 типа уровня ЛПНП, своевременное назначение статинов и их титрация до целевых значений ЛПНП. 4. Назначение пациентам с СД 2 типа инновационных сахароснижающих препаратов (иДПП-4, аГПП-1, иНГЛТ2) с доказанными свойствами снижения рисков развития, прогрессирования хронической сердечно-сосудистой недостаточности, хронической болезни почек, а также смертности от этих причин.

Визе-Хрипунова М.А., Каширина А.Н., Гноевых Е.В., Турецкая М.А.

Повреждение почек как предиктор неблагоприятного течения цирроза печени

ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»

Цирроз печени (ЦП) представляет собой финальную стадию большинства хронических диффузных заболеваний печени. Естественное течение ЦП характеризуется бессимптомной стадией (компенсированный ЦП), которая сменяется стадией повышения давления в портальной системе и ухудшением функции печени, что приводит к появлению клинической картины в виде осложнений цирроза печени (стадия декомпенсации): асцит, печеночная энцефалопатия, инфекции, кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода, дисфункция/острое повреждение почек и гепато-ренальный синдром (ГРС) (Кл. рекомендации МЗ РФ «Фиброз и цирроз печени», 2021 г.). По данным мировой литературы ОПП встречается у 20–50% пациентов с ЦП, госпитализированных в связи с декомпенсацией основного заболевания. За последние 20 лет отмечается рост показателей заболеваемости: ОПП на 200% и ХБП на 50% среди этой категории пациентов.

Цель исследования – оценить функциональное состояние почек у больных циррозом печени и определить роль почек в прогрессировании декомпенсации.

Материалы и методы исследования. Проанализированы истории болезни 200 пациентов с ЦП (86 мужчин и 114 женщин), средний возраст $53,3 \pm 5,6$ лет, проходивших диагностику и лечение в гастроэнтерологическом отделении ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница» в период 2019–2022 годов. Была выделена группа с крайне тяжелым течением (24 человека – 12%), находившихся на лечении в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ). Все пациенты проходили обследование и лечение, согласно стандартам МЗ РФ.

Для оценки состояния почек использовали новую классификацию ОПП по стадиям: **1А** – увеличение креатинина $\geq 0,3$ мг/дл (26,5 мкмоль/л) в пределах 1,5 мг/дл (133 мкмоль/л) по сравнению с исходным; **1В** – то же, но $\geq 1,5$ мг/дл (133 мкмоль/л); **2 ст.** – увеличение креатинина в 2-3 раза по сравнению с исходным; **3 ст.** – увеличение уровня креатинина в 3 раза

и более исходного, либо на $\geq 4,0$ мг/дл (353,6) и более, либо начало заместительной почечной терапии.

Результаты. Преобладали больные класса С – 61%, среди больных ОРИТ – 91,6%. Алкогольный генез составил 52%, вирусные гепатиты – 37,5%, прочие – 10,5%. Но среди больных ОРИТ доминировал алкогольный генез – 75%.

Средние показатели эритроцитов и тромбоцитов и Нв были снижены ($3,66 \times 10^{12}$; $128,7 \times 10^9$ и 109 г/л соответственно), но у больных ОРИТ эти показатели снижались значительно сильнее ($3,10 \times 10^{12}$; $111,9 \times 10^9$ и 97,9 г/л соответственно). У тяжелых больных отмечалась системная воспалительная реакция, в виде лимфопении – 16,4%, повышения СОЭ до 36,8 мм/ч, повышение СРБ – 33,0 мг/л. У больных ОРИТ на фоне сохраняющегося умеренного цитолиза (АЛТ – 48 ед/л, АСТ – 107,6 ед/л) наблюдался выраженный холестаза (общий билирубин – 149,8 мкмоль/л, прямой – 62,6 мкмоль/л, ЩФ – 193,6 ед/л, ГГТП – 317 ед/л). Показателями тяжелого течения являлись снижение уровня альбумина – 24,9 г/л, холинестеразы – 2,7 ед/л, протромбина – 50,7% и фибриногена – 1,5 г/л, что отражало прогрессирующую печеночную недостаточность.

Значительные изменения отмечались у пациентов с крайне тяжелым течением по показателям функционального состояния почек. Уровень мочевины и креатинина в этой группе был значительно повышен (11,4 ммоль/л и 154,5 мкмоль/л соответственно). У пациентов ЦП без ОРИТ (176) поражение почек выявлено в 1,1%, а среди пациентов в ОРИТ (24) поражение почек отмечалось в 50%: ХБП – 4 (16,7%), ОПП – 8 (33%), Стадии ОПП: 1а – 1 пациент, 1b – 1 пациент. Стадия 2 – 3 пациента, Стадия 3 – 3 пациента. У 7 пациентов тяжелого течения (29%) имелись данные о хронической болезни (при поступлении креатинин 300 мкмоль/л), но среди них у 3 (42,3%) развилось ОПП. Поражение почек прогностически было неблагоприятным. Летальный исход у больных ЦП без ОРИТ составил 0,5%, а среди больных в ОРИТ – 33%.

Выводы. Высокий риск тяжелого прогрессирующего течения у больных циррозом печени включает сочетание декомпенсации заболевания алкогольного генеза с прогрессирующей печеночно-клеточной недостаточностью и холестазом на фоне развития острого повреждения почек с выраженными системными воспалительными реакциями.

*Царева А.А.^{1,2}, Разин В.А.², Сурминова А.Ю.¹, Бурнашев Р.Р.¹,
Камалетдинова А.Ф.¹*

Влияние ингибиторов SGLT2 рецепторов на давление в легочной артерии и функциональный статус пациентов с хронической сердечной недостаточностью с низкой фракцией выброса

¹ ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»;

² ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»

Введение. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) – терминальное состояние различных заболеваний сердца, характеризующееся высокой распространенностью, госпитализацией и летальностью [1]. Лекарственная терапия является важной и решающей мерой улучшения качества жизни и улучшения выживаемости пациентов с ХСН. Традиционная стандартная терапия ХСН, включающая ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ)/антагонисты рецепторов ангиотензина II (БРА), β -блокаторы и антагонисты минералокортикоидных рецепторов (АМР), направлена на улучшение долгосрочного прогноза и обычно оказывает нейтральное или умеренное влияние на симптомы заболевания. В последние годы появились новые препараты, относящиеся к классу ингибиторов SGLT2 рецепторов, вектор действия которых направлен на улучшение симптомов заболевания, функционального статуса пациентов, качество жизни и прогноз у пациентов с ХСН [2], [3], [4], [5].

Целью данного исследования, проведенного в реальной клинической практике, является доказательство благоприятного воздействия ингибиторов SGLT2 рецепторов на давление в легочной артерии и функциональный статус пациентов с ХСН с низкой фракцией выброса.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось в кардиологическом отделении на базе Ульяновской областной клинической больницы. Исходно было обследовано 78 пациентов с хронической сердечной недостаточностью с низкой фракцией выброса. Все пациенты были мужчины, средний возраст $60,5 \pm 2,4$ года. Критерии включения: симптомная сердечная недостаточность, вне зависимости от статуса сахарного диабета 2 типа на фоне стандартной терапии ХСН (ИАПФ/АРА/валсартан+сакубитрил, β -блокаторы, АМР) на протяжении 6 месяцев, фракция выбро-

са левого желудочка (ФВЛЖ) $\leq 40\%$, NT – proBNP ≥ 400 пг/мл. Критерии исключения из исследования: расчетная скорость клубочковой фильтрации (pСКФ) < 30 мл/мин/1,73 м², сахарный диабет 1 типа. Методы исследования: проведение эхокардиографии исходно, затем – через 6 месяцев, включение в терапию ингибиторов SGLT2 рецепторов (эмпаглифлозина или дапаглифлозина). В течение 6 месяцев обследован 61 пациент.

Результаты. При оценке размеров правого желудочка по данным доплерэхокардиоскопии отмечается статистически значимое уменьшение размеров с отметки $27,4 \pm 4,8$ мм до $25,8 \pm 5,1$ мм, $p = 0,05$. Учитывая полученный столь позитивный результат, закономерным являлось получение результата в виде уменьшения давления в легочной артерии на фоне включения в терапию ХСН ингибиторов SGLT2 рецепторов. Исходно средний уровень среднего давления в легочной артерии составил $21,4 \pm 9,8$ мм рт. ст., через 6 месяцев стандартной терапии ХСН на фоне включения в терапию ингибиторов SGLT2 рецепторов средний уровень давления в легочной артерии составил $18,2 \pm 2,3$ мм рт. ст.

Результаты представлены на рисунке 1.

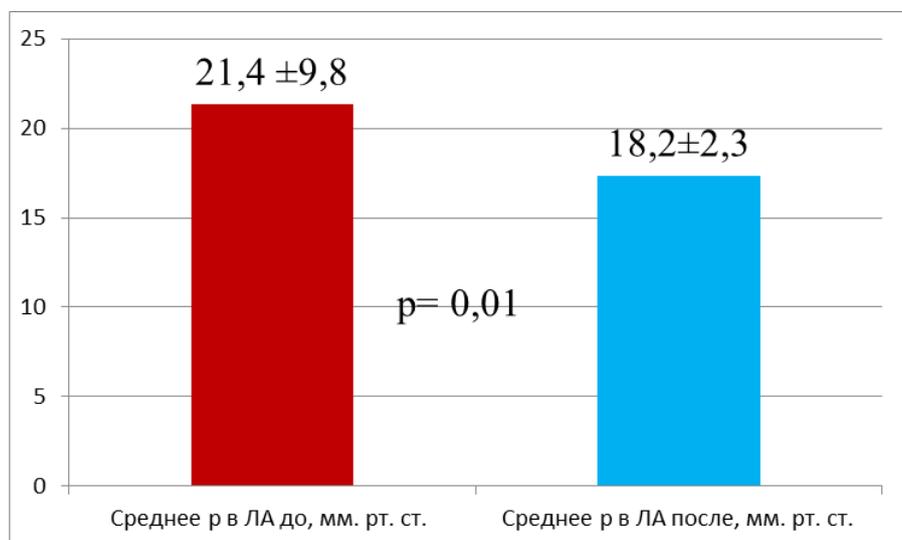


Рис. 1. Динамика давления в легочной артерии на фоне стандартной терапии хронической сердечной недостаточности с включением в лечение ингибиторов SGLT2 в течение 6 месяцев

Таким образом, мы видим снижение давления в легочной артерии на 15% от исходного показателя и данное снижение оказалось статистически значимым, $p = 0,01$.

Кроме того, проводилась оценка динамики изменения функционального класса ХСН на фоне стандартной терапии ХСН с включением в лечение ингибиторов SGLT2 рецепторов на протяжении 6 месяцев.

Результаты представлены в Таблице 1.

Таблица 1

Динамика функциональных показателей у исходной группы пациентов и через 6 месяцев после включения в терапию ингибиторов SGLT2 рецепторов

Показатели	Исходно	Через 6 месяцев лечения	p
Тест 6-минутной ходьбы, м	375,2±21,9	396,4±65,2	0,008
EQ – 5 D, %	63,8±11,6	70±27,6	0,07

По представленным результатам мы видим статистически значимое увеличение прохождения средней дистанции пациентами при проведении теста шестиминутной ходьбы в среднем на 21,2 м. При оценке качества жизни пациентами согласно опроснику EQ-5D отмечалась положительная тенденция в виде субъективного улучшения общего самочувствия, но статистически значимого улучшения не получено, что, вероятно, связано с относительно небольшой выборкой пациентов.

Обсуждение. Оценивая воздействие ингибиторов SGLT2 рецепторов у пациентов с ХСН с низкой фракцией выброса, мы получили весьма позитивные результаты в виде статистически значимого уменьшения размеров правого желудочка и давления в легочной артерии. Данные эффекты наиболее вероятно связаны с основным эффектом данного класса препаратов в виде ингибирования реабсорбции глюкозы и натрия в проксимальных почечных канальцах почек, приводящих к положительному осмотическому диурезу, что способствует разгрузке малого круга кровообращения и закономерному снижению давления в легочной артерии. Кроме того, полученное положительное влияние на морфо-функциональные характеристики миокарда нашло своё отражение в благоприятном изменении функционального статуса пациентов. Доказано статистически значимое увеличение прохождения дистанции пациентами с ХСН с низкой фракцией выброса при проведении теста шестиминутной ходьбы. Результаты данной исследовательской работы являются промежуточными. Планируется увеличение группы исследуемых пациентов и изучение влияния класса ингибиторов SGLT2 рецепторов на другие морфофункциональные параметры миокарда.

Выводы. Учитывая доказанное благоприятное влияние ингибиторов SGLT2 рецепторов на давление в легочной артерии и функциональный статус пациентов с ХСН с низкой фракцией выброса, ингибиторы рецепторов SGLT2 хорошо зарекомендовали себя в клинической практике, как класс препаратов, влияющий на прогноз и функциональное состояние пациентов, однако точные механизмы нуждаются в дальнейшем изучении.

Список литературы

1. Benjamin E.J., Muntner P., Alonso A., et al. Heart Disease and Stroke Statistics-2019 update: a Report from the American Heart Association. *Circulation*. 2019; 139 (10): e56–e528.

2. Zinman B., Wanner C., Lachin J.M., et al. Empagliflozin, cardiovascular outcomes, and mortality in type 2 Diabetes. *N Engl J Med*. 2015; 373 (22): 2117–2128.

3. Wiviott S.D., Raz I., Bonaca M.P., et al. Dapagliflozin and cardiovascular outcomes in type 2 Diabetes. *N Engl J Med*. 2019; 380 (4): 347–357.

4. McMurray J.J.V., Solomon S.D., Inzucchi S.E., et al. Dapagliflozin in patients with Heart Failure and reduced ejection fraction. *N Engl J Med*. 2019; 381 (21): 1995–2008.

5. Packer M., Anker S.D., Butler J., et al. Cardiovascular and renal outcomes with empagliflozin in Heart Failure. *N Engl J Med*. 2020; 383 (15): 1413–1424.

Егорычева С.М., Соломянная Н.О.

Клинический случай из реальной клинической практики: пациент с неясной протеинурией

ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска»

Актуальность. В настоящее время, несомненно, высокую актуальность приобрела проблема хронической болезни почек (ХБП). Распространенность заболевания возрастает с высокой скоростью и к 2040 году ХБП ожидаемо выйдет на 5 место (Фореман). ХБП имеет два независимых мар-

кера (скорость клубочковой фильтрации, альбуминурия в суточной моче), требующие обязательного контроля, особенно у пациентов высокой группы риска. В реальной клинической практике часто игнорируется показатель альбуминурии, как маркер хронической болезни почек (клинические рекомендации, хроническая болезнь почек, 2021).

Цель исследования – провести анализ диагностически сложного клинического случая пациента с протеинурией из реальной врачебной практики.

Методы исследования. В статье приводится описание клинического случая с протеинурией нефротического уровня в исключении аутоиммунной патологии и сахарного диабета. Особенностью данного случая является дебют болезни с наличием глубоких изменений лабораторных анализов без подтверждения этиологического клинического диагноза специалистами. С целью установления диагноза пациенту проведено комплексное обследование, которое включает клиническое обследование, лабораторную диагностику, а также нефробиопсию с морфологической верификацией.

Результаты. Пациент М., 1967 года рождения, обратился в поликлинику с жалобами на снижение работоспособности, выраженную слабость, пенистую мокроту. Из анамнеза пациента известно об отягощенной наследственности, выявлено наличие у матери сахарного диабета 2 типа. Длительно страдает артериальной гипертензией с коррегируемым уровнем артериального давления 165 и 100 мм рт. ст., на фоне регулярного приема адаптирован к уровню АД 135 и 85 мм рт. ст. При осмотре пациента при подсчете индекса массы тела выявлено ожирение 1 степени (ИМТ – 31,8). С 2000 года наблюдается в поликлинике по поводу артериальной гипертензии, повышение АД до 160 и 90 мм рт. ст. (регулярно принимает эксфорж, бисопролол). При обследовании выявлены повышение мочевой кислоты до 651 мкмоль/л, однократное повышение глюкозы в сыворотке крови до 7,1 ммоль/л, диспротеинемия: общий холестерин – 5,8 ммоль/л, ЛПВП – 4,0 ммоль/л, ТГ – 1,9 ммоль/л, ИА – 4,8, также выявлена протеинурия в суточной моче до 4,0 г в сутки. При проведении нагрузочной пробы с глюкозой диагноз «диабет» не был подтвержден. Все остальные лабораторные показатели крови и мочи соответствовали норме. В июле 2023 года впервые консультирован нефрологом. Проанализировав историю болезни пациента, обобщенные данные сформированы в метаболический синдром, сочетающий в себе артериальную гипертензию, ожирение

1 степени, дислипидемию и нарушенную толерантность к глюкозе. Проведенная нефробиопсия подтвердила метаболическое повреждение ткани почек, с частичным вторичным сегментарным гломерулосклерозом до 20% ткани почки.

Выводы. Протеинурия является важным независимым показателем поражения почек, требующим внимания врача-клинициста. Наличие протеинурии нефротического уровня требует консультации узкого специалиста-нефролога. Метаболический синдром, отличающийся многообразием клинических проявлений и негативным влиянием на сердечно-сосудистый риск, требует особого внимания и контроля со стороны практикующего врача первичного звена. Ранняя диагностика и назначенное лечение позволят минимизировать сердечно-сосудистый риск пациента.

Милюкова Г.Н.^{1,2}, Юдина Е.Е.^{1,2}, Голубцова Т.С.^{1,2}, Хохлов М.П.^{1,2}

Аспекты коморбидности у пациентов, страдающих сахарным диабетом 2 типа

¹ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»;

² ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»

Актуальность рассматриваемой проблемы. Сахарный диабет второго типа (СД2) относится к социально значимым неинфекционным заболеваниям с высокими темпами распространения. Согласно данным Федерального регистра сахарного диабета на январь 2023 г., на диспансерном учёте в Российской Федерации состояли 4 962 762 человека, из них более 90% – пациенты, страдающие СД2. Следует отметить, что количество больных СД2 будет продолжать расти. По прогнозам Международной Диабетической Федерации, к 2030 году число пациентов с СД достигнет 643 миллионов, а к 2045 году – 783 миллионов человек. Коморбидная патология повышает риск неблагоприятных клинических исходов и требует особого внимания к пациентам данной категории. Например, наличие хронической сердечной недостаточности у пациентов, страдающих СД2, повышает риск неблагоприятных клинических исходов СД2 и требует особого подхода к

лечению таких пациентов. Изучение структуры полиморбидности у больных СД2, оценка влияния гендерных и возрастных характеристик на степень полиморбидности могут способствовать уточнению диагноза и рациональному выбору тактики ведения пациентов с СД2.

Цель исследования – изучить влияние коморбидных состояний у пациентов, страдающих сахарным диабетом 2 типа на клинически значимые характеристики основного заболевания.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ 557 историй болезни пациентов, страдающих СД2 и находившихся на стационарном лечении в эндокринологическом отделении ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница» в 2020 году. Средний возраст пациентов составил $61,5 \pm 10,8$ лет. Длительность заболевания – $10,6 \pm 8,6$ лет. Пациентов включали в анализ ретроспективно, методом сплошной выборки. Для анализа были использованы возраст, пол, продолжительность анамнеза СД2, осложнения СД2, сопутствующие заболевания, фактический уровень гликированного гемоглобина (определяли при поступлении пациента в отделение). Статистическую обработку данных проводили в системе Statistica 13 (StatSoft). Использовали описательные статистики, дисперсионный анализ, кластерный анализ, корреляционный анализ по Pearson, линейное моделирование. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез $p < 0,05$.

Результаты. Коморбидные заболевания пациентов, включенных в анализ, были распределены по нескольким «интуитивно понятным» для врача и удобным для стратификации нозологическим группам: сопутствующие СД2 заболевания эндокринной системы, офтальмологические заболевания, неврологические заболевания, заболевания сердечно-сосудистой системы, заболевания почек, онкологические заболевания, заболевания системы крови и заболевания органов дыхания. Статистический анализ не выявил значимых различий по параметрам: возраст, длительность анамнеза СД2, возраст постановки диагноза СД2, уровень гликированного гемоглобина при поступлении. Для оценки влияния коморбидных состояний на силу связей между показателями, характеризующими клиническое течение СД 2 типа, выполнен корреляционный анализ по методике Pearson. Установлена значимая положительная корреляция возраста пациента и продолжительности анамнеза СД 2 типа при других заболеваниях эндокрин-

ной системы и пульмонологических болезнях с коэффициентами корреляции 0,420 и 0,681 соответственно. При наличии сопутствующих кардиоваскулярных, неврологических, нефрологических и офтальмологических заболеваний также продемонстрирована аналогичная связь меньшей силы ($r < 0,3$).

Заключение. Статистически значимая положительная корреляция средней силы между возрастом пациентов и продолжительностью анамнеза сахарного диабета 2 типа при его сочетании с другими заболеваниями эндокринной системы и пульмонологическими заболеваниями, выявленная в ходе анализа, возможно, связана с более ранней верификацией СД2 у этого контингента пациентов.

Толстыга М.И., Слотвинская Л.В., Гусейнов С.М., Абдуллаев Ф.С.

Новая коронавирусная инфекция как фактор риска развития ТЭЛА

ГУЗ «Ульяновский областной клинический центр специализированных видов медицинской помощи имени заслуженного врача России Е.М. Чучкалова»

В настоящее время прослеживается отчетливая тенденция к увеличению заболеваемости тромбоэмболией легочных артерий по всему миру, особенно после появления новой коронавирусной инфекции COVID-19. ТЭЛА занимает 3-е место по причине смертности (ежегодно умирает 0,1% населения) после инфаркта миокарда и инсульта. Данное заболевание является причиной смерти примерно у 30% больных с COVID-19. Тяжелые осложнения COVID-19, ассоциированные с нарушением процессов коагуляции, характеризуются повышенным риском развития тромбоза в системе артериального и венозного русла, в частности ТЭЛА. На сегодняшний день недостаточно данных о патофизиологических механизмах развития тромбозов при COVID-19.

Цель исследования – сравнительный анализ факторов риска развития тромбоэмболии легочной артерии и перенесенной в анамнезе новой коронавирусной инфекции (НКВИ). В данной работе мы попробуем ответить

на вопрос: можно ли перенесенную в анамнезе новую коронавирусную инфекцию считать фактором риска ТЭЛА, а также взглянем на статистические данные по таким факторам риска, как наличие в анамнезе ожирения или избытка массы тела, онкологии, перенесённых травм и выявленных тромбозов сосудов нижних конечностей.

Методы исследования. Проведен анализ 107 медицинских карт пациентов, проходивших стационарное лечение на базе кардиологического отделения ГУЗ «Ульяновский областной клинический центр специализированных видов медицинской помощи имени заслуженного врача России Е.М. Чучкалова». Пациенты были госпитализированы в отделение кардиологии, проведена диагностика ТЭЛА согласно клиническим рекомендациям.

Результаты. Основным каналом поступления данных пациентов явилась скорая медицинская помощь. В 2021 г. госпитализированы 43 пациента, в 2022 г. – 27 пациентов, в 2023 г. – 37 пациентов (один пациент поступал дважды за год). Среди них 44,9% лиц мужского пола, женщин – 55,1%. Средний возраст за период 2021 г. у мужчин – 66,2 года, у женщин – 63,8 лет; за 2022: у мужчин – 64,3 лет, у женщин – 61,6 лет; за 2023 г. у мужчин – 59,1 лет, у женщин – 61,2 лет. Таким образом, прослеживается тенденция к омоложению пациентов с подтвержденной ТЭЛА. Доля пациентов с диагнозом ТЭЛА, перенесших НКВИ, за 2023 г. составила 40,5%, за 2022 г. – 44%, за 2021 г. достоверно диагностирована НКВИ у 16,3%. Тромбоз сосудов нижних конечностей за 2021 г. выявлен у 60,6% исследованных, за 2022 г. – у 50% исследованных, за 2023 г. – у 66,6%. Лишний вес имели 77,7% обследуемых с ТЭЛА, среди них с ожирением: за 2021 г. – 42,1%, за 2022 г. – 56%, за 2023 г. – 51,6%, с избытком массы тела: 2021 г. – 31,5%, 2022 г. – 28%, 2023 г. – 25,8%. С верифицированными онкозаболеваниями на момент госпитализации за 2021 г. зафиксировано 16,2% пациентов, 2022 г. – 37%, 2023 г. – 24,3%. Лишь у трех пациентов болезнь связана с ранее полученной травмой, что составляет 2,8% от общего числа случаев, при этом в ходе обследования у них по УЗДГ сосудов нижних конечностей тромботических масс не выявлено.

Выводы. Перенесенную в анамнезе новую коронавирусную инфекцию можно рассматривать как один из факторов риска возникновения тромбоэмболии легочной артерии. В представленной работе мы видим, что полученные данные свидетельствуют о высоком риске развития ТЭЛА

у пациентов с COVID-19 в анамнезе. В связи с чем считаем, что следует продолжить изучение перенесенной НКВИ как фактора риска развития тромбоемболических осложнений. Также, анализируя остальные полученные нами данные, мы можем констатировать, что преобладает заболеваемость ТЭЛА у лиц женского пола, заболевание имеет тенденцию к омоложению, самым распространенным фактором риска является лишний вес и тромбоз сосудов нижних конечностей.

Марковцева М.В., Есефьева Н.Б., Трифонова М.С., Хлопкова Е.О.

К вопросу о хронической болезни почек у пациентов с хроническим лимфолейкозом

ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»

Хронический лимфолейкоз (ХЛЛ) – наиболее частый гемобластоз, регистрируемый среди пожилых в европейской популяции (Савченко В.Г. и др., 2018). Вовлечение почек в патологический процесс происходит при ХЛЛ также часто: эту проблему могут иметь от 40% до 90% больных, при этом клиническая картина может варьировать и иногда протекает бессимптомно (Seney FD et al., 1981; Kowalewska J et al., 2011; Wang Hui et al., 2023). Одновременно с этим известно, что снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) и наличие хронической болезни почек (ХБП) все чаще встречается в общей популяции именно среди пожилых.

Цель исследования – проанализировать встречаемость ХБП у пациентов с ХЛЛ.

Материалы и методы исследования: ретроспективно обследовано 132 пациента с ХЛЛ (60 мужчин и 72 женщины) с известной общей выживаемостью, наблюдавшиеся в гематологическом отделении ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница» в период с 01.2010 по 02.2020 года. На момент постановки диагноза ХЛЛ у пациентов рассчитывалась скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле СКД-ЕРІ и оценивалось наличие ХБП в соответствии с классификацией и стратификацией стадии ХБП по уровню СКФ.

Результаты исследования. Средний возраст пациентов составил $66,0 \pm 10,3$ лет, что соответствует известным данным о росте частоты встречаемости заболевания именно в этот временной период [1]. Среди исследованных пациентов у 64 (48,5%) была обнаружена ХБП: стадия С2 – у 23 человек (17,4%), стадия С3а – у 41 человека (31,1%). Полученная частота встречаемости ХБП среди исследованных пациентов значительно превышает результаты эпидемиологических исследований нашей страны, в которых зафиксировано наличие признаков ХБП лишь у 36% лиц в возрасте старше 60 лет [2]. Именно к этой возрастной группе принадлежали пациенты с ХЛЛ, включенные в исследование.

Структура ХБП в зависимости от стадии ХЛЛ по классификации Binet представлена в таблице 1.

Таблица 1

Структура ХБП в зависимости от стадии ХЛЛ по классификации Binet

Стадия ХБП	ХЛЛ А по Binet 40 чел	ХЛЛ В по Binet 64 чел	ХЛЛ С по Binet 21 чел
С2	11 чел (8,3%)	10 чел (7,6%)	2 чел (1,5%)
С3а	13 чел (9,8%)	25 чел (18,9%)	3 чел (2,3%)
Всего	24 чел (18,2%)	35 чел (26,5%)	5 чел (3,8%)

Если рассматривать ХЛЛ в качестве универсального паранеопластического процесса, то его негативное воздействие на функцию почки связывают с комплексом медиаторов, продуцируемых как самой опухолевой тканью, так и рядом иммунокомпетентных клеток в ответ на рост опухоли. В результате формируется так называемый паранеопластический гломерулонефрит (Ohtani H. Et all., 2011) и мембранозная нефропатия (Ronco PM, 1999). Последняя, при наличии хронологической и патогенетической связи между диагнозом «гломерулярный синдром» и опухолью, рассматривается в качестве наиболее частого варианта паранеопластического поражения почек (Ronco PM, 1999; Latcha S, Sechan SV 2013; Jhaveri KD et al., 2014). Рассматривая генез ХБП исследованных пациентов можно сказать, что факт наличия у них ХЛЛ является значимым, но не единственным фактором повреждения почечной ткани. Как уже было сказано выше, пациенты имели пожилой возраст, а также ряд коморбидных состояний, относящихся к модифицируемым факторам риска

ХБП: артериальная гипертензия зарегистрирована у 65,6% (42 чел.), ожирение – у 28,1% (18 чел.), табакокурение – 15,6% (10 чел.), неалкогольная жировая болезнь печени – у 10,9% (7 чел.), сахарный диабет – у 7,8% (5 чел.). Указанные состояния, несомненно, имеют значение в развитии ХБП у исследованных больных.

Таким образом, ХЛЛ целесообразно рассматривать в качестве значимого фактора развития ХБП у этой категории пациентов.

Каширина А.Н., Визе-Хрипунова М.А., Шаршова С.М., Петров А.Д.

Пациент с факторами риска НАЖБП на приеме врача-терапевта

ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»

По данным Всемирной организации здравоохранения, в последние годы регистрируется неуклонный рост числа хронических заболеваний печени, в частности, неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП). Являясь самостоятельной нозологической единицей, НАЖБП служит фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний, ассоциирована с абдоминально-висцеральным ожирением, периферической инсулинорезистентностью, артериальной гипертензией. В России 30% трудоспособного населения имеет избыточную массу тела и 25% страдает ожирением. Неалкогольная жировая болезнь печени признается междисциплинарной проблемой на стыке терапии, гастроэнтерологии и эндокринологии, в связи с чем так важно выявлять данное заболевание на ранних этапах.

Цель исследования – оценить распространенность стеатоза печени среди амбулаторных гастроэнтерологических больных, определить выраженность индексов фиброза печени по данным неинвазивных методик.

Материал и методы. Проанализированы данные 70 амбулаторных карт пациентов, прошедших обследование и лечение в условиях частных медицинских центров, на приеме у врача терапевта и гастроэнтеролога. Все пациенты обследованы согласно стандартам оказания медицинской помощи больным терапевтического профиля. Из их числа была выделена

группа больных, имевших риски развития НАЖБП (такие как избыточная масса тела и ожирение), сахарный диабет 2 типа. Всем пациентам были рассчитаны индексы фиброза по следующим формулам: $AAR = АСТ/АЛТ$; $APRI = (АСТ/верхняя\ граница\ нормы\ АСТ) \times 100/Tr$; $NAFLD\ fibrosis\ score = -1,675 + 0,037 \times \text{возраст (годы)} + 0,094 \times \text{ИМТ (кг/м}^2) + 1,13 \times (\text{гипергликемия натощак или СД; Да} = 1, \text{ Нет} = 0) + 0,99 \times АСТ/АЛТ - 0,013 \times \text{количество\ тромбоцитов} (\times 10^9/л) - 0,066 \times \text{альбумин (г/дл)}$. Значения индекса $AAR > 1$, $APRI \geq 1,5$ считались показателями выраженного фиброза. Показатели FIB-4 интерпретировались следующим образом: неточный цирроз от 1,45 до 3,35, цирроз печени более вероятен $>3,25$. F0-F2 по $NAFLD\ fibrosis\ score < 1,455$, а F3-F4 $> 0,675$.

Результаты. В выборку вошли 58 исследуемых. Возраст больных варьировался от 36 до 70 лет. Среди пациентов преобладали женщины – 34 человека (58,6%). Средний возраст пациентов составил 52 года. У всех пациентов отмечалось повышение массы тела. ИМТ от 25 до 30 отмечался у 37 человек (что составило 63,8%), в 33% случаев отмечалось ожирение 1 степени, в 1,7% случаев выявлена 2 степень (1 пациент), пациентов с 3 степенью ожирения не было. У 17% пациентов (10 человек) наблюдались явления стеатогепатита, отмеченные по уровню активности трансаминаз. У всех 100 % имелся стеатогепатит низкой активности.

В ходе исследования мы рассчитали маркеры фиброза печени (AAR , $APRI$, $NAFLD\ fibrosis\ score$). У 56% и 54,3% пациентов имелся фиброз на основе индекса $APRI$ и AAR соответственно. На основе индекса шкалы оценки фиброза при неалкогольной жировой болезни печени ($NAFLD\ fibrosis\ score$) F0-F2 встречалось у 96,5% (56 человек), а F3-F4 – у 3,4%. У двоих пациентов с высоким уровнем фиброза отмечено повышение трансаминаз и СД 2 типа в анамнезе. Пяти пациентам проводилось фибросканирование печени, по результатам F0-F1 – 3 человека, F2 – 2 человека, F3, F4 не выявлены.

Выводы. 1. При наличии факторов риска и отсутствии клинических проявлений отмечается формирование фиброзного процесса в печени, что подтверждается данными фибросканирования и неинвазивными методами диагностики фиброза печени. 2. Пациенты с факторами риска жировой дистрофии печени, имеющие избыточный вес или страдающие ожирением, СД 2 типа, с высоким уровнем триглицеридов / холестерина в крови,

должны сдавать анализы не реже одного раза в год, а в случае обнаружения повышения трансаминаз или жирового гепатоза по данным УЗИ органов брюшной полости – должны быть оценены на предмет возможной НАЖБП.

Сакаева Э.Р., Ефремова Е.В., Ребровская М.М., Шутов А.М.

Изучение выделения биомаркеров IL-6, VEGF-A, MCP-1 почками после перенесённого COVID-19

ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»

Актуальность. SARS-CoV-2-инфекция, помимо поражения дыхательной системы, приводит к поражению почек прямым и непрямым механизмами, вызывая протеинурию, гематурию и острое повреждение почек с гистологической картиной острого канальцевого некроза и гломерулярного повреждения.

Существуют биологические маркёры, изменение содержания которых в моче может иметь прогностическое значение после перенесённого COVID-19. Одними из них являются интерлейкин-6 (IL-6), моноцитарный хемотаксический протеин (MCP-1), сосудистый эндотелиальный фактор роста типа А (VEGF-A). Известно, что IL-6 участвует во многих процессах: воспалении, иммунном ответе, гемопоэзе, влияет на метаболический, регенеративный и нервный процессы, быстро вырабатывается в ответ на инфекции и повреждение тканей и может быть связан с почечным фиброзом; не исключается роль местного (внутрипочечного) синтеза ИЛ-6. MCP-1 крови является предиктором почечного фиброза, неблагоприятного почечного исхода, коррелирует со степенью выраженности почечного фиброза. VEGF-A, является циркулирующим фактором ангиогенеза в норме и при патологических состояниях.

Цель исследования – исследовать в моче пациентов содержание маркеров, ассоциированных с воспалением и гипоксией у пациентов с перенесённой SARS-CoV-2 инфекцией.

Материал и методы исследования: обследовано 45 амбулаторных пациентов, перенесших COVID-19. 21 из них имели острое повреждение почек при госпитализации, 20 пациентов – без COVID-19. Диагноз COVID-19 был установлен согласно действующим на момент госпитализации клиническим руководствам (Временные методические рекомендации. Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Версия 10 от 08.02.2021 г.), подтвержден ПЦР-тестом. Статистический анализ проводился с использованием программных пакетов «Statistics версия 12» и программы «StatTech v. 2.8.8» (разработчик – ООО «Статтех», Россия). Показатели представлены при нормальном распределении в виде $M \pm SD$, где M – среднее арифметическое, SD – стандартное отклонение. В отсутствие нормального распределения количественные данные описывались с помощью медианы (Me), 25, 75 перцентилей ($Me[Q1;Q3]$). Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования: было показано, что в группе пациентов, перенесших COVID-19, достоверно выше концентрация ИЛ-6 (24,8 [16,6; 34,8] против 10,7 [8,4; 12,4]), VEGF-A (118,1 [78,6; 186,3] против 32,8 [27,3; 36,6]), MCP-1 (242 [185,6; 350,2] против 105,7 [93,3; 137,5]) в моче ($p < 0,001$, $p < 0,001$, $p < 0,001$, соответственно). При исследовании параметров ИЛ-6, VEGF-A, MCP-1 в моче пациентов подгрупп с ОПП и без ОПП анализ данных не показал статистической достоверной разницы, однако выявлена тенденция к более высокому содержанию ИЛ-6 у пациентов, перенесших ОПП, в раннем постковидном периоде. При оценке зависимостей между концентрацией альбумина в моче и изучаемых биомаркеров (ИЛ-6, VEGF-A, MCP-1) достоверной взаимосвязи выявить не удалось.

Вывод: в постковидном периоде в моче сохраняются повышенные значения ИЛ-6, VEGF-A, MCP-1, в связи с этим говорить о полном выздоровлении пациента преждевременно и необходимо дальнейшее наблюдение, независимо от перенесенного острого повреждения почек. Полученные данные подчеркивают значимость проведения научных исследований по изучению поражения почек в постковидный период.

Сахаров В.С., Трошина Н.В., Шафигулин А.Р.

Оказание медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST на догоспитальном этапе согласно клиническим рекомендациям Министерства здравоохранения Российской Федерации

ГУЗ «Центральная клиническая медико-санитарная часть имени заслуженного врача России В.А. Егорова»

Актуальность. Острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST (Далее ОКСспST) является экстренным состоянием, требующим строгого соблюдения клинических рекомендаций Министерства Здравоохранения Российской Федерации (КР МЗ РФ). Оказание медицинской помощи при ОКСспST согласно КР МЗ РФ позволяет не только улучшить прогноз лечения пациента, но и заблаговременно подготовить к дальнейшей реперфузионной терапии посредством ЧКВ.

Цель исследования – изучить соблюдение клинических рекомендаций в отношении медицинской помощи, оказываемой на догоспитальном этапе бригадами скорой медицинской помощи, больным с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ медицинских карт стационарных больных, доставленных на госпитализацию в ГУЗ «Центральная клиническая медико-санитарная часть имени заслуженного врача России В.А. Егорова» из г. Ульяновска, а также прикрепленных, согласно региональной маршрутизации, районов Ульяновской области в период с 01.01.2023 по 31.12.23 года.

Общее количество проанализированных случаев составило 207 (мужчин – 146 (70,5%), женщин – 61 (29,5%), средний возраст 64,4 года.

Результаты. У 169 (81,6%) из 207 пациентов с ОКСспST с момента возникновения болевого синдрома до обращения за медицинской помощью прошло менее 12 часов. Среди них у 124 (59,9%) больных время с момента пика болевого синдрома до госпитализации составило не более 120 минут.

30 (14,49%) пациентам проведена тромболитическая терапия (Далее ТЛТ). На госпитальном этапе ТЛТ проведена 3 (1,45%) пациентам согласно КР МЗ РФ. (мужчины – 26 (78,8%), женщины – 7 (21,2%))

8 (4%) пациентам на догоспитальном этапе помощь не оказана.

19 (9,18%) пациентов не получили Ацетилсалициловую кислоту (АСК).

23 (11,11%) пациентов не получили Клопидогрель.

102 (49,28%) пациентов не получили Гепарин натрия.

199 (96%) пациентов не получили нитраты.

37 (17,87%) пациентов получили препараты, не соответствующие КР МЗ РФ.

Выводы. Анализ медицинских карт стационарных больных, доставленных на госпитализацию в ГУЗ «Центральная клиническая медико-санитарная часть имени заслуженного врача России В.А. Егорова» с ОКСспST, продемонстрировал, что пациенты на догоспитальном этапе в 4% случаев не получили медицинскую помощь, 96% пациентов получили медицинскую помощь на догоспитальном этапе с нарушением КР МЗ РФ, что способствует увеличению риска развития осложнений и неблагоприятных исходов у пациентов.

Шаповал Н.С.^{1,2}, Демина О.В.^{1,2}, Климочкина М.И.²

Состояние мозгового кровообращения и липидный спектр у больных с нейросенсорной тугоухостью

¹ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»;

² ГУЗ «Ульяновский областной клинический медицинский центр оказания помощи лицам, пострадавшим от радиационного воздействия, и профессиональной патологии имени Героя Российской Федерации Максимчука В.М.»

Производственный шум является одним из распространенных вредных факторов, приводящих к развитию профессиональной тугоухости. Однако при данном заболевании нарушается не только слуховая функция,

но и часто выявляются различные сосудистые изменения, страдает мозговая гемодинамика, липидный обмен.

Цель настоящей работы – оценить состояние липидного обмена, экстра- и интракраниальных артерий с помощью дуплексного сканирования у больных с профессиональной нейросенсорной тугоухостью.

На базе Центра профпатологии проведено обследование 60 человек с установленным диагнозом профессиональная нейросенсорная тугоухость, с первой степенью – 29 чел. (48,3%), со второй степенью – 20 чел. (34,4%), с третьей степенью – 11 чел. (18,3%). Количество мужчин в обследуемой группе составило 42 чел. (70%), женщин – 18 чел. (30%). Средний возраст обследованных составил $47,2 \pm 1,1$ лет. Средний стаж работы в исследуемой группе составил $12,9 \pm 1,4$ лет. В контрольную группу вошли 40 человек, не имевшие контакта с производственным шумом. Количество мужчин в группе сравнения было 25 чел. (62,5%), женщин – 15 чел. (37,5%) Средний возраст составил $45,9 \pm 2,3$ лет. Средний стаж работы – $11,7 \pm 1,4$ лет.

Лабораторное обследование включало определение уровней общего холестерина, ЛПНП-ХС, ЛПВП-ХС, триглицеридов. Уровень липидного спектра оценивался по классификации, предложенной экспертной группой Европейским общества по изучению атеросклероза. Ультразвуковое исследование экстракраниальных брахиоцефальных артерий выполнялось по стандартной методике. Толщина комплекса интима-медиа общей сонной артерии оценивалась на участках за 1,5 см до бифуркации и в области бифуркации. Нормативным значение толщины комплекса интима-медиа на общей сонной артерии принимали: до бифуркации – менее 0,9 мм, в области ее бифуркации – менее 1,0 мм. Проводилась оценка анатомии сонных артерий, состояния просвета, наличия, количества, локализации атеросклеротических бляшек. Математическая обработка полученных данных выполнена с помощью статистических программ STATISTIKA 10,0. Достоверность различий устанавливали при помощи t- критерия с уровнем значимости 0,05.

В результате проведенного исследования выявлен высокий уровень общего холестерина (от 6,7 до 7,7 ммоль/л) у 35,8% лиц с профессиональной тугоухостью и у 22,6% лиц в группе сравнения, что свидетельствует о наличии высокой гиперхолестеринемии. Повышение ХС-ЛПНП было выявлено у 49,0% исследуемой группы, из них у 39,3% уровень данного показателя до-

стигал высоких значений ($4,14 \pm 0,9$ ммоль/л). Анализ уровня ХС ЛПВП показал, что у 57,02% лиц с профессиональной тугоухостью наблюдалось снижение ХС- ЛПВП ниже 1,0 ммоль/л, в группе сравнения этот показатель составил 40,9%. Повышение уровня триглицеридов более 2,2 ммоль/л наблюдалось в контрольной группе у 67,7% лиц, в группе сравнения данный показатель составил 48,7%. Ультразвуковое дуплексное исследование экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий позволило оценить значение толщины комплекса интима / медиа общей сонной артерии до бифуркации: показатель $> 0,9$ мм имели 29,8% лиц основной группы и 17,2% лиц группы сравнения. Наличие атеросклеротических бляшек (АСБ) в сонных артериях было достоверно выше у больных с нейросенсорной тугоухостью (20,7%) по сравнению с лицами, не имевшими контакта с производственным шумом (10,9%). Атеросклеротическое поражение сонных артерий со стенозом сосуда менее 30% было выявлено у 21,4% больных с нейросенсорной тугоухостью и 9,1% – у лиц группы сравнения, стеноз сосуда в пределах 30–50% определялось у 11,3% и 7,8% чел. соответственно, сужение просвета сосуда более 50% диагностировано у 5,3% и 2,1% чел. соответственно.

Таким образом, высокая частота выявленных нарушений липидного спектра и атеросклеротических поражений брахиоцефальных артерий в виде утолщения комплекса интима-медиа и формирования стенозирующих атеросклеротических бляшек может служить диагностическим показателем раннего выявления начальных признаков развития профессиональной тугоухости.

*Швецова Ж.И., Мовчан Е.В., Андреева О.А., Калининкова Е.А.,
Мещанинова С.Б.*

Анализ проводимой амбулаторной реабилитации пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями в условиях поликлиники ГУЗ «Областной кардиологический диспансер»

ГУЗ «Областной кардиологический диспансер»

Актуальность проблемы. Медицинская реабилитация представляет собой комплекс мероприятий медицинского и психологического характе-

ра, направленных на полное или частичное восстановление нарушенных и (или) компенсацию утраченных функций пораженного органа либо системы организма, предупреждение, раннюю диагностику и коррекцию возможных нарушений функций поврежденных органов либо систем организма, улучшение качества жизни, сохранение работоспособности пациента.

Цель работы – анализ эффективности амбулаторного этапа реабилитации, осуществляемого в условиях поликлиники ГУЗ «Областной кардиологический диспансер» (ГУЗ ОКД).

Материал и методы. Амбулаторная реабилитация в ГУЗ ОКД осуществляется с января 2023 года. Больные с сердечно-сосудистыми заболеваниями для осуществления третьего (амбулаторного) этапа реабилитации направлялись врачами-кардиологами отделения соматической реабилитации ГУЗ ОКД с предшествующего стационарного лечения, а также врачами-кардиологами поликлиники ГУЗ ОКД. Основные цели проведения амбулаторной реабилитации – предупреждение прогрессирования заболевания, нормализация функционального статуса больного, восстановление нарушенных способностей (социальных, трудовых и др.), адаптация к физическим нагрузкам. В ГУЗ ОКД не выделено отдельное амбулаторное отделение медицинской реабилитации, были использованы возможности лечебно-диагностических и вспомогательных подразделений ГУЗ ОКД.

В 2023 году для прохождения амбулаторной реабилитации поступил 201 человек, из них 85 инвалидов (составивших 42.2% в общей структуре обращений). Из анализа распределения пациентов по нозологическим группам следует, что среди поступивших пациентов 98 человек (49%) с диагнозом «ишемическая болезнь сердца», 69 человек (34%) с диагнозом «гипертоническая болезнь», 34 человека (17%) с диагнозом «приобретённые и врождённые пороки сердца». Все пациенты имели высокий реабилитационный потенциал и оценивались по ШРМ в 2-3 балла. Применялся мультидисциплинарный подход с разработкой индивидуального характера построения реабилитационной программы с использованием различных методов лечения.

Среди больных с ишемической болезнью сердца (98 человек) выделены следующие формы: стабильная стенокардия напряжения – 57 человек (58%), постинфарктный кардиосклероз – 41 человек (42%), из них пере-

несшие инфаркт миокарда в течение года – 14 человек (34%) и перенесшие инфаркт миокарда более года – 27 человек (66%).

Структура больных с артериальной гипертензией: ГБ II стадии – 38%, ГБ III стадия – 62 %.

Среди больных с диагнозом «приобретённые и врождённые пороки сердца» (34 человека) выделены следующие формы: с приобретенными пороками сердца – 19 человек (56%), из них с протезированными клапанами сердца – 11 человек (58%) и не прошедшие оперативное лечение – 8 человек (42%). ВПС составляют – 15 человек (44%).

Амбулаторный этап реабилитации предусматривает использование медикаментозных методов лечения, психотерапии, кинезотерапии (активной и пассивной), физиотерапевтическое лечение, оценку степени социальной недостаточности больного. Все пациенты в условиях амбулаторной реабилитации получали комплексную медикаментозную терапию в соответствии с клиническими рекомендациями по нозологиям.

Использование методов кинезотерапии включало в себя выполнение программы лечебной физкультуры по индивидуальной и групповой методике в тренирующем режиме, а также с применением эллиптического и велотренажера, выполнение медицинского массажа в расслабляющем режиме с целью уменьшения мышечного напряжения, улучшения эластичности мышц, увеличения амплитуды движений, восстановления кровообращения. Физиотерапевтический метод включал в себя использование магнитотерапии, лазеротерапии, дарсонвализации, ультразвуковой терапии, кислородного коктейля с целью расслабления организма, уменьшения отеков, замедления воспалительных процессов, улучшения процессов регенерации, повышения иммунитета, улучшения микроциркуляции крови в тканях, активизации лимфооттока и кровообращения, восстановлении нервной системы.

Использование психологических методов реабилитации проводилось в восстановительном обучении больных в форме когнитивного тренинга, а также психологическая коррекция, направленная на изменение дезадаптивных установок, повышения мотивации к лечению (приверженности), самооценки своего состояния.

Результаты. Исходя из результатов проведенного анализа следует, что в структуре обращений за медицинской реабилитацией преобладают

пациенты с ИБС (49%), в том числе с перенесенным инфарктом миокарда (42%). На втором месте пациенты с гипертонической болезнью (34%). На третьем месте – пациенты с диагнозом «приобретённые и врождённые пороки сердца» (17%). По итогам реабилитационных мероприятий в амбулаторных условиях 2023 г. из общего числа пациентов у 183 пациента (91%) отмечалось улучшение состояния в виде увеличения толерантности к физической нагрузке, улучшения качества жизни. У 18 пациентов (9%) – динамика отсутствовала, ухудшения состояния не было зарегистрировано. Отсутствие динамики связано с высоким индексом коморбидности пациента.

Выводы: Таким образом, своевременное комплексное проведение медицинской реабилитации в амбулаторных условиях пациентам с сердечно-сосудистой патологией способствует профилактике осложнений заболеваний, предупреждению рецидива болезни, а также улучшению качества жизни и сохранению работоспособности пациента.

Кузнецова Т.С., Крикова М.А., Трошина И.Ю., Авдеев А.Д.

Клинические проявления IGA-нефропатии и результаты проводимой терапии

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»

Актуальность. IgA-нефропатия является наиболее распространенной формой первичного поражения клубочков почек. В 15% случаев она приводит к развитию терминальной почечной недостаточности в течение 15 лет. Задача нефрологов состоит в том, чтобы замедлить темпы прогрессирования хронической болезни почек, тем самым сохранив качество жизни пациента.

Цели – определить частоту встречаемости IgA-нефропатии в общей массе гломерулопатий у пациентов нефрологического отделения ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница», уточнить течение заболевания и провести оценку проведенной терапии.

Методы исследования. В условиях наблюдения за пациентами, госпитализированными в нефрологическое отделение Ульяновской областной

клинической больницы в 2014–2023 гг. было выполнено 188 диагностических нефробиопсий у пациентов с протеинурией, а также нефротическим синдромом. На стационарном обследовании и лечении диагноз IgA-нефропатии подтверждался клиническими, функциональными данными, а также результатами морфологических исследований биоптата почечной ткани. Всем больным была проведена световая микроскопия, иммуногистохимическое или иммунофлюоресцентное исследование биоптата, в отдельных случаях – электронная микроскопия. Исследования были проведены 61 пациенту с IgA-нефропатией, получавшему стационарное обследование и лечение в нефрологическом отделении ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница» в 2012–2023 гг., что составило 2,8% от всех госпитализированных за данный период. Среди них 39 (63,9%) мужчин, 22 (36,1%) женщины. Средний возраст больных составил 38,5 лет. После анализа всей имеющейся информации о каждом пациенте (амбулаторные карты, истории болезни) была проведена оценка дебюта IgA-нефропатии. Оценивался мочевого синдром (протеинурия, лейкоцитурия, эритроцитурия) с момента его верификации до проведения диагностической нефробиопсии в сопоставлении с клиническими изменениями в состоянии пациентов.

Результаты. Анализ проведенного исследования показал, что IgA-нефропатия в дебюте была представлена: 1) изолированным мочевым синдромом, который был выявлен при плановом медицинском осмотре у 14 (22,9%) мужчин, 8 (13,1%) женщин и после перенесенной ОРВИ – у 5 (8,1%) мужчин, у 7 (11,4%) женщин; 2) макрогематурией у 8 (13,1%) мужчин, 3 (4,9%) женщин; 3) развитием нефротического синдрома у 10 (16,3%) мужчин, 3 (4,9%) женщин; 4) нефросклерозом: у 3 (4,9%) мужчины, 1 (1,6%) женщины.

Таким образом, наиболее часто IgA-нефропатия дебютировала с изолированного мочевого синдрома. Период от момента появления изменений в общем анализе мочи до проведения диагностической нефробиопсии у мужчин в среднем составил 6,4 года, а у женщин – 3,8 года. Это можно связать с неспецифичностью клинических проявлений, так как в большинстве случаев пациенты предъявляли жалобы неспецифического характера: на головные боли – в 23 (37,7%) случаях, общую слабость – в 39 (63,9%)

случаев, боли в поясничной области – 27 (44,2%) случаях, у 11 (18,0%) пациентов отмечалась макрогематурия.

Следует отметить, что у 11 мужчин и 2 женщин с изолированным мочевым синдромом и макрогематурией в дебюте с течением времени развился нефротический синдром, потребовавший проведения иммуносупрессивной терапии наряду с проводившейся нефропротективной терапией.

Оценка эффективности комплексного лечения проводилась как на стадии стационарного лечения во время госпитализаций, так и на амбулаторно-поликлиническом этапе.

Результаты проведенного лечения показали, что из 27 пациентов, получавших иммуносупрессивную терапию, клинико-лабораторная ремиссия была достигнута у 21 (77,7%) больных; у 4 из них отмечены рецидивы нефротического синдрома, что потребовало смены схемы иммуносупрессивной терапии, что в итоге способствовало развитию полной клинико-лабораторной ремиссии; у 6 больных проводимая терапия не привела к развитию ремиссии, что в итоге привело к формированию терминальной стадии хронической болезни почек.

Заключение. 1. Изолированный мочевой синдром при IgA-нефропатии представляет собой наиболее распространенную форму проявления IgA-нефропатии и чаще встречается у лиц мужского пола. 2. Изолированный мочевой синдром при IgA-нефропатии может привести к формированию нефротического в 38,2% случаев, что потребует проведения иммуносупрессивной терапии.

Раздел 4. Геронтология и гериатрия

Еремеева О.Н., Кукушкина Н.Н., Шумилова М.С.

Особенности липидного профиля у пациентов со старческой астенией

ГУЗ «Ульяновский областной клинический госпиталь ветеранов войн»

Актуальность. Проблема атеросклеротического поражения актуальна для пациентов старшей возрастной группы. Известно, что причиной атеросклероза является дислипидемия. В настоящее время остается дискуссионным вопрос о тактике проведения гиполипидемической терапии у лиц пожилого возраста. Старческая астения является одним из отягощающих факторов сердечно-сосудистых заболеваний, внося свой вклад в особенности лечения дислипидемии у пациентов пожилого возраста.

Цель настоящего исследования – оценка липидного профиля у лиц пожилого возраста с различной степенью выраженности старческой астении (СА).

Материалы и методы. В исследование включено 58 человек, средний возраст $81 \pm 6,5$ лет; мужчин 22, женщин 36. Всем пациентам проведена оценка тяжести выраженности старческой астении по критериям комплексной гериатрической оценки (КГО). По результатам КГО пациенты разделились на две группы: первую ($n=18$) составили пациенты со среднетяжелой СА, вторую ($n=40$) – с легкой степенью СА. Всем пациентам проведена оценка липидного профиля с определением общего холестерина сыворотки (ОХС), ЛПВП, ЛПНП, триглицеридов и индекса атерогенности.

Результат. В ходе оценки липидного профиля в сравниваемых группах было установлено, что в группе со среднетяжелым течением СА отмечались статистически значимо более низкие значения ОХС ($3,8 \pm 1,1$ и $4,9 \pm 1,3$ ммоль/л; $p=0,042$), ЛПВП ($1,2 \pm 0,5$ и $1,7 \pm 0,6$ ммоль/л; $p=0,040$), а также триглицеридов ($1,12 \pm 0,4$ и $1,8 \pm 0,3$ ммоль/л; $p=0,038$) в сравнении с лицами, у которых наблюдалась легкая степень СА. При этом достоверных различий в показателях ЛПНП найдено не было. Проводя корреля-

ционный анализ между показателями липидного профиля и индексами СА, установлены достоверные взаимосвязи. Так, ОХС имел достоверную отрицательную корреляцию с показателями шкалы *Возраст не помеха* ($r=-0,36$; $p=0,032$), индексом Бартело ($r=0,29$; $p=0,044$). Аналогичной направленностей корреляционных взаимосвязей наблюдались при корреляционном анализе триглицеридов ($r = -0,42$; $p = 0,028$) и коэффициента атерогенности ($r = -0,44$; $p = 0,022$).

Выводы. Таким образом, в ходе исследования выявлена тесная связь выраженности синдрома СА с изменениями липидного обмена, что свидетельствует о необходимости дифференциального подхода к липидоснижающей терапии у лиц с тяжелой степенью СА.

Олейникова А.В.

Эффективность применения курса галотерапии в комплексной реабилитации пациентов с коронарной болезнью сердца

ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»;
ГУЗ «Ульяновский областной клинический госпиталь ветеранов войны»

Актуальность. В реабилитации пациентов в ранние сроки после перенесенного инфаркта миокарда и последующей реваскуляризации неоправданно редко применяются физические факторы. Потребность в применении безопасных средств коррекции кардио-респираторных расстройств наиболее актуальна при хирургическом лечении ишемической болезни сердца, в частности, после операции аорто-коронарного шунтирования.

Цель работы – оценить эффективность и безопасность использования галотерапии у пациентов с различными формами коронарной болезни сердца с проведением постоянного клинического и инструментального контроля за состоянием пациента в процессе выполнения процедуры.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 704 пациента с болезнями системы кровообращения. Из них 551 пациент (78,27%) перенес кардиохирургическое вмешательство: КШ – 25 человек (4,54%), ЧКВ –

519 человек (94,19%), протезирование клапанов – 6 (1,09%), имплантацию ЭКС – 1 (0,18%), в том числе в ранние сроки после операции КШ (2-3 недели) 22 пациента, остальные поступили через 1-1,5 месяца после КШ. Галотерапия была проведена 418 пациентам – 59,38%. Критерии исключения для проведения галотерапии: ЗНО, малоподвижность пациента, ограничивающая регулярное посещение галокамеры, отказ пациента от данной процедуры.

Результаты исследования. Включение в реабилитационный комплекс галотерапии приводит к умеренному снижению и стабилизации артериального давления (в среднем на 10-15 мм рт. ст.) у 87% пациентов (в группе сравнения – у 83%), к урежению эпизодов стенокардии – у 78% пациентов контрольной группы и у 57% – в группе сравнения, нарушений сердечного ритма у 62% и 58% соответственно, а также уменьшению ишемических проявлений на ЭКГ – у 47% (в группе сравнения – у 39%). У 98% больных после курса реабилитации возросла толерантность к физической нагрузке по данным нагрузочных тестов: увеличилась проходимая дистанция при проведении теста шестиминутной ходьбы на 50-150 м у 94% пациентов, стали выше показатели при проведении проб Штанге, Генча и оценки одышки по шкале mMRC – у 92%. У 28% пациентов увеличилась ФВ ЛЖ по данным Эхо-КС, у 97% улучшилось психологическое состояние, в отличие от группы сравнения, в которой наблюдалась менее выраженная положительная динамика.

Наибольший интерес представляло влияние галотерапии у пациентов после операции коронарного шунтирования. Следует отметить, что у всех наблюдались респираторные расстройства различной степени выраженности: в 65% случаев (у 16 из 25) были выявлены послеоперационные плевриты в рамках постторакалотомического синдрома, у 10% пациентов были диагностированы участки дистелектазов лёгких. У всех пациентов данной группы (100%) отмечалась положительная динамика: купированы явления гидроторакса, нормализовался уровень маркеров воспаления, не было обнаружено ателектазов в легких на повторной КТ ОГК. Одним из возможных положительных эффектов в комплексном подходе к реабилитации данных пациентов является галотерапия, оказавшая влияние на функциональное восстановление этого достаточно тяжёлого контингента больных.

Проведенное исследование показало высокую эффективность и безопасность применения галотерапии у пациентов с коронарной болезнью сердца.

Выводы. Обоснована целесообразность включения галотерапии в комплекс лечебно-восстановительных мероприятий у пациентов с коронарной болезнью сердца на 2-м этапе реабилитации.

Вылегжанина О.Н., Колчин Д.В., Каримова Э.А., Вериялова И.Ю.

Арт-терапия как способ немедикаментозной коррекции психоэмоционального состояния лиц с ОНМК на этапе медицинской реабилитации

ГУЗ «Ульяновский областной клинический госпиталь ветеранов войн»

Актуальность. В связи с возросшей тенденцией к увеличению частоты «сосудистых катастроф» и числа негативных последствий сосудистых заболеваний головного мозга, в виде снижения качества жизни пациента и общества в целом, интерес к данной проблематике представляет вопрос реабилитации пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК). Значительное влияние на лечение и комплекс реабилитационных мероприятий в раннем восстановительном периоде у лиц после инсульта имеют психоэмоциональные нарушения. В подавляющем большинстве случаев у лиц, перенесших ОНМК, в клинической картине имеют место не столько двигательные, сколько когнитивные и тревожно-депрессивные расстройства, влияющие на реабилитационные мероприятия и на социально-бытовую адаптацию пациента в целом. Среди огромного числа психотерапевтических методик, используемых в реабилитации пациентов с ОНМК, арт-терапия является наиболее распространенной и удобной техникой, позволяющей одновременно достичь восстановления моторики пальцев рук, чувствительности, увидеть свой внутренний мир, мечты и ресурсы, необходимые для дальнейшей реабилитации. К преимуществам арт-терапии в коррекции психоэмоционального состояния пациентов с ОНМК

можно отнести роль проводника симптомов и переживаний, независящего от пола, возраста и внутренней картины болезни.

Цель – оценить эффективность арт-терапии в комплексе реабилитационных мероприятий как способа коррекции психоэмоционального состояния лиц с ОНМК.

Методы. В исследование включено 110 пациентов, перенесших ОНМК, находящиеся на стационарном этапе медицинской реабилитации в ГУЗ «Ульяновский областной клинический госпиталь ветеранов войн». Все пациенты были рандомизированы на 2 группы, схожие по полу и возрасту. В контрольной группе (1 группе) психотерапевтическая коррекция проводилась путем гуманистической психотерапии, включающей эмоциональную поддержку, визуализацию, работу с освоением приемов релаксации, направленных на коррекцию эмоционального состояния. В группе сравнения (2 группа) использовался метод арт-терапии. Каждая из групп состояла из 55 человек (30 мужчин и 25 женщин), средний возраст пациентов, включенных в исследование, составил: в первой группе $53 \pm 3,87$ лет, во второй группе $56 \pm 4,62$ года. Для оценки тяжести психоэмоциональных нарушений была использована Госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS.

Степень выраженности	В момент госпитализации				Перед выпиской из стационара			
	Тревога		Депрессия		Тревога		Депрессия	
	1 группа 55 чел	2 группа 55 чел	1 группа	2 группа	1 группа	2 группа	1 группа	2 группа
Норма	19 34,5%	18 32,7%	27 49,1%	28 50,9%	30 54,5%	34 61,8%	38 69,1%	42 76,3%
Субклиническая	25 45,5%	27 49,1%	15 27,3%	16 29,1%	19 34,5%	16 29,1%	12 21,8%	10 18,1%
Клиническая	11 20%	10 18,1%	13 23,6%	11 20%	6 11%	5 9,1%	5 9,1%	3 5,6%

Результаты. При оценке выраженности тревожно-депрессивных расстройств у лиц, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения, несмотря на однородные показатели до начала реабилитационных меро-

приятый, в обеих группах у пациентов 2 группы с проводимой арт-терапией наблюдались более высокие показатели как полного отсутствия депрессии 76,3% против 69,1%, так и снижения преобладания клинически выраженной депрессии у пациентов 2 группы по сравнению с 1 группой – 9,1% против 5,6%. Таким образом, лечебно-реабилитационный эффект арт-терапии способствует снижению депрессивных, тревожных и ипохондрических проявлений заболевания.

Вывод. Арт-терапия является одним из наиболее оптимальных методов психологической коррекции, направленного на улучшение психоэмоционального состояния пациентов с ОНМК.

*Пономарева Н.Н., Сайфутдинова Ф.А., Бондаренко П.И.,
Сайфутдинов К.А.*

Анализ микробиологической структуры, антибиотикорезистентности, чувствительности к дезинфектантам возбудителей катетер-ассоциированных инфекций у пациентов урологического профиля

ГУЗ «Ульяновский областной клинический госпиталь ветеранов войн»

Актуальность проблемы. В Российской Федерации инфекции мочевых путей относятся к числу наиболее распространенных инфекционных заболеваний, составляя 60–70% от всех заболеваний мочевыводящих путей, и находятся в ряду ведущих причин снижения качества жизни и инвалидизации.

Цель исследования – оценить проявления и факторы риска эпидемиологического процесса катетер-ассоциированных инфекций мочевых путей у пациентов урологического профиля ГУЗ «Ульяновский областной клинический госпиталь ветеранов войн».

Материалы и методы исследования. Проанализировано 94 медицинские карты стационарных больных по профилю «урология», проходивших лечение в ГУЗ «Ульяновский областной клинический госпиталь ветеранов

войн» с декабря 2023 года по февраль 2024 года. Для катетеризации применялись одноразовые двухходовые латексные катетеры Фолея производства КНР. Материалы исследования были подвергнуты статистической обработке. Идентификация микроорганизмов проводилась с учетом их тинкториальных, биохимических и культуральных свойств. В качестве материала для исследования использована средняя порция мочи, взятая в стерильный контейнер с крышкой после туалета наружных половых органов. При бактериологическом исследовании определялась степень бактериурии (КОЕ / мл) методом секторных посевов мочи на Колумбийский кровяной агар. Определение антибиотикорезистентности к антимикробным препаратам проводилось на основании клинических рекомендаций «Определение чувствительности к антимикробным препаратам». Для оценки антибиотикорезистентности применялся диско-диффузионный метод.

Результаты. В выборке из 94 пациентов катетеризация мочевого пузыря имела место у 71 пациента. Также оценивалось влияние продолжительности катетеризации на вероятность развития инфекций мочевых путей. Среди пациентов, подвергшихся катетеризации мочевого пузыря, 99 % мужчин и 1% женщин. Среди пациентов, подвергшихся катетеризации, 73% составили пациенты в возрасте от 68 до 78 лет. Были выявлены 33 пациента (46%) с микробиологически подтвержденной инфекцией мочевых путей, что доказывает необходимость микробиологического анализа мочи всем пациентам, которым выполняется катетеризация мочевого пузыря. На первом месте по частоте высеваемости представители семейства Enterobacteriaceae рода *Escherichia* (97%), на втором – представители рода *Pseudomonas* (3%). При оценке антибиотикорезистентности наибольшая чувствительность семейства Enterobacteriaceae, родов *Escherichia* и *Pseudomonas* выявлена у имипенема – 100%, на втором месте у амикацина – 63%, на третьем месте – у левофлоксацина и ципрофлоксацина – 47%, наименьшая чувствительность выявлена у амоксициллина – 2%. Анализ дезинфектантоустойчивости высеянных микроорганизмов проводился к «Люир Гипохлору», «Белодезу», «Конти-Хлору», «Телесфор форте». Исследования проводились в соответствии с МУ 3.5.13439-17. Проведено 11 исследований. Анализ дезинфектантоустойчивости выделенных возбудителей показал, что они проявили высокую чувствительность к действующим

щим веществам дезинфицирующих средств, а именно: к гипохлориту натрия, активному хлору, Na-соли ДХИЦК.

Выводы: 1. Возникновение ИМП зачастую имеет связь с процедурой катетеризации мочевого пузыря. 2. У пациентов пожилого и старческого возраста основным возбудителем инфекций мочевых путей является *E. Coli*. 3. Микробиологический анализ мочи необходим всем пациентам, которым проводится процедура катетеризации мочевого пузыря. 4. При анализе антибиотикорезистентности выявлена наибольшая чувствительность семейства *Enterobacteriaceae* родов *Enterobacter* и *Pseudomonas*: у имипинема – 100%, на втором месте амикацин – 63%, на третьем месте у левофлоксацин и ципрофлоксацин – 47%, наименьшая чувствительность выявлена у амоксициллина – 2%. Штаммы семейства *Enterobacteriaceae* и рода *Pseudomonas* показали свою высокую резистентность в отношении цефалоспоринов II и III поколения. 5. Для эффективного назначения антимикробных препаратов необходим постоянный региональный мониторинг структуры уропатогенов и их антибиотикорезистентности. 6. Анализ дезинфектантоустойчивости выделенных возбудителей показал, что они проявили высокую чувствительность к применяемым дезинфектантам.

Вериялова И.Ю., Поповнина О.Ю., Макарова Е.И.

Комплексная коррекция речевых нарушений в раннем постинсультном периоде

ГУЗ «Ульяновский областной клинический госпиталь ветеранов войн»

Актуальность. Острое нарушение кровообращения (ОНМК) сегодня является одной из наиболее актуальных медицинских и социально-экономических проблем.

Нарушения речи занимают второе место по значимости и распространенности в структуре дефектов после двигательных нарушений. Речевой дефект ведет к социальной дезадаптации пациентов, значительно снижает их коммуникативные возможности, повседневную жизненную активность, способствует изоляции. Поэтому своевременная диагностика и кор-

рекция различных видов нарушения речи у пациентов после инсульта является важной составляющей успешной реабилитационной программы.

Цель исследования – изучение комплексного подхода реабилитации больных с постинсультными речевыми нарушениями в ранние сроки.

Методы исследования. Система восстановления речевых нарушений, как правило, включает в себя медикаментозную терапию, массаж, занятия по восстановлению речи, чтения и письма, которые проводят логопеды-афазиологи или нейропсихологи.

На базе отделения медицинской реабилитации пациентов с нарушением функции центральной нервной системы Ульяновского областного клинического госпиталя ветеранов войн в течение 2023 года наблюдались 284 первичных пациента с острыми нарушениями мозгового кровообращения и их последствиями, сопровождающимися речевыми расстройствами – афазией, дизартрией.

В неврологическом статусе данного контингента больных выявлялась очаговая симптоматика в виде расстройства черепной иннервации, разной степени выраженности парезов конечностей, нарушения поверхностных видов чувствительности, атактический синдром.

Речевая реабилитация проводилась на фоне медикаментозной терапии, оказывающей активирующее влияние на интегративные функции мозга (сосудистые, ноотропные, нейрометаболические, антиоксидантные средства), ЛФК, физиотерапия, массаж. Для пациентов проводилась психокоррекция и занятия с логопедом. Выбор метода коррекционно-восстановительного обучения зависел от характера, степени нарушения речи и периода восстановления речевой функции. Для изучения оценки речевых нарушений использовалась методика Л.С. Цветковой.

Задачи определялись индивидуальной программой реабилитации.

В остром периоде инсульта в связи с повышенной истощаемостью больного занятия продолжались 15-20 минут один-два раза в день. Некоторым больным были рекомендованы групповые занятия по 3-5 человек для восстановления коммуникативной стороны речи.

В работе использовались руководства по восстановлению речи М.К. Бурлаковой (1997), М.К. Шохор-Троцкой (2001).

Результаты исследования. Прогноз восстановления речевых функций варьировал в зависимости от локализации и обширности очага поражения,

характера течения основного заболевания, от формы афазии, степени выраженности речевого дефекта, возраста и особенностей личности пациента. Наиболее эффективное восстановление наблюдалось у больных молодого возраста с умеренной степенью выраженности нарушения речи, занятия с которыми были начаты в острый и ранний восстановительный период. Значительное улучшение речевых функций (возможность свободного устного и письменного изложения мысли) отмечено у 30 пациентов; общее улучшение (восстановление обиходной ситуативной, диалогической речи, чтения вслух и письма под диктовку) – у 114 заболевших; частичное улучшение (всех или одной из сторон речевой деятельности) – у 84 больных.

Выводы. Лечебно-реабилитационные мероприятия должны проводиться мультидисциплинарно и включать в себя медикаментозную поддержку, лечебную гимнастику, массаж, логопедические занятия, нейропсихологическую коррекцию, консультации психиатра, психотерапевтическую помощь.

Лекарственная терапия в данном случае является базовым обеспечением, восполняющим нейротрансмиттерную дефицитарность и осуществляющим неспецифическую стимуляцию всех высших когнитивных функций.

Драпова Д.П.^{1,2}, Слободнюк Н.А.^{1,2}, Федулова М.Е.^{1,2}, Рузов В.И.¹

Применение немедикаментозных технологий в лечении венозной недостаточности у пациентов с сахарным диабетом

¹ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»;

² ГУЗ «Ульяновский областной клинический госпиталь ветеранов войн»

Сахарный диабет (СД) – одна из острых проблем мирового здравоохранения. Высокая социальная значимость заболевания заключается в высокой частоте встречаемости макро- и микрососудистых осложнений, приводящих к инвалидизации лиц трудоспособного возраста.

Хроническая венозная недостаточность (ХВН) по частоте встречаемости не уступает сахарному диабету. Пациенты с сахарным диабетом подвержены более быстрому прогрессированию хронической венозной не-

достаточности, так как факторы риска для этих патологий общие: избыточный вес и ожирение, артериальная гипертензия, эндотелиальная дисфункция, нарушение микроциркуляции. В настоящее время в лечении данных заболеваний используют немедикаментозные технологии - переменная низкочастотная электростатическая терапия (ПНЭСТ). Механизм биологического действия данного метода заключается в возникновении возвратно-поступательных колебаний всей толщи подлежащих тканей, что позволяет уменьшить отечность, улучшить лимфатический и венозный отток, способствует усилению локальной гемодинамики, микроциркуляции и репаративно-регенеративных процессов, восстановлению эластичности тканей, вызывает противовоспалительный и антифибротические эффекты.

Цель работы: изучить эффективность применения переменной низкочастотной электростатической терапии в лечении пациентов с сахарным диабетом при наличии у них хронической венозной недостаточности.

Методы исследования. Для ПНЭСТ был использован аппарат «Элгос» (Россия, Нижний Новгород). Лечение проводилась в лабильном режиме, в попеременном воздействии разными частотами по собственно разработанной методике. Ежедневно, 5 дней в неделю, проводился 1 сеанс длительностью 15 минут на каждую нижнюю конечность, курс лечения составлял 10 процедур в течение 2-х недель. Под наблюдением находилось 12 пациентов на стандартной терапии в возрасте от 60 до 75 лет, средний возраст - 68 ± 5 лет, среди них 5 (41,7%) женщин и 7 (58,3%) мужчин. У одного пациента (8,3%) сахарного диабета выявился впервые, у 11 (91,7%) – длительность заболевания составляла от 10 до 16 лет. Все пациенты были разделены на 2 группы: первую контрольную составили 6 человек, получающих стандартную медикаментозную терапию по поводу сахарного диабета и хронической венозной недостаточности. Вторая группа состояла из 6 пациентов, которым к стандартной терапии дополнительно проводилась ПНЭСТ. Состояние пациентов оценивалось по жалобам, ЧСС, АД, наличию трофических нарушений кожи, УЗДГ, уровню НВА1с и холестерина. Все пациенты хорошо перенесли терапию, побочных эффектов отмечено не было.

Результаты. На фоне 2-х недельной терапии у пациентов 1-ой группы отмечалось уменьшение количества жалоб на тяжесть в ногах у 8,3%, отеки - у 8,3%, улучшилась проходимость венозных сосудов нижних конечностей у 13,4%. Уровни ЧСС, АД, НВА1с, холестерина находились в границах нор-

мальных величин. Два пациента (16,6%) не отметили субъективного улучшения состояния, им было рекомендовано добавить к лечению 2-недельный курс ПНЭСТ. Во 2-ой группе после 2-х недель терапии количество жалоб на тяжесть в ногах уменьшилось на 25%, отеки – на 41,7%, что достоверно превышало показатели первой контрольной группы. У половины пациентов (50%) отмечалось улучшение проходимости венозных сосудов нижних конечностей, что на 25% больше, чем в группе сравнения. Уровни ЧСС, АД, НвА1с, холестерина находились в границах нормальных величин.

Выводы. Для достижения положительных результатов лечения в виде уменьшения количества жалоб и улучшения проходимости венозных сосудов нижних конечностей у пациентов с сахарным диабетом в сочетании с хронической венозной недостаточностью в пожилом возрасте рекомендуется использовать комбинированный метод, то есть сочетание ПНЭСТ со стандартным медикаментозным лечением. Метод ПНЭСТ можно применять в стационарах, поликлинических и санаторно-курортных условиях в комплексе с другими лечебными факторами и медикаментозной терапией при лёгкой или средней степени тяжести ХВН у больных с сахарным диабетом, с целью коррекции трофических процессов и кровообращения в тканях.

Курганова Ю.Н.^{1, 2, 3}, Сидорова Ю.Ю.^{1, 2}

Поздние потенциалы желудочков у мужчин с артериальной гипертонией с сопутствующим псориазом

¹ ГУЗ «Центральная клиническая медико-санитарная часть имени заслуженного врача России В.А. Егорова»;

² ГУЗ «Ульяновский областной клинический центр оказания помощи лицам, пострадавшим от радиационного воздействия, и профессиональной патологии имени Героя Российской Федерации Максимчука В.М.»;

³ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»

Цель исследования – оценить поздние потенциалы желудочков у пациентов мужского пола, страдающих артериальной гипертензией с сопутствующим вульгарным псориазом.

Материалы и методы. Проводилось исследование 110 пациентов мужского пола, находившихся на амбулаторном лечении по поводу артериальной гипертензии 2 стадии, средний возраст составил $52,4 \pm 6,9$ года. Пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа (группа сравнения) включала 50 пациентов с артериальной гипертензией (АГ), 2 группа (основная группа) – 60 пациентов с АГ в сочетании с вульгарным псориазом. Обе группы сопоставимы по возрасту, длительности АГ, индексу массы тела ($p \geq 0,05$). Всем пациентам проведена сигнал-усредненная ЭКГ (СУ-ЭКГ) с анализом поздних потенциалов желудочков (ППЖ) на аппарате «Поли-Спектр» 8/EX» («Нейрософт», Россия). Выявление ППЖ проводилось на основании вычисления трех показателей: продолжительности фильтрованного комплекса QRS (Точка QRS) и низкоамплитудных (менее 40 мкВ) сигналов конечной части QRS (Under 40uV), мс; среднеквадратичной амплитуды последних 40 мс комплекса QRS (Last 40ms), мкВ. Критериями наличия ППЖ считали Total QRS > 110 мс; Under 40uV > 38 мс; Last 40ms < 20 мкВ. Наличие двух и более из перечисленных критериев верифицировалось как ППЖ. Статистическая обработка проводилась с использованием программы Statistica 10. При описании данных при нормальном распределении использовали среднее (M), стандартное отклонение (SD). Для сравнения качественных показателей применяли критерий χ^2 . Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. При оценке частоты выявления потенциалов замедленной фрагментированной активации желудочков у пациентов с АГ и пациентов с АГ на фоне вульгарного псориаза выявлено статистически значимое различие в частоте встречаемости ППЖ у пациентов с сочетанием АГ и псориаза. Поздние потенциалы желудочков у пациентов с АГ были выявлены у 8 пациентов (16%), у пациентов с АГ и псориазом – у 20 пациентов (33%) ($\chi^2 = 4,32$; $p = 0,048$ (по точному критерию Фишера)).

Заключение. Полученные результаты показывают, что наличие сопутствующего вульгарного псориаза у мужчин с артериальной гипертензией оказывает негативное влияние на показатели электрического ремоделирования сердца, в виде более частой регистрации поздних потенциалов желудочков.

Раздел 5. Дерматовенерология

Магомедов М.А.

Вехи истории кожно-венерологической службы. Посвящается 100-летию юбилею кожно-венерологической службы Симбирского края

ГУЗ «Областной клинический кожно-венерологический диспансер»

24 июля 1924 года

Является началом истории Ульяновского областного кожно-венерологического диспансера по приказу Ульяновского губернского отдела здравоохранения № 110, на основании которого был организован Ульяновский губернский венерологический диспансер Губздравотдела. Но это лишь официальная дата! Конечно, борьба с коварным недугом началась гораздо раньше 1924 года.

1803 год

В отчетах губернской больницы находим первое упоминание о лечении «любострастных болезней» сладкой ртутью и сулемой на симбирских землях.

1807 год

Отделение получает название сифилитического и помещается на нижнем этаже первого корпуса Симбирской больницы. Его штат состоит из врача, фельдшера и санитарки. Наиболее подробные сведения сохранились все же с последнего двадцатилетия 19 века, когда отделение возглавлял доктор С.Н. Яковлев. Кроме текущей работы в отделении, он совместно с фельдшером ввел амбулаторный прием кожно-венерологических больных. С.Н. Яковлев впервые разработал карточный материал в системе диспансеризации. Благодаря этим материалам сифилис в Симбирской губернии регистрировался в три раза чаще, чем во всей европейской части России, что говорит о более высокой выявляемости. Также доктором С.Н. Яковлевым была разработана и введена в действие специальная система, суть которой заключается в следующем: все возвращающиеся с от-

ходных промыслов и военной службы не допускались к семейному очагу, пока не проходили телесный осмотр при смотровых пунктах или при управах на последних этапах своего пути домой. Была введена система профилактических осмотров официанток гостиниц, чайных, других пищевых точек. Доктор Яковлев добился, чтобы управы давали ссуды семьям больных сифилисом для найма рабочих для выполнения домашних работ, особенно в страдную пору на время их пребывания в стационаре. В одном из своих отчетов доктор Яковлев писал, что необходимо отделить женщин легкого поведения из женского отделения, ибо они пагубным образом влияют на девочек 12-15 лет в моральном отношении.

Чтобы увидеть полную картину интенсивной борьбы со столь распространенным недугом в губернии, обратимся к материалам 38-й межрегиональной научно-практической конференции врачей. В сборнике, изданном ульяновским Домом печати, была опубликована статья С.К. Калякиной и И.А. Чуканова «Из истории сифилитических отделений в Симбирской (ныне Ульяновской) губернии (земский период)». Прочитав ее значительную часть: «С первых шагов своей деятельности Губернскому Земству пришлось заняться решением целого ряда вопросов, связанных с распространением сифилиса в губернии. Сифилитики составляли немалую часть всех больных губернской больницы. Это были в основном жители Симбирского уезда. Еще до перехода больницы в руки земства они лечились бесплатно из средств Приказа Общественного Призрения. С учреждением Земства лечение сифилитиков было признано общегубернской задачей и стало оплачиваться из общегубернских средств. Заразные больные размещались в общих палатах. Специализированных отделений не было.

13 декабря 1884 года

Симбирское Земское Собрание постановило лечить стационарно в губернских и уездных больницах только больных заразными формами сифилиса, а лечение больных другими формами этой болезни проводить амбулаторно за счет средств уездов.

1 апреля 1886 года

Было введено амбулаторное лечение больных незаразными формами сифилиса. Большая обращаемость больных к врачам, своевременная их изоляция в особые сифилитические отделения способствовали ежегодному уменьшению количества заболеваний. Сифилис был признан общегосу-

дарственным бедствием, борьба с которым должны быть объявлена «повсеместно» и вестись по единому «общему плану» не только Земства, но и Правительства.

Январь 1893 года

Состоялся Всероссийский съезд врачей, целью которого была выработка мер борьбы с сифилисом. На ней встретились представители университетской науки и земские врачи-практики. Съезд положил конец всяким толкованиям о преимуществах амбулаторного лечения сифилиса в крестьянской среде, установив, что «кочное» лечение заразных его форм будет более эффективно.

1897 год

Четвертый съезд земских врачей Симбирской губернии и губернский Санитарный Совет пришли к такому же заключению и высказали мнение о «желательности устройства при каждом врачебном участке сифилитического отделения». Заразные формы сифилиса были распространены в Сенгилеевском уезде. Поэтому Санитарный Совет признал первоочередной задачей устройство сифилитических отделений в Кузоватовском, Тереньгульском и Поповском участках Сенгилеевского уезда. Таким образом, к концу 19 века Губернское Земство уже не просто ассигнует средства уездам на борьбу с сифилисом, а содействует умножению количества соответствующих отделений при участковых больницах.

1889 год

По результатам обследования Губернского Земства оказалось, что за 7 месяцев зарегистрировано 6425 больных сифилисом, причем на 100 больных приходится 25 детей (сведения из доклада В.А. Коннова и Н.В. Шмаковой «Становление дерматовенерологической службы области» 1987 г.)

1904 год

Губернское Земство постановило ежегодно открывать в губернии уже по два сифилитических отделения, установив очередь для уездов. Количество этих отделений начинает быстро увеличиваться.

До 1928 года

Вендиспансер подчинялся Ульяновскому губернскому отделу здравоохранения Наркомата Здравоохранения РСФСР. В связи с упразднением Ульяновской губернии и созданием Ульяновского округа, с 1928 года по июль 1930 года вендиспансер подчинялся окружному отделу здравоохранения.

С июля 1930 по январь 1943 года

Находился в ведении Ульяновского Городского отдела здравоохранения.

19 января 1943 года

По Указу Президиума Верховного Совета СССР была образована Ульяновская область. С этого времени вендиспансер находился в ведении Ульяновского областного отдела здравоохранения Наркомата здравоохранения РСФСР.

Весна 1951 года

В справке, подготовленной депутатами Ленинского райсовета, значилось, в частности, следующее: «Облвендиспансер представляет собой лечебно-профилактическое учреждение, состоящее из диспансера и стационара (на 40 коек), находящихся на территории областной больницы». Основной задачей облвендиспансера является борьба за ликвидацию свежих форм сифилиса, снижение числа заболеваний острой гонореей, ликвидацией грибковых заболеваний. Одним из разделов профилактических работ стала борьба с гнойничковыми заболеваниями на промышленных предприятиях города. За каждым врачом закреплялся завод, где оказывалась практическая помощь врачам медпунктов.

С 1946 по 1955 гг.

Находился в ведении Министерства здравоохранения РСФСР и именовался Ульяновский областной венерологической диспансер.

С марта 1955 года

Называется «Ульяновский областной кожно-венерологический диспансер Ульяновского областного отдела здравоохранения».

1995 год

Ульяновский областной кожно-венерологический диспансер получил клинический статус.

С 1 января 1997 года

Функционирует стационарное отделение, находящееся по адресу ул. Аблукова, д. 89.

С 2002 года

В стационарном отделении базируется курс кожных и венерических болезней УлГУ, возглавляемый доктором медицинских наук, профессором А.С. Нестеровым.

2004 год

Под руководством главного врача ГУЗ «Областной клинический кожно-венерологический диспансер» М.А. Магомедова был закуплен полуавтоматический иммуноферментный анализатор для диагностики ранних и поздних форм сифилиса. Началась новая эра лабораторной диагностики сифилиса.

2006 год

Открылся кабинет косметологии на базе кожно-венерологического диспансера. В этом же году начали закупать необходимое оборудование для поликлинического отделения. В соответствии с нормами СанПин были проведены ремонтные работы в коридорных помещениях, закуплена необходимая мебель.

2020 год

Был открыт кабинет ультразвуковой диагностики. В этом же году был приобретен автоматический ИФА-анализатор Алисей. С этого момента работа лаборатории была полностью автоматизирована.

Гумаюнова Н.Г., Куликова М.В., Магомедов М.А., Каримов И.Р.

Инфекционные экзантемы в практике врача-дерматовенеролога

ГУЗ «Областной клинический кожно-венерологический диспансер»

Около 30% инфекционных патологий сопровождается появлением высыпаний на коже и слизистых, что является поводом для направления пациента на консультацию к врачу-дерматовенерологу. Чаще всего экзантемы и энантемы сопровождают вирус-ассоциированные инфекционные заболевания и встречаются в детской практике, однако в ряде случаев могут иметь место бактериальные инфекции, опасные своими осложнениями. Поэтому компетентность врача-дерматовенеролога по вопросам диагностики инфекционных экзантем является приоритетным направлением для своевременной постановки диагноза и назначения эффективной терапии данной группы заболеваний.

Наиболее часто среди атипичных экзантем в практике встречаются: инфекционная эритема, вирусная экзантема, инфекционный мононуклеоз, энтеровирусная инфекция. В этих случаях чаще всего пациенты самостоятельно или по направлению педиатра или терапевта обращаются к дерматовенерологу.

Инфекционная эритема (син.: эритема Чамера, пятая болезнь, болезнь горящих щек) – острая детская инфекция, вызываемая парвовирусом В19 с характерными клиническими симптомами: красными отечными бляшками на щеках («нашлепанные» щеки) и кружевной красной сыпью на туловище и конечностях. Внезапная экзантема (син.: розеола детская, шестая болезнь) – острая детская инфекция, вызываемое вирусом герпеса 6-го типа, реже – 7-го типа и сопровождающаяся пятнисто-папулезной экзантемой, возникающей после снижения температуры тела, встречается чаще всего весной и осенью у детей до 3-х лет. Инфекционный мононуклеоз – острое инфекционное заболевание, вызываемое вирусами группы герпесов, наиболее часто ЭБВ, и характеризующееся лихорадочным состоянием, ангиной, увеличением лимфатических узлов, печени и селезенки, лимфоцитозом, появлением атипичных мононуклеаров в периферической крови. Очень характерным проявлением инфекционного мононуклеоза является появление сыпи после назначения антибиотиков пенициллинового ряда. Важным моментом является то, что данная экзантема не является проявлением аллергической реакции на лекарственный препарат: пациенты как до, так и после ЭБВ-инфекции могут хорошо переносить антибактериальные препараты пенициллинового ряда. Эта реакция до конца не изучена и на данный момент рассматривается как взаимодействие вируса и лекарственного препарата. Энтеровирусная инфекция – группа заболеваний, вызываемых вирусами рода энтеровирусов, характеризующихся синдромом интоксикации и полиморфизмом клинических проявлений. Выделяют два основных вида поражения кожи при энтеровирусных инфекциях: энтеровирусная экзантема и болезнь «рука-нога-рот». Заболевание встречается повсеместно, болеют преимущественно дети до 10 лет, однако отмечаются случаи заболеваний и среди взрослых, особенно молодых мужчин. Так же, как и при других энтеровирусных заболеваниях, встречается чаще летом и осенью и чаще всего имеют место на приеме у дерматовенеролога.

Целью нашего исследования явилось выделение наиболее важных критериев диагностики инфекционных экзантем в практике врача-дерматовенеролога, которые могут стать опорными для правильной верификации диагноза. Для проведения исследования мы отобрали 30 пациентов с амбулаторного приема с подозрением на инфекционные экзантемы, обратившихся в консультативно-диагностическое отделение ГУЗ «Областной клинический кожно-венерологический диспансер» г. Ульяновска в 2023 г. Все пациенты были направлены к дерматовенерологу с целью исключения аллергических заболеваний. Следует отметить, что наиболее важным в диагностическом поиске в случаях подозрения на диагноз «инфекционные экзантемы», кроме клинических проявлений, имеет место тщательно собранный анамнез. Обследованы 30 человек, среди них 70% составила группа детей от 2 до 7 лет, 20% – молодые женщины в возрасте 20–27 лет, 10% – мужчины и женщины в возрасте 35–38 лет. Энтеровирусная экзантема с типичными проявлениями «рука-нога-рот» была выявлена у подавляющего большинства обследованных. У 5 молодых женщин имела место инфекционная эритема, при этом все они указали на наличие контактов с детским коллективом. Двое работали учителями начальных классов. 3 ребенка обратились за консультацией с сыпью, возникшей на фоне начала приема амоксициллина. Взрослые пациенты имели признаки энтеровирусной инфекции и указания на заболевания маленьких детей в семье. Всем пациентам с целью облегчения кожных проявлений заболевания были назначены симптоматически дерматопротекторы и антигистаминные препараты.

Таким образом, проведенное клиническое наблюдение подтверждает важность тщательного объективного осмотра и опроса с подробным сбором анамнеза жизни и заболевания пациентов с признаками инфекционных экзантем. Следует особо отметить, что так или иначе прослеживалась сезонность: большее количество пациентов обратились за дерматологической помощью в периоды «март-апрель» и «конец августа-сентябрь». Повышает риск детский возраст или работа в детском коллективе, контакт с детьми внутри семьи. В связи с этим при подозрении на инфекционные экзантемы следует обратить внимание на такие критерии объективного исследования, как: характер высыпаний, предшествовавшие клинические признаки интоксикации и гипертермии, возраст пациентов, связь с детским

коллективом. Все перечисленное позволит точно поставить диагноз и избежать необоснованных назначений в терапии основного заболевания как в практике врачей-дерматовенерологов, так и в практике специалистов терапевтического и педиатрического направлений.

Ермолаева И.Ю.^{1,2}, Разин В.А.², Нестеров А.С.^{1,2}

Проблема полиморбидности при терапии пациентов с онихомикозом в сочетании с хроническим коронарным синдромом

¹ ГУЗ «Областной клинический кожно-венерологический диспансер»;

² ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»

Современная медицина сталкивается с растущей проблемой полиморбидности, когда у пациентов сочетаются различные заболевания внутренних органов, которые оказывают влияние на развитие и проявления основного заболевания. Особенно часто патологии возрастных пациентов сочетаются с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, такими как ишемическая болезнь сердца.

Коморбидная патология ухудшает течение основного заболевания и приводит к изменениям клинической картины, а также может потребовать коррекции лечения или замены препаратов.

Одним из таких заболеваний является онихомикоз, который поражает ногтевые пластины и встречается у пациентов старшей возрастной группы. Однако при лечении антимикотическими препаратами у пациентов наблюдалось повышение уровня печеночных проб. Это связано с тем, что гепатобилиарная система, которая уже подвергается высокой нагрузке при лечении ИБС, также вынуждена обрабатывать антимикотические препараты. Поэтому необходимо учитывать состояние печени при назначении антимикотических препаратов пациентам с хроническим коронарным синдромом.

Согласно клиническим рекомендациям, системные антимикотики применяются для лечения пациентов с обширным или множественным по-

ражением ногтевых пластин. Однако многие антифунгальные препараты метаболизируются через печень с использованием системы цитохрома P450 и CYP3A4, что может вызвать гепатотоксичность. Проблема гепатотоксичности системных антимикотиков известна, но малоизучена у пациентов, которые принимают антиангинальные, антитромботические и гиполипидемические препараты при наличии хронического коронарного синдрома.

Цель работы – изучить функциональные изменения основных показателей гепатобилиарной системы у пациентов с хроническим коронарным синдромом на фоне антимикотической терапии.

Материалы и методы. Для решения поставленных задач было проведено клиническое обследование 69 пациентов до начала и в течение лечения системными противогрибковыми препаратами. Средний возраст пациентов составил 62 года. Большинство пациентов были мужчины (66,1%), средний возраст которых составлял 59 лет. Средний возраст женщин был выше – 67 лет.

Все пациенты были разделены на две группы. Первая группа состояла из пациентов с ИБС: 20 человек среднего возраста (средний календарный возраст – $47,78 \pm 2,88$ лет) и 14 пожилых (средний календарный возраст – $68,34 \pm 4,42$ лет). Во вторую группу вошли практически здоровые люди: 24 человека среднего возраста (средний календарный возраст – $44,78 \pm 2,31$ лет) и 10 пожилых (средний календарный возраст – $66,28 \pm 5,49$ лет). В обеих группах преобладали женщины. Обе группы получали системные противогрибковые препараты, учитывая чувствительность возбудителей. Повторное обследование проводилось через месяц, два и три после начала лечения.

Результаты показали, что у пациентов с онихомикозом уровень трансаминаз был повышен во всех группах: при изолированном онихомикозе – в 1,5 раза, при совместном течении с ИБС – в 3 раза. Таким образом, при онихомикозе в сочетании с хроническим ишемическим синдромом этот показатель составил $58,7 \pm 9,8$ ед. (в группе сравнения – $34,0 \pm 5,3$ ед.; $p < 0,01$). У пациентов с онихомикозом в сочетании с ИБС уровень общего билирубина повышался до $32,4 \pm 5,7$ ед. ($p < 0,01$), а при изолированном онихомикозе – до $23,4 \pm 3,7$ ед. ($p < 0,01$).

Выводы. Было установлено, что на фоне терапии противогрибковыми препаратами у всех пациентов наблюдалось статистически значимое

повышение уровня печеночных показателей, но при терапии первой группы с применением кардиальных препаратов повышение печеночных показателей было более выраженным.

Список литературы

1. Аронов Д.М. Атеросклероз и коронарная болезнь сердца. М.: Триада-Х, 2009. 248 с.
2. Газетов Б.М., Калинин А.П. Хирургические заболевания у больных сахарным диабетом. М.: Медицина, 1991. 256 с.
3. Гафаров М.М. Этиология, патогенез, клиника и лечение больных микозом стоп в регионе с развитой нефтохимической промышленностью: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Уфа, 2000. 46 с.
4. Царев В.Н., Гасанов М.Т., Чувилкин В.И. Российский журнал кожн. и венер. болезн. 2000; 1: 48–50.
5. Шеклаков Н.Д. Болезни ногтей. М.: Медицина, 1975.
6. Gupta A.K., Chow M., Daniel C.R., Aly R. Treatments of tinea pedis. *Dermatol. Clin.* 2003; 21 (3): 431–462.
7. Gupta A.K., Cooper E.A., Ryder J.E., Nicol K.A., Chow M. et al. Optimal management of fungal infections of the skin, hair, and nails. *Am. J. Clin. Dermatol.* 2004; 5 (4): 225–237.
8. Konnikov N., MacDonald P., Rich P., Rodger N.W., et al. Prevalence and epidemiology of toenail onychomycosis in diabetic subjects: a multicentre survey. *British Journal of Dermatology.* 1998; 139: 665–671.

Золотнова В.Ю., Кожаринова Я.Э., Маркелова Н.И., Шульга А.О.

Расширяя границы терапии подрывающего фолликулита Гоффмана

ГУЗ «Областной клинический кожно-венерологический диспансер»

Актуальность. Фолликулит Гоффмана, или подрывающий фолликулит, представляет собой гнойно-воспалительное заболевание хронического

течения – гнойный процесс в коже, который возникает в волосистой части головы – могут поражаться подмышечные впадины и лобок. В настоящее время предполагается, что подрывающий фолликулит Гоффмана является частью фолликулярной окклюзионной триады или тетрады, сочетаясь с конглобатными акне, гнойным гидраденитом и пилонидальными кистами. Диагностика патологии выполняется с помощью осмотра, гистологии тканей, а также бактериологического посева. Программа лечения составляется индивидуально каждому пациенту и включает антибиотики, иммуностимуляторы, ретиноиды, биологические препараты – ряд из них был успешно опробован для лечения подрывающего фолликулита Гоффмана – имеются работы с использованием адалимумаба и инфликсимаба. В литературе имеются сведения об использовании лазерной абляции, фотодинамической и радиационной терапии, хирургического лечения в виде пересадки кожи и эпиляции. Однако все эти методы не давали должной результативности, были длительны, трудоемки и вызывали рецидивы заболевания. Заболевание возникает преимущественно у мужчин в возрасте 20–40 лет, соотношение больных мужчин к женщинам 5:1.

Цель исследования – определение эффективности применения синтетических ретиноидов в составе комплексной терапии у пациентов с подрывающего фолликулита Гоффмана.

Методы исследования. Для проведения исследования мы выделили группу больных подрывающего фолликулита Гоффмана, обратившихся за стационарной помощью в ГУЗ «Областной клинический кожно-венерологический диспансер» г. Ульяновска и ранее никогда не получавшими терапию.

Для оценки эффективности проводимой терапии принимались во внимание такие значимые показатели, как переносимость препарата и скорость наступления фазы разрешения кожного процесса. Исследование проводилось в период с января 2023 г. по декабрь 2023 г.

Во всех клинических случаях пациентам проводилась комплексная стандартная терапия с учетом нозологии и назначение препарата «Изотретиноин» в дозе 0,5 мг/кг в сутки курсом на 14 дней, с последующим увеличением дозы препарата до 1 мг/кг в сутки амбулаторно.

Результаты исследования показали хорошую переносимость лечения во всех случаях применения препарата «Изотретиноин». Практически пол-

ный регресс клинической симптоматики у больных подрывающим фолликулитом Гоффмана был достигнут к моменту окончания полного курса терапии и достижения кумулятивной дозы препарата. Все пациенты отмечали ослабление зуда, разрешение элементов сыпи, без формирования рубцов.

Выводы. Таким образом, назначение «Изотретиноина» является обоснованным и позволяет повысить удовлетворенность пациентов качеством проводимой терапии.

Золотнова В.Ю., Кожаринова Я.Э., Шульга А.О., Маркелова Н.И.

Эффективность дупилумаба при лечении тяжелого атопического дерматита у ребенка

ГУЗ «Областной клинический кожно-венерологический диспансер»

В 2017 г. для лечения средней и тяжелой степени АтД у детей с шести лет был разрешен генно-инженерный биологический препарат (ГИБП) дупилумаб. С июня 2023 г. в РФ возрастное ограничение было снижено, теперь препарат можно применять у детей старше шести месяцев. За прошедшее время накоплен определенный опыт использования дупилумаба, позволяющий судить о его эффективности и безопасности у взрослых и детей не только с АтД, но и с другими Т2-ассоциированными заболеваниями, такими как бронхиальная астма, хронический риносинусит с полипозом носа, эозинофильный эзофагит.

С учетом высокой стоимости терапевтических моноклональных антител требуется тщательный отбор пациентов для такого лечения. В то же время использование ГИБП позволяет значительно улучшить качество жизни больных АтД.

Хочется осветить несколько критических моментов, которые следует учитывать при оценке эффективности дупилумаба в условиях реальной клинической практики. Кроме того, представлен клинический случай в отношении ребенка пяти лет, страдавшего АтД, демонстрирующий эффективность препарата.

Степень тяжести АД клиницисты оценивают в основном по выраженности кожных поражений, зуда и нарушению сна, ежегодной частоте обострений заболевания, ответу на лечение и т.д. Для оценки эффективности терапии препаратом дупиксент применяют шкалу общей Scora (Scoring of Atopic Dermatitis). Эффективность и безопасность у детей с атопическим дерматитом.

В мире дупилумаб используют для лечения детей с АД в возрасте от шести лет с 2017 г., в России – с 2019 г., с июня 2023 г. возрастные ограничения по применению дупилумаба были снижены – его можно назначать детям.

Клинический случай. Пациент К. 2018 г.р. Мама ребенка обратилась к дерматологу ГУЗ «Областной клинический кожно-венерологический диспансер» в ноябре 2023 г. с жалобами на распространенные кожные высыпания, в том числе на конечностях, туловище, лице, периодически в виде мокнутия, образования корочек, сопровождающиеся выраженным и постоянным зудом, нарушением сна. Для лечения сыпи были применены многие средства, включая тГКС, однако кожный зуд и нарушения сна сохранялись. Был назначен крем, содержащий бетаметазон, гентамицин и клотримазол, который надо было наносить два раза в сутки в течение десяти дней, затем – ингибитор кальциневрина такролимус 0,03%-ный два раза в сутки в течение трех недель, далее – один раз длительно, а также метилпреднизолона ацепонат в виде эмульсии, учитывая большую площадь поражения кожи, которую надо было использовать два раза в неделю на фоне очищения и увлажнения кожи средствами дерматокосметики и рекомендовал ближе к шести годам начать системную терапию Дупиксентом. Через четыре месяца после назначенного лечения отмечено незначительное улучшение состояния.

Для дальнейшего обследования и коррекции лечения в феврале 2024 г. ребенок поступил в кожно-венерологическое отделение ГУЗ «Областной клинический кожно-венерологический диспансер» (Ульяновск). От мамы пациента было получено информированное согласие.

Анамнез жизни: отягощенная наследственность по аллергическим заболеваниям – у отца – бронхиальная астма, у брата – бронхиальная астма. Ребенок от первой беременности. Раннее развитие по возрасту.

Анамнез заболевания: первые кожные проявления отмечены на первом месяце жизни в виде генерализованных эритематозных очагов. Далее, по

словам матери, появились единичные очаги сухости, гиперемии, зуд без четкой связи с чем-либо. С весны 2021 г. состояние кожи резко ухудшилось. На фоне диффузного поражения кожи появились очаги с вторичным инфицированием в виде экзематозных бляшек, мокнутия, корок. Амбулаторное лечение без эффекта. Объективный осмотр: состояние неудовлетворительное, отмечаются постоянный зуд, эритематозные пятна и бляшки с лихенификацией на сгибах конечностей, запястьях и лодыжках, умеренные и тяжелые очаги поражения на спине и конечностях, на поверхности мокнутие, местами гиперпигментация, сухость кожи, папулы с геморрагическими корочками, линейные эксфолиации, дополнительные складки нижнего века (симптом Денни – Моргана). Другие органы и системы без особых изменений.

Клинический диагноз: атопический дерматит, распространенная форма, тяжелое, непрерывно-рецидивирующее течение, период обострения. SCORAD 56 баллов.

С учетом постоянно-рецидивирующего течения АД у ребенка с отягощенным аллергологическим анамнезом, резистентностью к проводимой терапии, недостаточным контролем симптомов на фоне постоянного использования топических противовоспалительных средств принято решение назначить системную терапию. Поскольку на тот момент пациенту К. было пять лет десять месяцев, дупилумаб (препарат Дупиксент) был применен вне инструкции (off-label) в начальной дозе 600 мг (две инъекции по 300 мг). Препарат вводили каждые четыре недели в дозе 300 мг. Через месяц от начала терапии у пациента К. заметно улучшился кожный процесс (уменьшился зуд кожи), а также нормализовался сон. Параллельно ребенок получал 0,03%-ный такролимус один раз в день. Данное средство было назначено на длительный срок. При мониторинговании состояния через один, два и три месяца на фоне использования дупилумаба зафиксировано последовательное и все более выраженное улучшение кожного процесса и сохранение положительной динамики в течение длительного. Степень тяжести атопического дерматита по шкале SCORAD 10 баллов. Лечение не сопровождалось какими-либо побочными эффектами, что подтверждено клинически и лабораторно (гемограммы, биохимия крови и общий анализ мочи). Напротив, исходно высокое количество эозинофилов в периферической крови (6%) через месяц нормализовалось и в процессе лечения не увеличивалось. В дальнейшем у ребенка периодически отмечались эпизо-

ды обострения дерматита без выраженного зуда и нарушения сна. В течение курса лечения у пациента отмечалось последовательное и прогрессирующее разрешение симптомов АтД.

Куликова М.В., Бурнашева Л.Н.

Особенности психоэмоционального статуса больных атопическим дерматитом

ГУЗ «Областной клинический кожно-венерологический диспансер»

Атопический дерматит (АтД) – мультифакториальное воспалительное заболевание кожи, характеризующееся зудом, хроническим рецидивирующим течением и возрастными особенностями локализации и морфологии очагов поражения. Атопический дерматит – одно из наиболее распространенных заболеваний (от 20% до 40% в структуре кожных заболеваний), встречающееся во всех странах, у лиц обоего пола и в разных возрастных группах.

Возрастные особенности локализации и морфологии кожных элементов отличают атопический дерматит от других экзематозных и лихеноидных заболеваний кожи. Основные различия клинических проявлений по возрастным периодам заключаются в локализации очагов поражения и соотношении эксудативных и лихеноидных компонентов. Зуд является постоянным симптомом заболевания во всех возрастных периодах.

Выделяют младенческий период, детский период, подростковый и взрослый. Рассмотрим подростковый и взрослый период. Подростковый и взрослый период АтД характеризуется высыпаниями преимущественно на сгибательной поверхности конечностей (в локтевых и подколенных складках, сгибательных поверхностях голеностопных и лучезапястных суставов), на задней поверхности шеи, в заушных областях. Высыпания представлены эритемой, папулами, шелушением, инфильтрацией, лихенификацией, множественными эскориациями и трещинами.

Задача исследования – изучение роли психоэмоциональных нарушений в развитии и течении атопического дерматита.

Материалы и методы. В исследование были включены 94 пациента, больных атопическим дерматитом, обратившихся за помощью в амбулаторно-поликлиническое звено дерматологической помощи. Возраст пациентов варьировал от 25 до 69 лет, в структуре исследуемой группы было 57 женщин и 37 мужчин. В ходе исследования все пациенты были оценены по Шкале тревоги Гамильтона (The Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS), являющейся «золотым стандартом» оценки выраженности тревожных расстройств. Интерпретация результатов: 17 баллов и менее – отсутствие тревоги; 18–24 балла – тревожное расстройство средней выраженности; 25 и более – тревожное расстройство тяжелой степени выраженности.

Результаты. При опросе было выяснено, что все пациенты высказывали жалобы на нарушения сна различной степени тяжести, как во время обострения дерматоза, так и вне обострения. Результаты исследования пациентов по Шкале тревоги Гамильтона: 17 пациентов (18%) набрали 17 и менее баллов; 69 (73,4%) пациентов набрали от 18 до 24 баллов; 8 (8,5%) пациентов набрали более 25 баллов.

Выводы. В исследуемой группе пациентов 81,9 % показали наличие тревожных расстройств той или иной степени, что свидетельствует о необходимости углубленного изучения сочетанности психоэмоциональных и дерматологических патологий как с точки зрения триггерных воздействий, так и с точки зрения комплексной коррекции данных нарушений у больных с атопическим дерматитом.

Каримов И.Р., Клочкова Ю.Е.

Этиологическая структура бактериальных инфекций кожи

ГУЗ «Областной клинический кожно-венерологический диспансер»

Бактериальные инфекции кожи (пиодермии) – группа дерматозов, в основе которых лежит гнойное воспаление кожи, её придатков, а также подкожной жировой клетчатки. Они разнообразны по этиологии, клиническим формам, течению и прогнозу. Вызываются патогенными стафилококками и стрептококками, также возможна этиологическая значимость и ряда

других микроорганизмов (вульгарный протей, кишечная и синегнойная палочки, микрококки, анаэробы и др.), выступающих обычно в ассоциациях с кокковой флорой. Удельный вес пиодермий среди всех дерматозов составляет от 20 до 30% у гражданского населения и до 60% у военнослужащих. У детей заболеваемость выше, чем у взрослых, и составляет 25–55% от общего числа болезней кожи. Нередко пиодермии являются осложнениями других дерматозов, а также становятся причиной временной утраты трудоспособности. Значительная распространенность, высокий уровень заболеваемости, а в тяжелых случаях – склонность к торпидному, рецидивирующему течению – позволяют отнести пиодермию к наиболее значимым медико-социальным проблемам современной дерматологии.

Кожа обладает естественной резистентностью к гноеродным коккам, которая обусловлена целостностью рогового слоя, кислой средой на поверхности кожи, постоянным слущиванием эпидермиса. При неблагоприятных воздействиях окружающей среды происходит ослабление естественной резистентности кожи и развитие пиодермического процесса. При ослаблении неспецифических факторов защиты патогенность микроорганизмов усиливается, поэтому особое значение в процессе обследования больных пиодермиями приобретает исследование микрофлоры. Патогенные стафилококки выделяют ряд токсинов и ферментов, расслаивающих слои эпидермиса и вызывающих коагуляцию, гемолиз и некротизацию всех слоев кожи, ассоциации микроорганизмов усиливают эти воздействия.

Цель исследования – изучение этиологической структуры бактериальных инфекций кожи у пациентов, находящихся на стационарном лечении в ГУЗ «Областной клинический кожно-венерологический диспансер» (ГУЗ ОККВД).

Материалы и методы исследования. Клинико-диагностической лабораторией ГУЗ ОККВД за 2023 год проведено 627 исследований видового состава возбудителей гнойничковых заболеваний кожи у пациентов кожно-венерологического отделения. Материалом для исследования служило гнойное отделяемое, забор которого производили из очагов поражения стерильным ватным тампоном. Проводилось стандартное микробиологическое исследование доставленных образцов клинического материала, направленное на выделение аэробных и анаэробных микроорганизмов.

Результаты исследования. Микробный пейзаж выделенных культур включал 18 видов бактерий, принадлежащих к 7 родам. Преобладающим видом оказался *Staphylococcus aureus* – 45,2%, второе место занимал *Staphylococcus epidermidis* – 23,1%, третьим был *Staphylococcus hominis* – 15,8%. На последующих местах расположились *Staphylococcus capitis* – 3,3%; и *Staphylococcus haemolyticus* – 1,8%. Необходимо отметить, что, по данным литературы, именно перечисленные виды являются этиологически значимыми при пиодермиях. Реже высевались *Escherichia coli* – 1,2%; *Enterobacter aerogenes*, *Staphylococcus cohnii*, *Staphylococcus saprophyticus* доли которых в микробиоценозе составили по 0,7%. Остальные микробные виды присутствовали в отделяемом эпизодически – 0,3-0,6%. Частота выделений полиинфекций составила 15,1%, диинфекций – 29,5%, моноинфекций – 55,4%. Количество пациентов с отрицательным результатом исследования («нет роста») – 5,1%.

Выводы. Результаты исследования свидетельствуют о возможности синергизма ассоциативных форм микрофлоры в развитии первичных и вторичных пиодермий. Этиологически значимым возбудителем бактериальных инфекций кожи у пациентов стационарного отделения ГУЗ ОККВД с большей частотой является *Staphylococcus aureus* – 45,2%. Исследования в этом направлении, несомненно, расширят представления об этиологической структуре и клинике пиодермий и создадут предпосылки для решения медико-биологических и социальных проблем, связанных с данной патологией.

Михайлова И.Н.¹, Фалина Е.Ю.¹, Магомедов М.А.², Демина О.В.¹

Клинический случай профессиональной токсической меланодермии

¹ ГУЗ «Ульяновский областной клинический медицинский центр оказания помощи лицам, пострадавшим от радиационного воздействия, и профессиональной патологии имени Героя Российской Федерации Максимчука В.М.»

² ГУЗ «Областной клинический кожно-венерологический диспансер»

Токсическая меланодермия относится к числу профессиональных заболеваний кожи экзогенного характера. Заболеваемость профессиональной

токсической меланодермией в Российской Федерации невелика. В настоящее время, в связи с относительно низкими уровнями воздействия химического фактора на производстве, становится все сложнее выявлять его этиологическую роль в формировании производственных рисков работающих. Тем не менее в Ульяновской области зарегистрирован случай этого заболевания. Этим обусловлена значимость мероприятий, направленных на предупреждение развития профессиональной токсической меланодермии.

Этот вид профдерматоза может возникать в результате воздействия в производственных условиях или в бытовой обстановке продуктов нефти, каменного угля, некоторых видов пластмасс, особенно в процессе их горения. Оно может быть вызвано также при попадании на кожу нефтепродуктов (бензин, керосин), особенно в условиях светового воздействия.

В Центр профессиональной патологии обратилась женщина 42 лет с жалобами на постепенное, в течение нескольких месяцев, потемнение кожи кистей, затем предплечий, впоследствии зоны декольте, лица. Лечилась самостоятельно втиранием сока лимона без эффекта, а спустя некоторое время появились общее недомогание, повышенная утомляемость, зуд, жжение в очагах поражения.

Из анамнеза выявлено, что длительное время работала уборщицей цеха в машиностроительном производстве. В ее функциональные обязанности входило мытье станков машинным маслом. Свою работу выполняла в рабочем халате с короткими рукавами, в промокаемых перчатках, вследствие чего машинное масло попадало на открытые участки кожи. До устройства на данную работу была здоровой.

При осмотре пациентки выявлены пигментные пятна на коже лица, зоны декольте, на руках по типу «высоких перчаток». Была проведена дифференциальная диагностика с лимфомами кожи, мастоцитозом, с пигментными формами красного плоского лишая, хлоазмой, болезнью Аддисона, меланозом Риля. Проведено обследование пациентки.

Лабораторные исследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, показатель кортизола в норме. УЗИ органов брюшной полости, органов малого таза, щитовидной железы без патологии. Консультации гастроэнтеролога, гинеколога, эндокринолога, терапевта, невролога, инфекциониста: патологии не выявлено.

Была доказана связь заболевания токсической меланодермией с профессиональной деятельностью. Главный принцип лечения – обязательное отстранение больных от контакта с углеводородами.

При прекращении контакта с этиологическим фактором прогноз благоприятный, прогрессирование заболевания прекращается, но гиперпигментация может сохраняться длительное время.

У нашей пациентки в очагах поражения кожа заметно посветлела, заболевание практически регрессировало.

Вывод: таким образом, риск развития профессиональной токсической меланодермии повышают производственные факторы: углеводороды, фототоксические реакции. Для предупреждения развития данного профдерматоза необходимо проводить профилактические мероприятия, среди которых приоритетные места занимают улучшение условий труда путем совершенствования технологии производства, автоматизации процессов и улучшение средств индивидуальной защиты: рабочая одежда должна быть непромокаемой, с длинными рукавами, перчатки – длинными непромокаемыми. Необходимо регулярное использование защитных и регенерирующих кремов, моющих средств.

Пришельцева Е.В., Коноплина О.В.

Лечение выпадения волос при себорейном дерматите

ГУЗ «Областной клинический кожно-венерологический диспансер»

К числу наиболее распространенных проблем кожи головы относится себорейный дерматит. Он не является опасным для человека заболеванием, однако вызывает некоторый дискомфорт – как физиологический, так и психологический. Вне зависимости от разновидности заболевания, при его неблагоприятном течении возможно патологическое выпадение волос. Волосяные стержни становятся ломкими из-за недостаточного поступления питательных веществ и кислорода к фолликулам.

Актуальность. При себорейной алопеции сальные железы функционируют усиленно, состав кожного жира меняется, волосы слабеют и выпа-

дают. Нередко заболеванию еще в подростковом возрасте предшествует себорея. Она обусловлена изменением гормонального фона организма и в большинстве случаев после завершения полового созревания исчезает. Однако у некоторых девушек болезнь приобретает хроническую форму и нуждается в специальном лечении.

Методы исследования. За период 2022-2023 гг. в ГУЗ «Областной клинический кожно-венерологический диспансер» (ГУЗ ОККВД) осуществлялось комплексное лечение пациентов с себорейным дерматитом и выпадением волос. Под наблюдением находились 35 пациентов. При этом пациенты были разделены на две контрольные группы. Первую группу (25 человек) составляли пациенты, получающие лечение от выпадения волос. Пациенты второй группы (10 человек) получали комплексное лечение (от выпадения волос и себорейного дерматита кожи головы). Оценка эффективности проводилась в соответствии с клинической картиной.

Результаты. При сравнительном анализе лечения себорейного дерматита и алопеции во второй группе отмечалось быстрое достижение клинического эффекта, а также отсутствие нежелательных реакций и побочных явлений. Все пациенты отмечали положительный эффект.

Выводы. Таким образом, при комплексном лечении себорейного дерматита и алопеции происходит быстрое достижение улучшения клинического эффекта, в отличие от монотерапии алопеции при себорейном дерматите.

Сергиенко А.В., Кабаева О.С.

Причины рецидива акне после полученного курса системного изотретиноина

ГУЗ «Областной клинический кожно-венерологический диспансер»

Актуальность. Акне (*acne vulgaris*) – хроническое воспалительное заболевание, проявляющееся открытыми или закрытыми комедонами и воспалительными поражениями кожи в виде папул, пустул, узлов.

Изотретиноин угнетает работу сальной железы, что способствует меньшей выработке кожного сала, которое, в свою очередь, является субстратом для размножения патогенной флоры кожи, провоцирующей акне.

Препарат уже более 40 лет доказывает свою эффективность в лечении тяжелых и средне-тяжелых форм акне, но остаются случаи рецидива заболевания.

Цель исследования – изучение различных причин неудачи терапии пациентов с акне, получающих системную терапию.

Методы исследования. Исследование проводилось на базе ГУЗ «Областной клинический кожно-венерологический диспансер» в течение 12 месяцев. В исследовании принимали участие 10 пациентов (5 парней, 5 девушек) возраст от 17–26 лет, пациенты принимали системный изотретиноин в течение 9 мес.

Результаты. Все пациенты набрали кумулятивную дозировку (150 мг/кг), завершили лечение в стойкой ремиссии. Через 1 год у 1 из 9 пациентов случился рецидив, пациентка – девушка, 26 лет, имеет сопутствующее эндокринное заболевание (поликистоз яичников по результатам ультразвукового исследования органов малого таза).

Выводы. Как показал наш опыт, основными причинами рецидива акне после приема системного изотретиноина являются:

- наличие сопутствующих эндокринных заболеваний и гормональных нарушений – например, синдромом поликистозных (мультифолликулярных) яичников, аденомой гипофиза, опухолью надпочечников или врожденной гиперплазией коры надпочечников, заболеванием щитовидной железы, нарушением толерантности к глюкозе и др. Поэтому лечение акне в таких случаях необходимо проводить совместно с другими специалистами – гинекологами и эндокринологами,

- назначение неадекватной суточной и кумулятивной дозы препарата, а также нарушением режима его приема,

- недостаточная суммарная доза изотретиноина или несоблюдение режима приема препарата. Вероятность рецидива при применении низких доз значительно возрастает, что требует более продолжительного курса лечения, чем при использовании стандартных схем установили, что рецидивы при кумулятивной дозе более 150 мг/кг возникают реже, чем при дозе менее 120 мг/кг.

Сибеева Р.Х.

Визуальные формы рака кожи в практике врача-дерматовенеролога первичного звена

ГУЗ «Городская поликлиника № 4»

Актуальность проблемы: в последнее десятилетие во всем мире отмечается стремительный рост заболеваемости злокачественными новообразованиями (ЗНО) кожи.

К предрасполагающим факторам, способствующим развитию рака кожи, относятся ультрафиолетовые лучи, длительное термическое воздействие, профессиональные вредности (смола, деготь, сажа), наличие предраковых заболеваний кожи.

К визуальным формам рака кожи относятся: плоскоклеточный рак кожи (ПКР), базальноклеточный рак кожи (БКР), меланома кожи. Учитывая особые характеристики меланомы (агрессивность, раннее метастазирование), ее следует выделять в отдельную категорию злокачественных эпителиальных опухолей. Говоря о кожном раке, чаще всего имеют ввиду те формы, которые являются немеланомными.

Основные методы диагностики: осмотр кожных покровов, дерматоскопия, цитология соскобов образований, морфологическая диагностика, иммуногистохимическое исследование и т.д.

В рамках амбулаторного приема врача-дерматолога применяется тщательный сбор анамнеза, осмотр всего кожного покрова и дерматоскопия. При выявлении признаков злокачественного новообразования пациент направляется на консультацию в Областной клинический онкологический диспансер для верификации диагноза и определения тактики лечения. Среди востребованных видов лечения можно отметить хирургическое, лазерное, криодеструкцию жидким азотом, фотодинамическую терапию, по показаниям может проводиться лучевая и системная химиотерапия.

Цель исследования – ретроспективный анализ обращений пациентов с признаками визуальных форм рака кожи и последующей верификацией в Областном клиническом онкологическом диспансере за период с 2021 по 2023 гг.

Материалы и методы. В исследование включены 377 человек. За указанный период обращений:

– в 2021 обследованы 150 человек, среди них 110 женщин и 40 мужчин, что составляет 73% и 27% соответственно от общего числа пациентов,

– в 2022 году обследованы 128 направленных пациентов: 102 женщины (что составляет 79,7%) и 26 мужчин (20,5%),

– в 2023 г. обследованы 99 направленных пациентов, среди них 67 женщин (67,7%) и 32 мужчины (что составляет 32,3%). Возрастной диапазон пациентов – от 24 до 94 лет (в среднем $71,5 \pm 2,8$ лет).

Распределение по нозологиям:

– в 2021 г. с пигментными невусами направлены 33 человека (что составляет 22%), в 2022 г. – 22 человека (17,2%), в 2023 г. – 26 человек (26,3%);

– БКР: в 2021 г. – 75 человек, что составляет 50%, в 2022 г. – 77 человек (60,2%), в 2023 г. – 56 человек (56,6%);

– ПКР: в 2021 г. – 1 человек (0,7%), в 2022 г. – 3 человека (2,3%), в 2023 г. – 1 человек (1,01%);

– с подозрением на меланому кожи: в 2021 г. – 4 человека (2,7%), в 2022 г. – 8 человек (6,25%), в 2023 г. – 2 человека (2,02%);

– актинический кератоз: в 2021 г. – 10 человек, что составляет 6,7%, в 2022 г. – 11 человек (8,6%), в 2023 г. – 15 человек (15,15%),

– кератопапилломы: в 2021 г. – 21 человек (14%), в 2022 г. – 16 человек (12,5%), в 2023 г. – 12 человек (12,12%).

По результатам консультаций в Областном клиническом онкологическом диспансере, диагнозы «БКР», «ПКР», «актинический кератоз» были подтверждены в 98-99% случаев. Преимущественные методики лечения верифицированных ЗНО: хирургическое иссечение и лазерное лечение.

Из вышеизложенного видно, что лидирующим визуальным раком кожи остается базальноклеточная карцинома, которую, особенно при типичных формах, не трудно заподозрить при первичном приёме дерматолога.

В связи с частотой БКР среди злокачественных эпителиальных новообразований немеланомных случаев рака кожи, необходимо соблюдение основных правил профилактики рака кожи. Наиболее эффективной мерой является ограничение повреждающего воздействия на кожу ультрафиолетового облучения, реализуемого соблюдением адекватного солнечного ре-

жима, применением солнцезащитных средств и солнцезащитной одежды, отказ от искусственных способов получения загара (солярий). Не менее важное значение имеют самодиагностика и своевременное обращение за медицинской помощью при наличии подозрительных образований кожи.

Тихомирова А.В.

Анализ эффективности применения наружной терапии препаратами ингибиторов кальциневрина в лечении и профилактике рецидивов атопического дерматита

ГУЗ «Областной клинический кожно-венерологический диспансер»

Атопический дерматит – это хроническое рецидивирующее заболевание кожи с наследственной предрасположенностью, характеризующееся воспалительными изменениями кожи и зудом.

В настоящее время довольно часто встречается в практике врача-дерматовенеролога среди заболеваний кожи, особенно у детского населения. Большую роль в распространенности играют генетическая предрасположенность, дисфункции иммунологического и эпидермального барьера, а также факторы окружающей среды.

Цель исследования – оценить клиническую эффективность применения наружной терапии препаратами ингибиторов кальциневрина в комплексном лечении и профилактике рецидивов атопического дерматита.

Методы исследования. Под наблюдением в ГУЗ «Областной клинический кожно-венерологический диспансер» находилась группа из 36 человек с диагнозом «атопический дерматит» в возрастной группе от 2 до 18 лет, среди них 20 женщин и 16 мужчин. У 8 больных сыпь имела распространенную форму, у 12 – локализовалась в области локтевых и подколенных ямок и у 16 – в области лица. Всем пациентам проводилась комплексная терапия с применением антигистаминных препаратов системного действия и наружная терапия кремами с глюкокортикостероидами с последующим назначением наружной терапии ингибиторов кальциневрина в виде мазей на очаги высыпаний курсом 2 раза в день в течение 3 недель – до

разрешения кожного процесса. Наблюдение за пациентами продолжалось в течение 3 месяцев.

Результаты исследования: за период наблюдения за пациентами рецидивы отмечены были всего у 4-х пациентов в течение 2 месяцев после проведенного курса лечения; у 18 пациентов отмечалось клиническое разрешение кожной сыпи, у 14 пациентов новые элементы отсутствовали.

Выводы: таким образом, проведенное исследование показало, что применение наружной терапии препаратами ингибиторов кальциневрина в комплексной терапии атопического дерматита даёт положительный результат и значительно снижает частоту рецидивов ввиду их выраженного противовоспалительного действия, ускоряет процесс достижения клинического разрешения высыпаний, сокращает длительность лечения.

Круглова Н.А., Миннабетдинова Л.Ш.

Опыт применения плазмотерапии при телогенном выпадении волос

ГУЗ «Областной клинический кожно-венерологический диспансер»

Актуальность рассматриваемой проблемы: выпадение волос наблюдается примерно в 30% случаев от общего числа обращений в осенне-зимний период времени. Проблема очень актуальна, в связи с тем, что телогенное выпадение волос является частым последствием перенесенных вирусных заболеваний, последствием стрессовых ситуаций, заболеваний щитовидной железы, анемии.

Цель исследования – изучить влияние плазмотерапии (микроинъекционного метода лечения) в вопросе выпадения волос.

Методы исследования. Под клиническим наблюдением находились 24 пациента: 16 женщин (66,6%), средний возраст которых составлял 45,4 года, и 8 мужчин (33,3%), их средний возраст составлял 47,5 года. У всех пациентов отмечались жалобы на выпадение волос, повышенное выделение кожного сала, тусклость волос. Пациенты были разделены на 2 группы по 12 человек (8 женщин и 4 мужчин). Обеим группам после обследования

была назначена наружная терапия. Контрольной группе к основному лечению была назначена плазмотерапия (инъекции очищенной плазмы крови, которая запускает регенеративные процессы в организме) 1 раз в 7 дней № 10 подкожно.

Результаты: уже после второй процедуры плазмотерапии в контрольной группе наблюдалось улучшение качества волос, а именно появление блеска, устранение тусклости и значительное уменьшение выпадения волос. А после полного курса лечения в контрольной группе отмечалось прекращение выпадения и улучшение качества волос.

Выводы: таким образом, влияние плазмотерапии на выпадение волос играет важную роль, так как происходит быстрое восстановление волос, существенно уменьшается выпадение волос уже после второй процедуры.

Шуюкова Е.В., Вильданова А.И., Гумаюнова Н.Г.

Клинический случай редко встречающейся у детей формы псориаза (ладонно-подошвенный псориаз) в практике врача-дерматовенеролога

ГУЗ «Областной клинический кожно-венерологический диспансер»

Актуальность. Ладонно-подошвенный псориаз у детей – редко встречающаяся патология в повседневной практике врача-дерматолога, важно всегда помнить о ней.

Цель исследования – рассмотреть клинику ладонно-подошвенного псориаза у детей, представить случай из практики.

Методы исследования. Обзор данных медицинской литературы, описание клинического случая.

Псориаз – мультифакторное заболевание с наследственной предрасположенностью, характеризующееся повышенной пролиферацией эпидермальных клеток, нарушением кератинизации и воспалительной реакцией в дерме, обусловленной активированными Т-лимфоцитами и синтезом провоспалительных цитокинов.

В общей структуре дерматологической патологии у детей в возрасте до 16 лет на долю псориаза приходится около 4%. Для псориаза детского возраста характерно два пика заболеваемости: первый – в возрасте 6-7 лет – и наибольший – в 14-17 лет, что совпадает с периодами физиологического «вытягивания» детского организма, гормональной нестабильностью, социально обусловленными психоэмоциональными перегрузками. Хронический ладонно-подошвенный псориаз (тип Барбера) клинически выражается появлением на видимо здоровой коже ладоней и подошв пустул размером от 2 до 5 мм. Процесс чаще носит симметричный характер. Вокруг пустул возникает гиперемированный валик. В результате того, что часть пустул засыхает, образуя корочки желтого и коричневого цветов, при появлении свежих пустул наблюдается полиморфизм высыпаний.

Диагноз «псориаз» у детей устанавливают на основании отягощенного по псориазу наследственного анамнеза (имеется приблизительно в 30–35% случаев), типичной клинической картины заболевания, выявления симптомов псориатической триады. Основным методом диагностики при постановке диагноза является физикальное исследование и клиническая оценка характерных признаков и изменений на коже.

Лечение псориаза у детей состоит из базовой и симптоматической терапии.

При выборе методов терапии ориентируются на возраст ребенка, локализацию поражения и формы проявления псориаза. Примерно у 80% детей с псориазом заболевание протекает в легкой или умеренно выраженной форме и поддается контролю только средствами местной терапии.

Препараты для местной терапии псориаза у детей включают: кортикостероидные препараты, топические ингибиторы кальциневрина, аналоги витамина D₃, активированный цинк пиритион и ретиноиды. Кроме того, в лечении псориаза могут применяться мази, содержащие салициловую кислоту, нафталанскую нефть, ихтиол, деготь березовый, а также средства базового ухода.

Базовая системная терапия проводится в исключительных случаях, когда лечение местными средствами не позволяет в достаточной мере контролировать заболевание. Детям подбирают индивидуальный курс иммуносупрессоров (системные кортикостероиды, цитостатики). Для уменьше-

ния кожных псориазических проявлений у больных старше 5 лет применяется физиотерапия – направленная фототерапия.

Кроме того, во время лечения псориаза необходимо устранить возможные провоцирующие факторы (стрептококковые инфекции, стресс, медикаменты). Также важно максимально снизить воздействие факторов риска для развития псориаза у детей, таких как избыточная масса тела и гиперлипидемия.

Рассмотрим случай ладонно-подошвенного псориаза у ребенка в нашей практике: Ребенок А., 5 лет, пришел с мамой на амбулаторный прием к врачу-дерматологу, с жалобами на непрекращающуюся сухость ступней, очаги сухости на ладонях, со слов матери лечились около 2 лет в поликлинике по месту жительства мазями радевит, метилурациловая мазь, различные эмоленты, у мамы псориаз с детства, девочке становилось лучше в летнее время (по словам матери). При осмотре на коже ладоней, концевых фаланг пальцев отмечались очаги гиперкератоза, шелушения, глубокие трещины с геморрагическими корочками, на стопах очаг гиперкератоза занимал всю подошву, с четкими границами, шелушением, при осмотре ногтевых пластин отмечался положительный симптом «наперстка». Симптом псориазической триады Ауспитца был положительный. Пациентке был выставлен диагноз «ладонно-подошвенный псориаз» и назначена адекватная наружная терапия в виде жирной мази с метилпреднизолона ацепонатом.

Вывод. Данная нозология встречается достаточно редко, поэтому врачам-педиатрам и дерматологам по месту жительства маленького пациента всегда нужно иметь возможность совместно осматривать «трудных пациентов» для своевременной диагностики нозологии и правильного выбора лечебной тактики, а при затруднении в постановке диагноза направлять в консультативно-диагностическое отделение ГУЗ «Областной клинический кожно-венерологический диспансер».

Раздел 6. Инфекционные болезни.

Эпидемиология. Гигиена

Нафеев А.А., Салина Г.В., Жукова Е.Ю.

Новые гемотрасмиссивные инфекции «Лихорадка Западного Нила»

ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Ульяновской области»

Лихорадка Западного Нила (ЛЗН) – зоонозная трансмиссивная вирусная инфекция, вызываемая вирусом Западного Нила, которая протекает у человека в виде острого лихорадочного заболевания с симптомами общей интоксикации, умеренного полиаденита, с головными и мышечными болями, в ряде случаев с развитием серозного менингита и менингоэнцефалита. Проявления инфекции варьируют от бессимптомной инфекции и легкой лихорадки до развития тяжелых форм энцефалитов и менингоэнцефалитов с летальностью до 12-14%. Заражение человека чаще всего происходит трансмиссивным путем посредством укуса комаров различных видов. Описаны случаи инфицирования человека при переливании крови, кормлении грудью, трансплантации органов, пересадке стволовых клеток, а также при лабораторных исследованиях.

История изучения ЛЗН берет свое начало в 1937 г., когда возбудитель инфекции впервые выделен из крови лихорадящей больной, проживавшей в провинции Западный Нил на северо-западе Уганды.

Переносчиками вируса являются комары (*Culex*, *Aedes*), иксодовые и аргасовые клещи, а резервуаром инфекции – птицы околоводного комплекса (гусеобразные, ржанкообразные, поганкообразные, веслоногие и ластообразные) и грызуны. Птицы играют для арбовирусов ведущую роль не только в сохранении возбудителей в природных очагах, но и в их переносе на огромные расстояния. В городских популяциях вороны, грачи, голуби. Вирус обнаружен у мышевидных грызунов, зайцев, собак, коров, лошадей. У лошадей вирус ЛЗН вызывает развитие тяжелого энцефаломиелита – заболевания с осложнениями и летальностью 30–45%. Восприим-

чивость человека высокая, преобладает бессимптомное носительство (практически в 80% случаев инфекция протекает бессимптомно, в том числе и в стадии виремии, что обуславливает риск участия в донорстве крови лиц, инфицированных вирусом ЛЗН) или легкие формы болезни при первичном заражении. ЛЗН входит в перечень нозологий, подлежащих проведению мероприятий в рамках федерального проекта «Санитарный щит страны – безопасность для здоровья (предупреждение, выявление, реагирование)».

Цель исследования – обозначить необходимость обеспечения эпидемиологического надзора за ЛЗН и указать пути его выполнения.

Материал и методы исследований. При выполнении работы использовались описательный, статистический и эпидемиологический методы. Материалом служили данные ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Ульяновской области».

Результаты исследований и их обсуждение. В современный период эпидемиологический надзор за ЛЗН представляет собой многоуровневую иерархическую систему, охватывающую все звенья эпизоотического и эпидемического процессов: выявление и регистрация больных; серологический скрининг населения; скрининг доноров; отлов и исследование комаров; лабораторная диагностика больных.

За период с 2009 по 11 мес. 2023 г. зарегистрировано 7 случаев заболевания (г. Ульяновск – 5, Тереньгульский р-н – 1, Цильнинский р-н – 1); обследовано (скрининг) 2500 чел., антитела обнаружены у 95 чел. (3,8%) – не обнаружены антитела только в Майнском районе; из медицинских организаций материал с целью диагностики доставлялся только от 1 человека. Ежегодно обследуется до 2-х тысяч комаров (по 2023 г. результат отрицательный).

Референс-центр РФ (ФКУЗ Волгоградский НИПЧИ) по итогам многолетнего периода наблюдения констатирует, что ключевым проблемным вопросом мониторинга ЛЗН в целом по РФ является недостаточно эффективное выявление случаев заболевания.

С целью лабораторной диагностики могут применяться 3 метода: ПЦР; ИФА (выявление специфических антител); определение авидности антител (позволяет выявлять антитела IgM и IgG).

В мире до сих пор не разработаны вакцины для профилактики ЛЗН у людей, в то время как вакцины для лошадей и опытные вакцины для домашних и экзотических животных уже созданы.

Профилактика направлена на уменьшение риска инфицирования людей. Единственным путем является повышение осведомленности в отношении факторов риска и просвещение людей в отношении мер, которые они могут принимать для уменьшения воздействия вируса: уменьшение риска передачи инфекции комарами, личная защита и защита на уровне сообществ от укусов комаров с помощью использования противомоскитных сеток и индивидуальных репеллентов и другие меры общей направленности. Кроме того, необходимо проводить программы по стимулированию сообществ к уничтожению мест размножения комаров в жилых районах.

Дубовицкая Е.Н., Хакимова Д.А., Айнутдинова Г.М., Ишутова А.П.

Особенности эпидемиологического процесса заболеваемости корью в 2023 году на территории Ульяновской области

Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Ульяновской области

Пандемия COVID-19 привела к срыву планов иммунизации во многих странах. Отмечается неблагоприятная ситуация по кори, в том числе в 23 странах Европейского региона.

На территории Ульяновской области в 2023 году (без учета г. Димитровграда, т.к. по Распоряжению Правительства РФ от 21.08.2006 г. № 1156-Р полномочия по осуществлению государственного санитарно-эпидемиологического надзора на территории г. Димитровграда Ульяновской области возложены на МРУ ФМБА № 172) было зарегистрировано 80 случаев заболевания корью, показатель на 100 тысяч населения – 6,64, ниже показателя заболеваемости по Российской Федерации в 1,32 раза.

На территории Ульяновской области в период с 2020 по 2022 годы случаи заболевания корью не регистрировались.

Из 80 заболевших корью в 2023 году: 59 – дети до 18 лет, проживающие в РФ постоянно (73,75%); 20 – взрослые, проживающие в РФ постоянно (25,0%); 1 ребенок, не имеющий гражданства РФ (1,25%).

Среди 59 заболевших детей 40 детей (67,8%) не привиты против кори ранее, 16 детей (27,1%) привиты однократно и 3 ребенка (5,1%) имеют заверченный курс вакцинации против кори. Главной причиной непривитости детей являлся отказ родителей от вакцинации – 47,5%.

Среди 20 заболевших 12 взрослых (60,0%) не привиты против кори ранее, 6 человек (30,0%) привиты двукратно и 2 человека (10,0%) имеют только одну вакцинацию. Один заболевший ребенок, не имеющий гражданства РФ, не привит против кори, за вакцинацией в ЛПО не обращались.

По отдельным категориям заболевшие корью распределяются следующим образом: 59 (73,75%) – цыганское население; 6 (7,5%) – представители религиозных конфессий; 2 (2,5%) – медицинские работники; 1 (1,25%) – ребенок, не имеющий гражданства РФ; 12 (15,0%) – прочее население области.

По результатам проведенных Управлением Роспотребнадзора по Ульяновской области противоэпидемических мероприятий по 80 лабораторно подтвержденным случаям заболевания корью:

– определено 9 184 контактных (контактные по дому, семейные и дружественные контакты, месту работы, образовательные организации), из них 1 617 (17,6%) подлежат вакцинации против кори по эпидемическим показаниям;

– привиты против кори 1 133 человека, в т.ч. 21 гамма-глобулин (70,1% подлежащих), в том числе 146 детей; не привито 484 человека, в том числе по причинам: медотвод – 82, отказ – 292, иное – 101 человек, по возрасту – 9 детей.

На 80 заболевших зарегистрировано 36 очагов кори, из них очаги с 1-2 случаями – 13 очагов, с 3-4 случаями – 18 очагов, более 5 случаев – 3 очага. Не имели распространения заболевания кори в 26 очагах.

Отсутствие распространения кори в 32,5% очагов связано с наличием у населения области поствакцинального иммунитета против кори в связи с высоким охватом иммунизацией против данной инфекции.

Согласно статистической отчетной форме № 6 «Сведения о контингентах детей, подростков и взрослых, привитых против инфекционных за-

болеваный» за 2023 г. в разрезе административных территорий Ульяновской области: в возрастной группе 18–35 лет охват иммунизацией против кори достиг регламентированного уровня во всех административных территориях и составляет 98,1% по области; среди лиц в возрасте 36–59 лет охват иммунизацией против кори составляет 83,9%, что больше показателя в 2022 году (76,17%).

Выводы: систематическая работа Управления по контролю своевременного охвата иммунизацией против кори в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок позволила своевременно локализовать очаги кори. В 2024 году необходимо активизировать работу по пересмотру постоянных и временных медицинских отводов от вакцинации против профилактических прививок, с целью увеличения охвата профилактическими прививками против кори.

Борисова Е.В., Титова Г.В.

Возможности капиллярного электрофореза при определении анионов в различных типах вод

ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Ульяновской области»

Актуальность проблемы. Метод капиллярного электрофореза (КЭФ) является перспективным методом, предназначенным для решения задач, связанных с разделением и анализом многокомпонентных проб сложного химического состава. Актуальность работы заключается в успешном внедрении метода КЭФ для проведения исследований воды различного типа.

Для оценки возможностей метода КЭФ была проведена аналитическая работа по сравнению методов, используемых ранее при анализе анионов в воде, с внедряемым методом. Проведена оценка метрологических характеристик и дальнейших перспектив в работе методом капиллярного электрофореза в санитарно-гигиенической лаборатории.

В данной работе приводится анализ работы системы капиллярного электрофореза «Капель-105М», приобретенной в рамках реализации федерального проекта «Чистая вода». За 2022-2023 гг. в санитарно-гигиени-

ческой лаборатории было выполнено исследование 2109 проб воды различного типа на содержание анионов: хлорид-ионов, нитрит-ионов, сульфат-ионов и нитрат-ионов. Отклонения выявлены в 44 пробах, удельный вес 2,1%, среди них – превышения предельно допустимых концентраций по нитрат-ионам – в 26 пробах, по сульфат-ионам и хлорид-ионам – 18 проб, по нитрит-ионам отклонений не выявлено.

Сравнив методы, применяемые в санитарно-гигиенической лаборатории для исследования анионов в воде с методом КЭФ, были выявлены следующие преимущества метода капиллярного электрофореза: 1. Широкий диапазон измерений и область распространения используемой методики. 2. Простая и быстрая пробоподготовка. 3. Малые объемы пробы, необходимые для анализа. 4. Малое количество реактивов, необходимых для анализа. 5. Высокие скорости проведения анализа, возможность анализировать несколько проб одновременно. 6. Показатели точности метода КЭФ не уступают аналогичным показателям методов, используемых ранее при определении анионов в различных типах вод.

С целью подтверждения метрологических характеристик и осуществления оперативных мер по управлению процессом анализа, в ходе выполненной работы, проведена оценка стабильности результатов измерений всех внедренных анионов методом КЭФ посредством построения контрольных карт Шухарта (РМГ 76-2014, ГОСТ ИСО 5725-6-2003 (раздел 6)). Анализ данных контрольных карт и интерпретация их в соответствии с требованиями РМГ 76-2014 показал стабильность процесса анализа для контроля повторяемости, воспроизводимости и точности определения анионов в воде различного типа.

Выводы. 1. Внедрение метода КЭФ позволяет более эффективно проводить исследования воды различных типов на анионы. Также данный метод выполняет все требования к гигиеническим нормативам и обеспечению безвредности воды в рамках исследований на анионы, согласно СанПиН 1.2.3685 – 21. 2. Высокая точность анализов, выполненных методом капиллярного электрофореза, подтверждается накопленными статистическими данными и успешно выполненными процедурами по внутреннему контролю качества производимых исследований. 3. В 2024 году планируется расширение области аккредитации санитарно-гигиенической лаборатории на следующие методики: ГОСТ 31867 – 2012 и М 01-58-2018 (ПНД

Ф 14.1:2:3:4.282-18) (определение фторид-ионов и фосфат-ионов), ГОСТ 31869-2012 и ПНД Ф 14.1:2:4.167-2000 (определение катионов в воде: аммония, калия, натрия, лития, магния, стронция, бария и кальция), М 01-45-2009 (определение бромид-ионов и йодид-ионов), М 01-52-2012 (определение хлорид-ионов).

Вовкотеч П.Г., Колемагина Е.В., Салина Г.В.

Опыт работы по кровососущей красноглазкой мошке (*Boopthora erythrocephala*) на северо-западе Ульяновской области

ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Ульяновской области»

Мошки – представители отряда двукрылых (Diptera) подотряда длинноусые (Nematocera) семейства симулид (Simuliidae) – мелкие кровососущие насекомые, входящие в состав комплекса «гноса».

Кровососущие мошки (Diptera, Simuliidae) развиваются в быстротекущих водоемах различной величины – от мелких ручьев до крупных рек. По литературным данным, основными экологическими факторами, оказывающими влияние на наличие в реках и ручьях преимагинальных фаз развития мошек и их плотность поселения, являются уровень весеннего паводка на реках, температура воды, скорость течения, мутность и загрязненность органическими веществами (Янковский А.В. Определитель мошек (Diptera, Simuliidae) России и сопредельных территорий (бывшего СССР). – СПб., 2002. – 570 с.). Мошки нападают на млекопитающих, птиц и людей.

Цель – изучить места выплода кровососущих мошек на северо-западе Ульяновской области (Сурский район) и спрогнозировать численность преимагинальных фаз развития этих насекомых.

Материал и методы исследований. Первые систематические обследования мест выплода кровососущих мошек были проведены в 2021–2023 гг. на территории Сурского района, вблизи южной границы участка реликтовой европейской тайги с еловыми лесами: с. Выползово – река Коноватка, с. Красные горы – река Елшанка, с. Никитино – река Барыш и приток реки

Барыш, с. Астрадамовка – река Большая Якла, с. Алейкино – река Чилим, с. Неплевка – река Большая Якла, с. Сычевка – р. Якла, с. Усть-Урень – река Урень и река Барыш. Каждый из этих водоемов представляет собой экологически своеобразный биотоп с определенным гидрологическим режимом и характерным комплексом выплывающих мошек. Характерным для этих водотоков является то, что все они являются равнинными, отличаются весенне-летними паводками и разнообразием скоростей течения.

Методика обследования. Обследование водоемов проводили раз в декаду с апреля по июнь. Сборы и подсчет численности личинок кровососущих мошек проводили по общепринятой методике – с целью сбора энтомологического материала (личинок) в водоемах на 48 часов выставлялись ловушки (веники из ивовых прутьев). Во время проведения сборов отмечали уровень, температуру воды и скорость течения в каждом из изучаемых водоемов.

Результаты исследований и их обсуждение. По нашим данным (в 2022 г.), мошка перезимовала в фазе яйца, а первые личинки появились в третьей декаде апреля. В результате проведенных нами исследований установлено, что в изучаемых реках первые личинки 2–3 возраста обнаружены в конце апреля. Дальнейшие систематические (1 раз в декаду) обследования показали, что личинки мошек встречались в реках до конца мая. Плотность личинок на субстрате в период исследований имела значительные различия. Максимальная зарегистрированная нами плотность достигала до 2–3 экземпляров на ловушке из ивовых прутьев. Полученные результаты энтомологических наблюдений послужили основой в проведении сплошной аппаратной дезинсекции водоёмов.

Речник В.Н., Савинова Г.А.

Клинический случай завозной малярии на территории Ульяновской области

ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска»

Актуальность. По данным ВОЗ, в 2022 г. в 85 странах мира было зарегистрировано 249 миллионов случаев заболевания малярией и 608 000 слу-

чаев смерти от малярии. Причем 94% (233 миллиона) случаев заболевания малярией и 95% (580 000) случаев смерти от нее приходится на Африканский регион. За последние 5 лет на территории Ульяновской области не регистрировалось ни одного случая заболевания малярией. И в период пандемии COVID-19, когда резко сократилось количество граждан, выезжающих за рубеж, настороженность врачей в отношении завозных тропических инфекций, в том числе и малярии, резко снизилась.

Целью нашей работы явился анализ завозного случая заболевания малярией на территории Ульяновской области.

Методы и результаты. Пациентка Ч., 40 лет, была госпитализирована в инфекционное отделение № 2 ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска» 11.02.2024 с диагнозом «ОРВИ». При поступлении она предъявляла жалобы на повышение температуры тела до 40°C, кашицеобразный стул, тошноту, головную боль, выраженную общую слабость, озноб. Со слов больной, она заболела 08.02.2024, когда появились вышеуказанные жалобы. Пациентка вызвала на дом участкового врача, который поставил больной диагноз «ОРВИ» и назначил прием умифеновира и ибупрофена. 10.02.2024 у больной появился жидкий стул, она добавила к лечению энтерофурил. В связи с отсутствием положительной динамики 11.02.2024 пациентка вызвала СМП, была доставлена в приемное отделение инфекционного корпуса ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска» и госпитализирована с диагнозом «ОРВИ». В последующие дни у пациентки нарастала выраженная слабость, сонливость, появились выраженные головные боли, головокружение при минимальной физической нагрузке.

При сборе нами эпидемиологического анамнеза у пациентки было выяснено, что с 17.01.2024 по 26.01.2024 она находилась в служебной командировке в Африке (Египет, Джибути, Эфиопия), проживала там в гостиницах. Укусы насекомых больная отрицала, использовала репелленты.

При объективном осмотре состояние пациентки было оценено как средней тяжести. У пациентки отмечалось ежедневное повышение температуры до фебрильных цифр с выраженными ознобами и потливостью, которые изнуряли пациентку. Она была в сознании, но несколько заторможена, сонлива. На вопросы отвечала односложно. Менингеальных зна-

ков не было. Отмечалась умеренная бледность кожных покровов. По внутренним органам и системам без видимых отклонений.

При лабораторном обследовании в ОАК была выявлена анемия легкой степени тяжести, выраженная тромбоцитопения (до $32 \times 10^9/\text{л}$). В биохимическом анализе крови отмечалось повышение трансаминаз до 2 норм, общего билирубина до 4 норм. При паразитологическом исследовании крови на малярию были обнаружены паразиты *P. falciparum* (кольцевидные формы), степень паразитемии +++++. С целью подтверждения диагноза анализ был направлен в референс-лабораторию ФБУН «Тюменский НИИ краевой инфекционной патологии», 19.02.2024 были получены результаты паразитологического исследования крови: обнаружены возбудители как тропической малярии (*Plasmodium falciparum*), так и четырехдневной (*Plasmodium malariae*).

Учитывая, что пациентку во время командировки информировали о том, что на территории стран, которые она посещала, есть очаги малярии, ею был приобретен за границей препарат Tab. Artemether 80 mg + Lumefantrine 480 mg, который она самостоятельно начала принимать при подъеме температуры. Нами было назначено лечение табл. мефлохин и капс. доксициклин.

На фоне проводимой терапии у пациентки сохранялось повышение температуры до 38°C . С учетом сохраняющейся лихорадки, больной было назначено дополнительное исследование крови методом ПЦР и была выявлена ДНК вируса Эпштейн-Барр.

На основании клинико-лабораторных данных пациентке был поставлен диагноз: «Микст-инфекция: тропическая малярия, церебральная форма, тяжелое течение. Четырехдневная малярия, средней тяжести». Сопутствующее заболевание: «Герпетическая инфекция, вызванная вирусом Эпштейн-Барр».

Дополнительно была назначена противовирусная и иммуностимулирующая терапия, на фоне которой у пациентки в течение двух дней нормализовалась температура. С 22.02.2024 у пациентки в крови плазмодии не обнаруживались. Повторный анализ крови на вирус Эпштейн-Барр методом ПЦР показал также отрицательный результат – ДНК ВЭБ не определялась.

Выводы: врачам амбулаторно-поликлинического и стационарного звена при обследовании пациентов, выезжавших в неблагополучные по малярии страны, необходимо уделять особое внимание эпидемиологическому анамнезу и обязательно проводить обследование на малярию при повышении температуры у данных больных.

Безъязычный А.В., Сайфутдинова Ф.А., Лавренюк С.А., Сайфутдинов К.А.

Факторы риска возникновения катетер-ассоциированных инфекций мочевого тракта у пациентов урологического профиля старше 60 лет

ГУЗ «Ульяновский областной клинический госпиталь ветеранов войн»

Актуальность проблемы. Инфекции мочевого тракта (ИМТ) представляют собой наиболее частый вид госпитальных инфекций и составляют от 22 до 40% всех ИСМП. Основным фактором риска возникновения ИМТ является катетеризация мочевого пузыря. Цель нашей работы – проследить зависимость между вероятностью развития катетер-ассоциированной инфекции мочевого тракта (КАИМТ) и длительностью катетеризации. В РФ инфекции мочевых путей относятся к числу наиболее распространенных инфекционных заболеваний, составляя 60–70% от всех заболеваний мочевыводящих путей.

Цель исследования – изучить факторы риска возникновения катетеро-ассоциированной инфекции мочевого тракта (КАИМТ) у пациентов урологического профиля старше 60 лет.

Материалы и методы исследования. Для определения связи между заболеваемостью с ИМТ и постановкой катетеров у пациентов, прошедших лечение с ноября 2023 года по февраль 2024 года в урологии УОКГВВ, проанализировано 94 карты стационарного больного. Для катетеризации применялись одноразовые двухходовые латексные катетеры Фолея. Идентификация микроорганизмов проводилась с учетом их тинкториальных, биохимических и культуральных свойств. При бактериологи-

ческом исследовании определялась степень бактериурии, количество колониеобразующих единиц в 1 мл мочи (КОЕ / мл), методом секторных посевов мочи на Колумбийский кровяной агар. Определение антибиотикорезистентности к антимикробным препаратам проводилось на основании клинических рекомендаций «Определение чувствительности к антимикробным препаратам». Для оценки антибиотикорезистентности применялся диско-диффузионный метод.

Результаты. Из 94 пациентов с ИМТ, трансуретральной резекцией простаты, прошедших через урологическое отделение, которым была проведена катетеризация мочевого пузыря, наблюдалось 69 человек. При анализе состояния пациентов с ИМТ оценивали влияние продолжительности катетеризации в днях на вероятность развития ИМТ. За исследуемый период катетеризации мочевого пузыря у урологических больных была проведена 100% госпитализированным на стационарное лечение, все они мужчины. Проведение инвазивной манипуляции проводилось в плановом порядке. У 60% пациентов катетеризация длилась 1–7 дней. В изучаемой группе пациентов 73% составили катетеризированные в возрасте от 60 до 84 лет. При проведении анализа выявлено 6 случаев КАИМТ с асимптоматической бактериурией, среди которых на долю микробиологически подтвержденной ИМТ приходится 22.2%, у которых после проведенного антибактериального лечения изменилась микрофлора мочи в сравнении с микрофлорой при поступлении, в связи с этим страдает регистрация случаев ИСМП (КАИМТ). Доля микробиологически не подтвержденной симптоматической ИМТ составила 67%, что доказывает необходимость микробиологического анализа мочи всем пациентам, которым выполняется процедура катетеризации мочевого пузыря. На первом месте по частоте встречаемости представители семейства Enterobacteriaceae рода *Escherichia* (97%), на втором – представители рода *Pseudomonas*, *Klebsiella*, *Proteus* (3%). При оценке антибиотикорезистентности наибольшая чувствительность семейства Enterobacteriaceae, родов *Escherichia* и *Pseudomonas* выявлена у имипинема (100 %), на втором месте – у амикацина (63%), на третьем месте – у левофлоксацина и цiproфлоксацина (47%), наименьшая чувствительность выявлена у амоксициллина (2%). Штаммы семейства Enterobacteriaceae и рода *Pseudomonas* показали свою высокую резистентность в отношении цефалоспоринов II и III поколения (14,8%), выявлена антибиоти-

корезистентность к цефалоспориновому ряду. Анализ дезинфектантоустойчивости микроорганизмов, выделенных от урологических катетеризированных пациентов, проводился к: «Люир Гипохлору» (действующее вещество гипохлорит натрия), «Белодез» (действующее вещество активный хлор 2,0-3,0%), «Конти-Хлору» (действующее вещество Na- соль ДХИЦК в количестве 84%), «Телесфор форте» (действующее вещество – смесь ЧАС (7,0%) + Амин (0,8%) + Гуанидин (1,7%)). Исследования проводились в соответствии с МУ 3.5.13439-17. Было проведено 11 исследований. Анализ дезинфектантоустойчивости выделенных возбудителей показал, что они проявили высокую чувствительность к действующим веществам дезинфицирующих средств, а именно: к гипохлориту натрия, активному хлору, Na- соль ДХИЦК.

Выводы. 1. Бактериурии, связанные с кратковременной катетеризацией, в большинстве случаев протекают бессимптомно и вызываются, как правило, одним возбудителем. При увеличении времени катетеризации бактериурии становятся полимикробными. По региональным данным, показатель заболеваемости ИМТ в общей структуре ИСМП колеблется в пределах 0,004–0,02 на 1000 пролеченных пациентов, отмечается связь с процедурой катетеризации мочевого пузыря и может быть интерпретирована как случай инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи. 2. У пациентов пожилого и старческого возраста основным возбудителем ИМТ является грамотрицательный микроорганизм *E. Coli* и единичные грамположительные. 3. Микробиологический анализ мочи необходим всем пациентам, которым проводится процедура катетеризации мочевого пузыря, поскольку высока доля микробиологически подтвержденной симптоматической ИМТ – 22,2%. 4. Для эффективного назначения антимикробных препаратов необходим постоянный региональный мониторинг структуры уропатогенов и их антибиотикорезистентности, назначение с учетом регионального мониторинга. 5. Асимптоматическая бактериурия должна подлежать учету, необходимо активизировать выявление и регистрацию случаев ИСМП после катетеризации урологических пациентов.

Цитомегаловирусный гепатит у взрослых

ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска»

Актуальность. Внедрение в клиническую практику современных методов диагностики инфекционных заболеваний привело к пониманию, что этиологическая структура воспалительных поражений печени инфекционной природы не ограничивается только гепатотропными вирусами типа А, В, С, D, E, G, TTV, но и может быть вызвана цитомегаловирусом, вирусом Эпштейн-Барр, герпесвирусами, энтеровирусами и т.д.

Среди немногочисленных публикаций по проблеме приобретенного ЦМВ-гепатита у взрослых, большинство касается иммунокомпрометированных пациентов (инфицированных ВИЧ, получающих иммуносупрессивную терапию, подвергшихся трансплантации печени и т.п.). Однако в ряде случаев ЦМВ-гепатит может развиваться и у пациентов без иммунодефицита.

Целью нашей работы является анализ клинической картины ЦМВ-гепатита у взрослых пациентов, находившихся на лечении в инфекционных отделениях ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска».

Методы и результаты. Нами был проведен ретроспективный анализ стационарных карт 7 пациентов, которым был поставлен диагноз «цитомегаловирусный гепатит». Все пациенты были лицами мужского пола в возрасте от 28 до 34 лет, не имеющими хронических соматических заболеваний. Больные проживали в удовлетворительных жилищных условиях с семьей, в которой в течение последних 1,5 лет появился новорожденный. Контакт с инфекционными больными пациенты отрицали.

Все пациенты были госпитализированы с жалобами на повышение температуры до 38,5–39,8°C, общую слабость, быструю утомляемость, ломоту в теле, головные боли, снижение аппетита. Трое больных отмечали, что на фоне заболевания они похудели на 5–10 кг. Лихорадка сохранялась у данных пациентов в течение 2-3 недель. При объективном осмотре лишь у 4 больных была выявлена гепатомегалия, у других не было выявлено никаких патологических изменений со стороны внутренних органов.

При лабораторном обследовании, у всех пациентов отмечался лимфоцитоз к общему анализу крови (максимально до 54%), при этом атипичные мононуклеары не обнаруживались. В биохимическом анализе крови отмечалось повышение трансаминаз от 5 до 20 норм, ГГТП от 2 до 4 норм, показатели билирубина оставались в пределах нормы.

Пациентам в условиях стационара были исключены вирусные гепатиты А, В, С, Е, D, вирус Эпштейн-Барр инфекция, лимфопролиферативные и онкологические заболевания, аутоиммунные гепатиты. У всех пациентов методом ПЦР было подтверждено наличие РНК ЦМВ в крови, а также присутствие антител к ЦМВ класса Ig М. При этом показатели иммунограммы у всех пациентов оставались в пределах нормальных значений, анализ на ВИЧ был отрицательным.

Всем пациентам была назначена комплексная противовирусная, иммуностимулирующая и гепатопротективная терапия, на фоне которой отмечалась положительная динамика в виде нормализации температуры в течение 3-5 дней, снижение трансаминаз. Контрольные ПЦР исследования крови на ЦМВ через 1 месяц показали отрицательные результаты.

Выводы: для улучшения расшифровки этиологии поражения печени, необходимо проявлять настороженность в отношении ЦМВ-инфекции у взрослых лиц с длительным лихорадочным синдромом и явлениями гепатита, даже при отсутствии фоновых иммунодефицитных состояний.

Кузьмина А.А.^{1, 2}, Ильмухина Л.В.^{1, 2}, Верушкина А.С.^{1, 2}, Саранская Я.Е.^{1, 2}

Оказание специализированной медицинской помощи детям с хроническим вирусным гепатитом С на территории Ульяновской области

¹ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»

² ГУЗ «Городская клиническая больница святого апостола Андрея Первозванного»

На сегодняшний день остается актуальной проблема вирусного гепатита С, в том числе среди детей. Ориентировочная заболеваемость хроническим гепатитом С в детской популяции в РФ может составлять

0,37% (0,26-0,39%) – от 80 500 до 123 000 человек [Vasily Isakov at al. Liver International, 2021].

Противовирусная терапия хронических вирусных гепатитов долгие годы считалась одной из наиболее тяжелых проблем в связи с ее низкой эффективностью и развитием нежелательных явлений. Сегодня появились принципиально новые терапевтические возможности, позволяющие значительно повысить эффективность противовирусной терапии хронических вирусных гепатитов до 99%, и сократить длительность терапии до 8 недель.

В феврале 2019 г. на территории РФ была одобрена безинтерфероновая противовирусная терапия гепатита С у детей с возраста 12 лет; а с апреля 2022 г. стала доступна детям в возрасте от 3 лет.

До 2023 года в регионе не проводилось оказание специализированной медицинской помощи детям, наблюдающихся с диагнозом хронический гепатит С и такие пациенты направлялись в федеральные центры (ФГБУ «Детский научно-клинический центр инфекционных болезней ФМБА» г. Санкт-Петербург), а также в «Нижегородский НИИ детской гастроэнтерологии Минздрава России» в рамках межтерриториального взаимодействия, с оплатой медицинской помощи по ОМС лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ.

В 2023 году для оказания медицинской помощи детям от 3 до 18 лет с хроническим вирусным гепатитом С по согласованию с Министерством здравоохранения Ульяновской области на базе ГУЗ «Городская клиническая больница святого апостола Андрея Первозванного» развернут дневной стационар на 4 койки для проведения противовирусного лечения.

По итогам 2023 года в дневном стационаре ГУЗ «Городская клиническая больница святого апостола Андрея Первозванного» успешно пролечено 10 пациентов в возрасте от 3-х до 15 лет по схеме Глекапревир + Пибрентасвир в течение 8 недель. Из них 3 ребенка (старше 12 лет) получали лекарственный препарат в виде таблеток, а 7 детей младше 12 лет получали лекарственный препарат в специальной лекарственной форме в виде гранул.

С марта 2023 г. решением Экспертного совета благотворительного фонда «Круг добра» хронический вирусный гепатит С был внесен в Перечень тяжелых жизнеугрожающих и хронических заболеваний, в том числе редких

(орфанных) заболеваний, в связи с чем было принято решение о централизованной закупке Фондом препаратов прямого противовирусного действия с дальнейшим индивидуальным распределением препаратов в регионе.

Таким образом, чтобы достичь ключевых целей ВОЗ по элиминации гепатита С к 2030 году, необходима информированность населения и непрофильных специалистов о хроническом гепатите С, методах и эффективности его противовирусного лечения; активный скрининг с целью раннего выявления; достаточный охват противовирусной терапией пациентов с гепатитом С; расширение доступа к специализированной медицинской помощи.

Кутинова С.В., Салина Г.В.

Актуальные аспекты в эпидемиологии хронических вирусных гепатитов

ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Ульяновской области»

Хронические вирусные гепатиты (ХВГ) – хронические воспаления печени, вызываемые гепатотропными вирусами, продолжающиеся без тенденции к улучшению не менее 6 месяцев с возможными тяжелыми последствиями (цирроз печени и гепатоцеллюлярная карцинома), являющимися основными факторами бремени заболеваемости и смертности. Подавляющее большинство случаев ХГ обусловлено парентеральными вирусными гепатитами В и С.

Глобальная стратегия сектора здравоохранения по проблеме вирусных гепатитов – к 2030 году добиться элиминации вирусных гепатитов как угрозы общественному здоровью.

За последнее десятилетие (с 2013 по 2022 г.) активность эпидемического процесса острых вирусных гепатитов (ОВГ) в Ульяновской области, как и в целом по Российской Федерации, заметно снизилась.

Заболеваемость хроническими вирусными гепатитами (ХВГ) также имеет тенденцию к снижению. В Ульяновской области суммарная заболеваемость впервые выявленными формами хронических вирусных гепатитов с 2013 г. (50,3 на 100 тыс. населения) по 2022 г. (28,2 на 100 тыс. насе-

ления) снизилась в 1,78 раза, в т.ч. заболеваемость ХВГВ – в 2,7 раза (с 9,8 до 3,6 на 100 тыс. населения), заболеваемость ХВГС – в 1,6 раза (с 40,5 до 24,6 на 100 тыс. населения).

В этиологической структуре впервые зарегистрированных случаев ХВГ преобладает хронический гепатит С (ХГС), за последние 10 лет доля его составляла от 12,2% (2013 г.) до 17,1% (2015 г.) среди всех ХВГ.

Наибольшая доля заболевших ХВГВ приходится на взрослое население в возрасте старше 50 лет – 58,6%. Возрастное соотношение: заболевшие ХВГС 30-39 лет – 29,8%, 40-49 лет – 24,6%, старше 50 лет – 36,6%. Преобладают социально уязвимые группы населения: безработные, инвалиды, пенсионеры – 70,9% (ВГВ), 73,1% (ВГС).

С 2013 г. не отмечено заражение вирусными гепатитами в медицинских учреждениях при проведении инвазивных манипуляций, гемотрансфузий. Среди заболевших в 2013–2022 г. в структуре установленных причин инфицирования наибольшую долю составила передача вируса половым путем – 20,1% (ВГВ) и 21,4% (ВГС), при парентеральном введении психотропных препаратов – 16,7% (ВГВ) и 13,6% (ХГС), заражение парентеральным путём в бытовых условиях – 17,3% (ВГВ) и 15,3% (ХГС), вертикальный путь передачи – 0,7% (ВГВ) и 0,3% (ХГС). В наибольшем числе случаев источник инфицирования остается неустановленным 45,2% и 49,4%, что требует безотлагательных мер по повышению качества методов лабораторной и эпидемиологической диагностики.

Несмотря на снижение количества ежегодно регистрируемых случаев заболевания хроническими вирусными гепатитами В и С, кумулятивное число пациентов с ХВГВ и ХВГС сохраняется на высоких цифрах. Согласно данным, представляемым медицинскими организациями Ульяновской области, на 31.12.2022 на диспансерном учете состояли 7 093 человека (2021 г. – 7 660 чел., 2020 г. – 7 472 чел.), из них наблюдались с прохождением клинико-лабораторного обследования только 5 881 человек (82%).

Заключение: заболеваемость вирусными гепатитами В и С имеет устойчивую тенденцию к снижению как в целом в РФ, так и на территории Ульяновской области; в этиологической структуре хронических вирусных гепатитов преобладает гепатит С, что, несомненно, связано с успехами вакцинопрофилактики гепатита В.

Для снижения бремени хронических вирусных гепатитов:

– необходимо обеспечить в медицинских организациях доступность диагностики с использованием современных методов лабораторной диагностики;

– совершенствование системы регистрации и учета заболеваемости вирусными гепатитами на основе внедрения автоматизированных информационных систем (единый регистр больных хроническими вирусными гепатитами);

– принять меры по обеспечению более полного охвата больных диспансерным наблюдением, в т.ч. необходимым объемом диагностических исследований, усилить меры по гигиеническому воспитанию населения с помощью средств массовой информации.

Сорокина Л.В., Цветкова О.В.

Особенности защиты прав потребителей в ковидный, постковидный периоды

ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Ульяновской области»

Актуальность проблемы. В период распространения новой коронавирусной инфекции и введения экономических санкций вопросы защиты прав потребителей приобрели особую значимость. Эффективная защита прав потребителей с учётом возросшего числа проблем становится всё более приоритетной. Несмотря на то, что в условиях экономической нестабильности государство вырабатывает новые механизмы противодействия возникающим рискам с целью обезопасить граждан от потенциальных рисков нарушения их прав и законных интересов, для чего вводятся дополнительные механизмы, часть из которых носит временный характер, имеют место факты нарушения баланса интересов сторон в потребительских правоотношениях.

К числу приоритетных сфер, которые в условиях пандемии и постпандемии оказались наиболее уязвимыми в части нарушений прав потребителей, можно отнести следующие: сфера дистанционной торговли; по-

купка строительных материалов, мебели, технически сложных товаров; банковская сфера и страхование; сфера туризма и авиаперевозок; сфера бытовых услуг; сфера медицинских услуг.

Именно эти сферы в первую очередь потребовали оптимизации гарантий прав потребителей и введения дополнительных мер защиты этих прав.

Анализируемый период отмечен ростом потребительского спроса на определённые группы товаров и сопутствующих им услуг, который, в свою очередь, имел определённое значение для экономики, но в то же время повлёк за собой рост претензий потребителей к недобросовестным действиям хозяйствующих субъектов.

Цель исследования – изучение характера изменения потребительского спроса на основе статистики и анализа обращений граждан в кризисные периоды, исследовалась роль правового просвещения потребителей.

Материалы и методы. За основу взяты статистические данные за три годовых отчётных периода работы консультационного центра и пунктов для потребителей ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Ульяновской области» – 2020 г., 2021 г. и 2022 г.

Анализ и сравнение внутри каждой видовой группы консультаций граждан показал не только определённую динамику количественных изменений, но и вскрыл ряд новых проблем, связанных с недобросовестными практиками хозяйствующих субъектов.

В условиях пандемии и последующего периода угрозы экономической нестабильности, когда численно сократилась возможность граждан пользоваться услугами выездного туризма, возросла потребность граждан в улучшении жилищных условий – отделка, ремонтные работы, строительство жилья (участие в долевом строительстве, индивидуальная застройка), приобретение строительных материалов, мебели и т.д. В этой связи, исходя из характера жалоб потребителей, анализа договоров, заключённых потребителями, были выявлены следующие проблемные вопросы.

	Группы товаров, виды услуг	2020 г.	2021 г.	2022 г.	Нарушения прав потребителей
1	Мебель	116	172	164	нарушение срока исполнения договора,
	Строительные материалы	88	116	123	передача товара с недостатками, нарушение срока рассмотрения

	Двери	38	44	62	претензий потребителей, введение потребителей в заблуждение относительно предмета договора
	Окна	32	53	67	
2	Технически сложные товары	519	479	480	права потребителей в постгарантийный период
3	Дистанционная купля-продажа товаров	170	189	266	ущемление прав потребителей при возврате товара с недостатками продавцу. односторонний отказ продавца исполнить договор на изначально согласованных условиях
4	Туристские услуги	156	97	85	отказ вернуть уплаченные денежные средства в связи с неисполнением обязательств
5	Транспортные услуги (авиасообщение)	115	90	130	несение убытков в результате несостоявшихся авиарейсов, либо в результате изменения условий договора
6	Бытовые услуги	140	196	246	неквалифицированные действия представителей услуг, нарушения сроков окончания работ, введение потребителей в заблуждение относительно размера неустойки, незаключение договоров в письменной форме и т.д.
7	Медицинские услуги	173	153	103	
8	Финансовые услуги	179	189	217	навязывание дорогостоящих дополнительных услуг при заключении договоров автокредита (АвтоДруг, АвтоПомощник, АвтоЗащита)

Результаты работы. Эффективная защита интересов потребителей является важной частью деятельности консультационного центра. Постоянное пополнение знаний посредством изучения действующего законодательства, правоприменительной практики, судебной практики, анализ новых форм нарушений прав потребителей и, соответственно, разработка новых форм противодействия нарушениям ставит просветительскую дея-

тельность специалиста по защите прав потребителей в разряд значимых, необходимых. Одним из важнейших направлений деятельности консультационного центра и пунктов для потребителей является применение мер превентивного, предупредительного характера, в первую очередь нацеленных на повышение правовой грамотности и информированности потребителей о правах и механизмах их защиты, на формирование устойчивых навыков грамотного, разумного, рационального поведения на потребительском рынке.

Выводы. Пропаганда потребительских знаний среди всех слоёв российского общества, информирование, консультирование граждан позволит обеспечить эффективную защиту прав потребителей, гармоничное решение проблем взаимодействия и поддержания баланса интересов производителя, продавца и потребителя.

Халиуллов И.Э., Ешков Д.А.

**Анализ рентгенологических исследований населения
Ульяновской области по результатам
радиационно-гигиенической паспортизации
за 2018–2022 годы**

ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Ульяновской области»

Актуальность проблемы. Проблема радиационной безопасности при облучении населения региона медицинскими источниками всегда актуальна, так как, согласно данным многочисленных исследований, среди источников ионизирующего излучения медицинские источники являются вторым основным фактором облучения населения во всем мире.

Цель работы – оценка вклада медицинских источников облучения в индивидуальную дозу облучения населения Ульяновской области.

Материалы и методы. В рамках данной работы проанализированы сведения из формы №3-ДОЗ «Сведения о дозах облучения пациентов при проведении медицинских рентгенорадиологических исследований» и ра-

диационно-гигиенические паспорта административных территорий Ульяновской области за 2018–2022 годы.

Несмотря на появление новых диагностических средств (УЗИ, эндоскопии, МРТ и др.) роль рентгенодиагностики в постановке диагноза, в контроле за эффектом лечения многих заболеваний практически не снижается. Так, еще в 1979 году К. Morgan определил, что 70% диагнозов заболеваний устанавливается именно рентгенологическим методом.

Таблица 1

Структура облучения населения Ульяновской области при медицинских процедурах за 2018-2022 годы

Виды процедур	2018	2019	2020	2021	2022
Флюорографические	648 086	600 687	571 104	582 983	517 019
Рентгенографические	1 381 701	1 416 510	1 277 264	1 139 644	1 235 116
Рентгеноскопические	11 675	6 588	12 835	13 824	9 696
КТ	124 834	162 798	197 954	250 860	187 212
РНИ	3 381	3 374	2 446	2 727	4 151
Прочие	4 241	7 527	4 748	6 446	4 642
ВСЕГО	2 173 918	2 197 484	2 066 351	1 996 484	1 953 194

Результаты исследований показали, что структура лучевой диагностики за эти годы существенно не изменилась, за исключением роста числа выполненных компьютерных томографий, вклад которых в число рентгенодиагностических исследований вырос особенно в 2020 году по сравнению 2019 годом до 9,5% и до 12,5% в 2021 году.

Выводы:

1. Общее количество рентгенорадиологических исследований за данный период времени уменьшилось на 11,2%.
2. Уменьшилось также общее количество флюорографических исследований на 21,3%.
3. Уменьшилось общее количество рентгенографических исследований на 11,6%.
4. Имеется неустойчивая тенденция к снижению рентгеноскопических исследований на 17% с всплеском высоких показателей в ковидных 2020-2021 годах.

5. Количество исследований по КТ имеет устойчивый рост за данный отрезок времени до 58% и огромным скачком в сторону увеличения в 2020-2021 годах, когда был пик заболеваемости COVID-19.

6. Показатели средних индивидуальных доз населения нашего региона за 2018–2022 годы имеет устойчивую тенденцию к росту до 44% за счет таких дозообразующих процедур как рентгеноскопия, радионуклидные исследования и особенно КТ.

Шальнева И.А., Зубкова Т.М., Кочнева С.И.

Органолептический анализ в проведении санитарно-гигиенических лабораторных исследований

ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Ульяновской области»

Цель данной работы – показать актуальность и специфику органолептического метода в проведении санитарно-гигиенических лабораторных исследований.

Большое значение при проведении органолептического анализа имеют профессиональные знания эксперта-дегустатора, прошедшего тестирование на владение сенсорными способностями и владеющего современными методами органолептических испытаний. Методов органолептической оценки на данный момент существует более 10. Это и потребительские исследования, и различительные методы. Испытательный лабораторный центр в своей работе использует метод «скоринг» (балльный метод) и метод описания.

Объектами органолептического анализа (оценки) являются: пищевая продукция и продовольственное сырье, вода питьевая, вода минеральная, объекты непродовольственного назначения.

Для организации проведения данных исследований в соответствии с требованиями ГОСТ Р 53701-2021 «Руководство по применению ГОСТ ИСО/МЭК 17025 в лабораториях, применяющих органолептический анализ» разработана Программа отбора и обучения испытателей, утверждены составы дегустационных комиссий и стандартизованные операционные процедуры подготовки и проведения испытаний. В зависимости от

объекта испытаний численность комиссий варьирует от 3 до 7 человек. Создаются условия проведения исследований, регламентируемые по микроклимату и уровню освещенности. Для проведения органолептических исследований товаров непродовольственной группы используется специальное оборудование – климатическая камера. Исследования продуктов питания и товаров непродовольственной группы завершаются составлением дегустационного листа.

На долю органолептического метода приходится 16% всех исследований воды, продуктов питания и товаров непродовольственной группы. За период 2019–2023 г. на органолептические показатели исследовано 16 118 проб, из которых 12 905 проб воды, 1 855 проб продуктов питания и 1 358 образцов товаров непродовольственной группы. Отклонения от норм обнаружены в 62 пробах (49 проб воды и 13 проб продуктов питания). Для обеспечения достоверности результатов проводится внутрилабораторный контроль квалификации испытателей. Лаборатория успешно участвует в межлабораторных сличительных испытаниях.

Для дальнейшего совершенствования органолептического метода перед Испытательным лабораторным центром определены следующие задачи:

1. Провести в 2024-2025 годах обучение испытателей органолептических исследований на внешних базах по конкретным видам продукции (мясная, молочная, алкогольная), в том числе в филиалах.

2. Пополнить коллекцию запахов в соответствии с требованиями ГОСТ Р ИСО 5496.

3. Расширить перечень объектов для проведения межлабораторных сличительных испытаний у официальных провайдеров за счет воды питьевой и товаров непродовольственной группы.

4. Провести межлабораторные сличительные испытания между лабораториями Центра и филиалов.

Раздел 7. Информационные технологии в системе здравоохранения

Механюк А.В., Курзаев А.Ю., Шабашова Ю.В.

Внедрение системы поддержки принятия врачебных решений на основе искусственного интеллекта в Региональную медицинскую информационную систему

ГУЗ «Ульяновский областной медицинский информационно-аналитический центр»

В рамках мероприятий Федерального проекта «Создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе единой государственной информационной системы здравоохранения (ЕГИСЗ)» и национального проекта «Здравоохранение», направленных на исполнение Указа Президента Российской Федерации от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» для создания, ввода в эксплуатацию, развития и модернизации государственных информационных систем в сфере здравоохранения Ульяновской области реализуется региональный проект «Создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе единой государственной информационной системы здравоохранения (ЕГИСЗ)».

В соответствии с вышеуказанным проектом, с 2023 года в здравоохранение субъектов Российской Федерации происходит внедрение отечественных медицинских изделий с технологиями искусственного интеллекта, которые в обязательном порядке должны быть зарегистрированы в Росздравнадзоре и иметь регистрационное удостоверение на медицинское изделие. В 2023 году все субъекты Российской Федерации (кроме новых территорий) внедрили не менее одного медицинского изделия с использованием искусственного интеллекта.

Не осталась в стороне и Ульяновская область, и в 2023 году в Государственную информационную систему «Региональная медицинская информационная система Ульяновской области» (далее – Система/ГИС РМИС УО), объединяющую в единый цифровой контур медицинские организации ре-

гиона, было внедрено медицинское изделие с технологией искусственного интеллекта Webiomed для автоматического анализа обезличенных медицинских данных с целью прогнозирования возможного развития заболеваний и их осложнений на персональном и популяционном уровне. Другими словами, была внедрена система поддержки принятия врачебных решений (СППВР).

Платформа Webiomed поддерживает выявление подозрений для болезней крови и кроветворных органов, эндокринных заболеваний (сахарный диабет), заболеваний органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, а для сердечно-сосудистых заболеваний происходит оценка рисков.

Система способна рассчитать персональный индекс полноты обследования и качества ведения электронной медицинской карты пациента и контролировать соблюдение клинических рекомендаций и порядка проведения диспансерного наблюдения взрослого населения.

Система осуществляет анализ обезличенной электронной медицинской карты (ЭМК), выявляет в ней факторы риска, подозрения на пропущенные заболевания и дает комплексную оценку группы риска пациента по различным нозологиям.

Функциональные возможности:

- автоматическое извлечение данных из ЭМК,
- автоматическое формирование цифрового профиля пациента,
- выявление факторов риска,
- выявление подозрений на пропущенные заболевания,
- индивидуальные прогнозы развития заболеваний и их осложнений,
- комплексная оценка группы риска,
- индивидуальные рекомендации врачу и пациенту.

Как это работает

– Вся информация из ЭМК попадает в Webiomed автоматически, врачу не нужно ничего вносить вручную.

– Врач, работая с ЭМК в медицинской информационной системе, запрашивает консультацию искусственного интеллекта.

– Информационная система автоматически анализирует ЭМК пациента и отправляет в «облачную» Webiomed анонимный запрос на анализ данных.

– Модели машинного обучения анализируют полученные данные и формируют комплексную оценку здоровья пациента и рисков его ухудшения.

– В ответ Webiomed возвращает выявленные факторы риска и оценку группы риска пациента. Результаты выводятся в виде странички на сайте системы.

– Ответ содержит детальные пояснения и рекомендации для врача и пациента.

С момента внедрения Системы поддержки принятия врачебных решений в здравоохранение Ульяновской области от 57 медицинских организаций поступают запросы на обработку ЭМК и уже загружено 431 тыс. пациентов.

Однако у внедрения систем искусственного интеллекта в медицинскую сферу есть проблемы и недостатки, о которых нельзя забывать. В связи с тем, что во входных данных ЭМК (врачебные осмотры, лабораторные и инструментальные исследования, рецепты, листы нетрудоспособности, диспансеризация, свое рода анкеты пациента) медицинскими сотрудниками вносятся неполные данные, допускаются всевозможные неточности и ошибки или вовсе отсутствует важная информации о больных, как особенности и условия их жизни, их привычки (в том числе вредные) и т.д., то при анализе и отправке структурированных электронных медицинских документов происходит ошибка – таким образом, система Webiomed не всегда может в полном объеме получить информацию о пациенте, провести анализ и предоставить врачу пояснения и рекомендации.

В целом, Система является отличным помощником как для врачей, позволяя автоматизировать процесс диспансерного наблюдения в части обследований, анализ динамики состояния здоровья и выявления рисков развития патологий, так и для организаторов здравоохранения, позволяя формировать оперативную статистическую информацию для принятия решений.

Искусственный интеллект способен обрабатывать большое количество данных, что существенно увеличивает точность и эффективность постановки диагнозов. Чтобы изучить несколько миллионов записей в медицинских картах, врачу нужны годы, а искусственный интеллект справляется с этим за считанные секунды.

Искусственный интеллект уже сегодня часто показывает более высокую точность при постановке диагнозов и выполнении других работ, чем врач. Если же доктор и искусственный интеллект будут работать вместе, то вероятность ошибок сводится практически к уровню статистической погрешности.

Семенов Д.С., Механюк А.В., Аникин А.В.

Система безопасности значимых объектов критической информационной инфраструктуры в медицинской организации

ГУЗ «Ульяновский областной медицинский информационно-аналитический центр»

Целью создания системы безопасности значимых объектов критической информационной инфраструктуры медицинской организации является обеспечение их устойчивого функционирования. Средства и методы должны соответствовать категории значимости и быть адекватны для противодействия текущим угрозам. Предположим, перечень объектов критической информационной инфраструктуры определен, объекты категорированы, что делать дальше?

Дальше системы безопасности создаются в отношении всех значимых объектов критической информационной инфраструктуры медицинской организации в соответствии с требованиями Приказа Федеральной службы по техническому и экспортному контролю от 21 декабря 2017 г. № 235 «Об утверждении Требований к созданию систем безопасности значимых объектов критической информационной инфраструктуры Российской Федерации и обеспечению их функционирования».

Системы безопасности должны объединять силы обеспечения безопасности значимых объектов критической информационной инфраструктуры медицинской организации и используемые ими средства обеспечения безопасности значимых объектов критической информационной инфраструктуры.

К силам обеспечения безопасности значимых объектов критической информационной инфраструктуры относятся подразделения (работники) медицинской организации, ответственные за обеспечение безопасности значимых объектов критической информационной инфраструктуры.

К средствам обеспечения безопасности значимых объектов критической информационной инфраструктуры медицинской организации относятся программные и программно-аппаратные средства, применяемые для обеспечения безопасности значимых объектов критической информационной инфраструктуры (средства защиты информации), в том числе:

- средства защиты информации от несанкционированного доступа (включая встроенные в системное, прикладное программное обеспечение);
- межсетевые экраны;
- средства обнаружения (предотвращения) вторжений;
- средства антивирусной защиты;
- средства (системы) контроля (анализа) защищенности;
- средства управления событиями безопасности;
- средства защиты каналов передачи данных.

Состав и структуру системы безопасности, а также функции ее участников при обеспечении безопасности значимых объектов критической информационной инфраструктуры определяет руководитель медицинской организации, в том числе определяет структурное подразделение, ответственное за обеспечение безопасности значимых объектов критической информационной инфраструктуры (структурное подразделение по безопасности), или назначает отдельных работников, ответственных за обеспечение безопасности значимых объектов критической информационной инфраструктуры, а также определяет обязанности, возлагаемые на работников структурного подразделения по безопасности, в их должностных регламентах (инструкциях).

Структурное подразделение по безопасности, взаимодействуя с подразделениями (работниками), эксплуатирующими значимые объекты критической информационной инфраструктуры, либо с привлечением организаций, имеющих лицензию на деятельность по технической защите информации и (или) на деятельность по технической защите конфиденциальной информации, должно:

– разработать необходимые организационно-распорядительные документы по безопасности значимых объектов критической информационной инфраструктуры;

– провести анализ угроз безопасности информации в отношении значимых объектов критической информационной инфраструктуры и разработать Модель угроз безопасности информации;

– определить необходимые требования по обеспечению безопасности значимых объектов критической информационной инфраструктуры, обеспечить реализацию организационных мер и эксплуатацию средств защиты информации;

– определить порядок реагирования на компьютерные инциденты в соответствии с пунктом 6 части 4 статьи 6 Федерального закона N 187-ФЗ «О безопасности критической информационной инфраструктуры Российской Федерации»;

– организовать проведение оценки соответствия значимых объектов критической информационной инфраструктуры требованиям по безопасности.

Выбор организационных и технических мер обеспечения безопасности значимых объектов критической информационной инфраструктуры осуществляется медицинской организацией самостоятельно на основе анализа и моделирования угроз безопасности и определения возможных способов реализации (возникновения) угроз безопасности информации и последствий их реализации (возникновения).

Организационно-распорядительные документы, определяющие порядок и правила функционирования системы безопасности значимых объектов критической информационной инфраструктуры медицинской организации, а также порядок и правила обеспечения их безопасности, разрабатываются с учетом особенностей деятельности медицинской организации, нормативных правовых актов в области обеспечения безопасности критической информационной инфраструктуры. При этом положения, определяющие порядок и правила обеспечения безопасности значимых объектов критической информационной инфраструктуры, могут быть включены в общие документы по вопросам обеспечения информационной безопасности (защиты информации) медицинской организации, а также могут являться частью документов по вопросам функционирования значимого объекта критической информационной инфраструктуры.

Состав и формы организационно-распорядительных документов определяются руководителем медицинской организации по предложениям структурного подразделения по безопасности.

Организационно-распорядительные документы по безопасности значимых объектов критической информационной инфраструктуры утверждаются руководителем медицинской организации (уполномоченным лицом). По решению руководителя медицинской организации отдельные организационно-распорядительные документы по безопасности значимых объектов критической информационной инфраструктуры могут утверждаться иными уполномоченными на это лицами организации сферы здравоохранения.

По решению руководителя медицинской организации может организовываться внешняя оценка с привлечением организаций, имеющих лицензии на деятельность в области защиты информации (в части услуг по контролю защищенности информации от несанкционированного доступа и ее модификации в средствах и системах информатизации). Этап предполагает выполнение следующих процедур:

- формирование комиссии медицинской организации для внутреннего контроля либо выбор внешней организации-аудитора;
- проверка выполнения требований и организационно-распорядительных документов по безопасности значимых объектов критической информационной инфраструктуры медицинской организации;
- инструментальный контроль выполнения технических мер безопасности значимых объектов критической информационной инфраструктуры медицинской организации.

На основе замечаний, выявленных по результатам контроля, формируются предложения по совершенствованию безопасности значимых объектов критической информационной инфраструктуры медицинской организации, включаются в ежегодный план мероприятий по обеспечению безопасности значимых объектов критической информационной инфраструктуры и устраняются в установленные сроки.

Таков примерный порядок создания, эксплуатации и контроля системы безопасности значимых объектов критической информационной инфраструктуры в медицинской организации.

Раздел 8. Клиническая лабораторная диагностика

Вяльдина В.В., Образцова Т.М.

Определение антител к циклическому цитруллинированному пептиду на анализаторе «Маглуми 2000 плюс»

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»

Согласно клиническим рекомендациям по ревматоидному артриту (РА), РА является одним из наиболее тяжелых иммуновоспалительных заболеваний, что определяет большое медицинское и социально-экономическое значение этой патологии. Диагностика РА на ранних этапах затруднена, поскольку его симптомы схожи с картиной других заболеваний (различного рода артритов, болезни Бехтерева, системной красной волчанкой, болезнью Лайма и другими инфекциями). Актуальность поисков ранней диагностики очевидна. Основными серологическими маркерами ревматоидного артрита (РА) являются два семейства аутоантител: ревматоидный фактор (РФ) и антицитруллиновые антитела (АЦА). До недавнего времени наиболее широко используемым серологическим тестом при подозрении на РА было определение РФ. Но данный маркер недостаточно специфичен и может обнаруживаться при многих других аутоиммунных заболеваниях, инфекциях и других болезнях – даже у 4-5% здоровых людей. В настоящее время для диагностики РА применяются более информативные серологические маркеры: АЦА, в частности, антитела к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП), обладает более высокой специфичностью по сравнению с РФ (АЦЦП – 97%, РФ – 63%). В клинических рекомендациях определение содержания РФ в крови рекомендовано всем пациентам с недифференцированным артритом (НДА) и подозрением на РА с целью диагностики заболевания. Положительные результаты определения IgM РФ и АЦЦП в сыворотке крови входят в число классификационных критериев РА. Определение АЦЦП имеет большое значение для диагностики раннего РА, серонегативного по РФ, дифференциальной диагностики РА с другими заболеваниями, прогнозирования тяжелого эро-

живного поражения суставов и риска кардиоваскулярных осложнений. В июле 2023 г. в лаборатории инсталлирован иммунохемилюминисцентный (ИХЛ) анализатор Maglumi 2000 plus, в панели которого имеется многообразие аутоантител, в том числе АЦЦП (анти-ЦЦП). Цель исследования – оценка определения АЦЦП на анализаторе Maglumi 2000 plus. Принцип метода – непрямой ИХЛ анализ. Реакция проходит в магнитном поле с синтетическим антигеном ЦЦП с образованием иммунных комплексов (ИК). После инкубации добавляются моноклональные антитела против человеческого IgG, меченные АБЭЛ, инкубируют с образованием сендвич-комплекса, после осаждения и промывки, добавляют набор реагентов Starter (St1, St20) для инициирования хемилюминисцентной реакции. Измеряется световой сигнал, который пропорционален концентрации АЦЦП, представленных в образце. Результат измеряется в Ед/мл. Образцы с концентрацией IgG АЦЦП < 17 Ед/мл следует считать отрицательными. Образцы с концентрацией IgG антител к ССР > 17 Ед/мл следует считать положительными.

Материал и методы. Нами обследованы 264 пациента, находящиеся на стационарном лечении в ревматологическом отделении больницы и обратившиеся в поликлинику с целью получения консультации:

– мужчины: 43 человека (16,3%) > 50 лет – 32 человека, в том числе выше нормы 13. < 50 лет всего 11 человек, в том числе выше нормы – 1.

– женщины: 221 человек (83,7%) > 50 лет – всего 174 человека, в том числе выше нормы – 87. < 50 лет – всего 47 человек, в том числе выше нормы – 14.

Для оценки информативности аутоантител отдельно были проведены параллельно исследования на АЦЦП и РФ группе больных с установленным диагнозом РА. Всего – 57 пациентов, из них в 37 случаях параллельно серопозитивны по АЦЦП и РФ (64,9%). В 11 случаях параллельно серонегативны (19,2%), (15,8%) – 6 человек позитивны только по АЦЦП, 3 человека позитивны по РФ. В целом, АЦЦП достоверно чаще встречается в сочетании IgM РФ. Степень несовпадения серопозитивности по рассматриваемым маркерам, кроме высокой чувствительности теста АЦЦП, объясняется и тем, что доля пациентов находится на клеточной терапии. Нами была подтверждена возможность использования ИХЛ-анализатора Maglumi 2000 плюс с целью определения АЦЦП в практике лаборатории.

Лаврик М.В., Измайлова М.М., Феоктистова Е.А.

Значение расчетных показателей гематологического анализатора в общем анализе крови при диагностике анемий у беременных

ГУЗ «Ульяновская областная детская клиническая больница имени политического и общественного деятеля Ю.Ф. Горячева»

Актуальность. Одним из основных исследований, которое назначается беременной женщине, является общий анализ крови (ОАК) в силу своей доступности, безопасности и информативности. Особенности реакции нашего организма на многие патологические состояния складываются таким образом, что изменения в ОАК возникают задолго до того, как появляются какие-либо первые минимальные симптомы. Гематологический анализатор является важным инструментом для диагностики и мониторинга анемии. Он позволяет оценить различные показатели, включая эритроцитарные индексы. Эти индексы включают средний объем эритроцитов (MCV), среднюю концентрацию гемоглобина в эритроците (MCH), среднее содержание гемоглобина в эритроцитах (MCHC), ширину распределения эритроцитов (RDW).

Таким образом, в связи с новыми возможностями гематологических анализаторов и появлением дополнительных индексов крови встает вопрос о диагностической роли этих параметров в оценке железодефицитной анемии (ЖДА) беременных.

Цель исследования – оценить значение показателей, получаемых с помощью гематологических анализаторов крови в диагностике ЖДА у беременных.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 600 беременных женщин в возрасте от 18 до 30 лет, которые поступали на лечение в отделение патологии беременных ПЦ «Мама» ГУЗ «УОДКБ имени Ю. Ф. Горячева» и в плановом порядке сдавали одновременно ОАК и кровь на содержание сывороточного железа.

Клинический анализ крови проводили на гематологическом анализаторе «Sysmex XE-1000i». Анализировались показатели красной крови: число эритроцитов (RBC), гемоглобин (HGB), RDW и расчетные показатели MCV, MCH, MCHC. В сыворотке крови биохимическом анализаторе «OLUMPUS» (Япония) определялось сывороточное железо.

Анемия – состояние, при котором происходит уменьшение содержания в крови эритроцитов и гемоглобина. По данным ВОЗ, анемией страдают во всем мире около 2 млрд человек, распространённость в России у беременных - до 40 %. Частота анемий существенно возрастает в конце 2 триместра и максимальна в 3 триместре (с 8 % до 28 %).

Железо – микроэлемент, необходимый для нормальной работы организма, является компонентом гемоглобина эритроцитов. Когда железа начинает не хватать, организм начинает использовать железо из депо, концентрация гемоглобина при этом остается нормальной (прелатентный дефицит железа). При длительной нехватке железа его запасы истощаются (латентный дефицит железа в организме), что может привести к ЖДА.

ЖДА на основании эритроцитарных индексов (MCV, MCH) относится к микроцитарным гипохромным анемиям. Ее критерии: снижение уровня RBC и HGB, MCV менее 80 фл, MCH менее 27 пг, MCHC менее 320 г/л, RDW норма или увеличен.

ЖДА является последней стадией дефицита железа в организме. Клинических признаков дефицита железа на начальных стадиях нет, и диагностика предклинических стадий железодефицитного состояния стала возможной лишь благодаря развитию методов лабораторной диагностики.

Результаты исследования. У 145 беременных не было выявлено признаков ЖДА.

У 124 беременных в ОАК обнаружено повышение RBC при нормальном HGB, эритроцитарный индекс MCH был в пределах нормы или на нижней границе нормы, RDW незначительно повышен. Уровень сывороточного железа в пределах нормы. Это стадия прелатентного дефицита железа. Диагноз может быть установлен лишь на основании определения уровня ферритина.

Если не происходит адекватного восполнения дефицита железа на первой стадии, наступает вторая стадия железодефицитного состояния – латентный дефицит железа. Здесь в организме более выражены изменения в лабораторных показателях. Регистрируются снижение содержания железа в сыворотке и белках переносчиках. В нашем исследовании у 209 человек отмечалось снижение MCV, MCH, MCHC и повышение RDW. Уровень сывороточного железа у всех был снижен. HGB при этом был с норме или на нижней границе нормы.

В гипорегенераторной стадии ЖДА формируется истинная недостаточность кроветворения, связанная с неэффективным эритропоэзом. Эта стадия характеризуется снижением уровня HGB, железа и всех эритроцитарных индексов. Данная стадия было выявлена у 106 беременных. При этом значения MCV и MCH с нарастанием дефицита железа снижаются, а показания RDW прогрессивно нарастают с углублением анемии.

У 16 беременных MCV был повышен, в то время как MCH, MCHC и уровень железа были нормальными, указывая на макроцитарную нормохромную анемию. Такое состояние наблюдается при мегалобластной анемии, связанной с дефицитом фолата.

Выводы. Интерпретация эритроцитарных показателей гематологического анализатора играет ключевую роль в оценке анемии и помогает определить тип и степень анемии, что имеет важное значение для профилактики и лечения ЖДА у беременных.

При ЖДА у беременных отмечается снижение HGB, MCV, MCH, MCHC и повышение RDW. Снижение HGB, MCV, MCH достаточно для постановки диагноза ЖДА беременной и не требует исследования сывороточного железа.

Снижение только MCH, MCV и увеличение RDW указывает на возможный латентный дефицит железа и требует дополнительного изучения состояния обмена железа.

Учитывая это, эритроцитарные индексы, рассчитываемые современными гематологическими анализаторами, могут существенно увеличить информативность и эффективность ОАК.

Даньшина А.В., Клочкова Ю.Е., Анурина Д.К.

Цитологический скрининг рака шейки матки

ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. В РФ проведение профилактических медицинских осмотров и диспансеризации определенных групп взрослого населения регламентировано приказом МЗ РФ № 404н от 27 апреля 2021 г. «Об утвер-

ждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения (ДОГВН)» и включает в себя скрининг онкологических заболеваний, в том числе рака шейки матки [Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.04.2021 № 404н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» (Зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 30.06.2021 № 64042)].

Цель исследования – провести обзор научной литературы по скринингу рака шейки матки.

Методы исследования – анализ научной литературы.

Согласно Приказу, в рамках первого этапа ДОГВН цитологическое исследование мазка с шейки матки, окрашенного по Папаниколау, проводится женщинам в возрасте от 18 до 64 лет с периодичностью 1 раз в 3 года. При наличии медицинских показаний цитологическое исследование мазка (соскоба) с шейки матки может проводиться без учета установленной периодичности.

Несомненно, результативность цитологического исследования мазка с шейки матки зависит от соблюдения технологий проведения основных процессов, связанных с забором биоматериала и подготовкой препаратов. После нанесения клеточного материала на стекло необходимо его зафиксировать как можно скорее, не допуская даже незначительного локального высушивания. Немедленная фиксация убивает бактерии, денатурирует ферменты, устраняет возможность образования артефактов, связанных с высушиванием препарата. Готовый препарат помещают в контейнер и отправляют в лабораторию.

Стекла, окрашенные традиционным методом по Папаниколау, имеют некоторые ограничения. Неадекватные мазки составляют около 8% полученных образцов. Ложноотрицательные результаты могут быть получены из-за слипания клеток, если они неравномерно распределены на предметном стекле. При слишком длительном воздействии воздуха перед нанесением на предметное стекло и несвоевременной фиксации клетки могут деформироваться.

Для увеличения информативности цитологического материала рекомендуется использовать жидкостную цитологию. В данном методе материал из шейки матки собирается в раствор-консервант и отправляется в лабо-

раторию, где с помощью автоматической системы равномерно переносится тонким слоем на предметное стекло. Клеточная структура лучше сохраняется, поскольку клетки сразу же фиксируются. Кроме того, для сбора образца используется цервикальная щетка, которая захватывает одновременно экто-, эндоцервикс и зону трансформации. Однородный монослой клеток на предметном стекле легче воспринимается цитологом, а сам процесс предотвращает появление артефактов высыхания и удаляет большую часть загрязняющей слизи, элементов крови, бактерий и дрожжей. Значительно лучше просматриваются ядерные структуры: размер, окраска, ядерная мембрана, хроматин и ядрышки. Легче идентифицируются ядра атипичных клеток, что существенно поднимает чувствительность Пап-теста.

Согласно приказу МЗ РФ от 18.05.2021 № 464н [Приказ Министерства здравоохранения РФ от 18 мая 2021 г. № 464н «Об утверждении Правил проведения лабораторных исследований» (Зарегистрировано в Минюсте России 01.06.2021 № 63737)], при проведении цитологических исследований результатом исследования является цитологический диагноз, который формулируется с использованием цитологических терминов в соответствии с международными классификациями, которой и является The Bethesda System-2014.

Таким образом, скрининг является одним из лучших достижений в области профилактики рака шейки матки. Повышение эффективности цитологического метода является немаловажным фактором улучшения скрининга рака шейки матки, для чего необходимо обеспечить высокое качество всех этапов цитологического исследования.

Лаврик М.В., Феоктистова Е.А., Камалдинова Ю.В., Захаров М.В.

Диагностическая ценность тромбоцитарных индексов в оценке риска осложнений у беременных с HELLP-синдром

ГУЗ «Ульяновская областная детская клиническая больница имени политического
и общественного деятеля Ю.Ф. Горячева»

Актуальность. В акушерской практике HELLP-синдром является актуальной проблемой и опасным осложнением при беременности. Измене-

ния гемостаза во время беременности являются адаптационным процессом, но выраженная активация тромбоцитов является пусковым механизмом тромбообразования. Несмотря на успехи в области исследования системы гемостаза при беременности, большинство методик в клинической практике ограничено ввиду их дороговизны, в связи с чем особый интерес вызывают рутинно измеряемые в общем анализе крови на гематологическом анализаторе тромбоцитарные индексы (ТИ). Эти показатели являются относительно новыми и малоизученными параметрами.

Цель – провести анализ морфологических характеристик тромбоцитов и ТИ у беременных женщин с HELLP-синдром, поступивших в ПЦ «Мама» ГУЗ «Детская городская клиническая больница г. Ульяновска» за 2023 год.

Материалы и методы исследования. Общий анализ крови и определение морфологических параметров тромбоцитов у беременных проводился на гематологическом анализаторе Sysmex ХЕ-1000i. Ретроспективно исследованы истории болезней беременных в возрасте от 23 до 40 лет, у 11 был выявлен HELLP-синдром. Тромбоцитарное звено гемограммы оценивалось по количеству тромбоцитов и ТИ: средний объем тромбоцитов (MPV), ширина распределения тромбоцитов по объему (PDW), тромбоцит (PCT) – количество крупных тромбоцитов (P-LCR).

Результаты. Тромбоцит в состоянии покоя представляет собой дискообразную безъядерную клетку, продолжительность жизни – 8-10 дней. При повреждении эндотелия происходит активация тромбоцитов и он из дискоидной структуры превращается в сферическое тело, которое формирует нерастворимый тромб. Тромбоцитопения при HELLP-синдроме вызвана истощением тромбоцитов вследствие их потребления в процессе ДВС-синдрома.

Проанализировав истории болезни, у всех беременных женщин с HELLP-синдромом было отмечено снижение тромбоцитов уже при поступлении в стационар, максимальное падение наблюдалось на второй день после родов. При этом MPV при поступлении был у всех повышен, после родоразрешения он немного начинал снижаться и на пятый-шестой день приходил в норму. У двух женщин MPV после родоразрешения увеличился, это связано с ухудшением состояния роженицы и прогрессирования HELLP-синдрома. При микроскопии мазков крови анизоцитоз тромбо-

цитов наблюдался у всех женщин (это выражалось в повышенном PDW), у 94,4% женщин были обнаружены шизоциты и огромные молодые тромбоциты, округлой формы, с многочисленными отростками. Значение тромбокрита (PCT) у всех женщин был ниже нормы, а отношение объема крупных тромбоцитов к общему объему тромбоцитов (P-LCR) был выше нормальных значений.

Выводы. Изменения ТИ и морфологических характеристик тромбоцитов могут использоваться в качестве индикаторов осложнений при HELLP-синдроме. У беременных женщин с HELLP-синдромом было отмечено снижение тромбоцитов и повышение MPV, PDW и P-LCR. В клинической практике ТИ могут быть использованы для оценки функциональной активности тромбоцитов при беременности, осложненной гестозом и HELLP-синдромом. Дальнейшие исследования данной темы могут помочь в разработке более эффективных методов диагностики и лечения HELLP-синдрома, а также предотвращения его развития у беременных женщин на амбулаторном этапе.

Рябыкина А.В., Чернышева О.А.

Агрегация тромбоцитов как важный фактор погрешностей общего анализа крови

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»

Актуальность проблемы. Физиологическая функция тромбоцитов, такая как способность к агрегации, вносит подчас существенные сложности при выполнении общего анализа крови. Индуцированная адгезия и агрегация тромбоцитов ведет к образованию первичного тромбоцитарного тромба. Мелкие и крупные тромбы засоряют апертуру гематологического анализатора, что приводит к погрешностям в результатах анализа по всем трём каналам: лейкоцитарному, эритроцитарному, тромбоцитарному. Изменения в общем анализе крови могут быть от незначительных до выраженных. Только врач клинической лабораторной диагностики в

процессе валидации исследования решает одобрить анализ или повторить исследование.

Цель исследования – выявить случаи агрегации тромбоцитов в общем анализе крови, проанализировать результаты. Оценить влияние ЭДТА-зависимой агрегации тромбоцитов на показатели общего анализа крови: гемоглобин, количество эритроцитов, лейкоцитов, тромбоцитов. Определить тактику валидации анализа с такой погрешностью и пример записи заключения.

Методы исследования. Выполнение общего анализ крови на гематологическом анализаторе Beckman Coulter UniCel DxH 800, анализ литературных данных.

Результаты. Агрегация тромбоцитов влияет не только на определение тромбоцитов, но и на другие параметры общего анализа крови: гемоглобин, лейкоциты, эритроциты и эритроцитарные индексы. При выраженной спонтанной агрегации и видимых сгустках в пробирке, в анализе крови можно видеть критически низкие цифры гемоглобина, эритроцитов, лейкоцитов, тромбоцитов. Кроме этого, гематологический анализатор ставит значок агрегации тромбоцитов, ошибку. В таком случае кровь нужно перебрать, соблюдая правила забора, затем повторить анализ.

В других случаях агрегация тромбоцитов не так очевидна, проявляется в виде микросгустков, которые визуально не заметны в пробирке. Такие микросгустки в процессе анализа могут попадать в камеры подсчета эритроцитов, гемоглобина, лейкоцитов и исказить результат. Мы также наблюдали случаи, когда микросгустки вызывали не только понижение, но и ложное повышение гемоглобина, лейкоцитов. Для выявления ошибки важно оценивать параметр МСНС – индикатор грубых погрешностей, допущенных на аналитическом или преаналитическом этапах работы.

Для исключения ЭДТА-зависимой агрегации тромбоцитов необходимо повторить анализ из пробы крови с цитратом натрия.

Все результаты анализов, отклоняющиеся от нормы и особенно с признаками агрегации тромбоцитов, в обязательном порядке валидируются врачом клинической лабораторной диагностики, который после просмотра окрашенного мазка принимает решения о достоверности анализа.

Выводы. Внедрение новых технологий в лабораторную практику неизбежно, централизация лабораторной службы – мировая тенденция.

Однако базовые знания и умения не должны уходить на второй план в повседневной работе врача клинической лабораторной диагностики. И на сегодняшний день без глаз врачей-морфологов не обходится ни один общий анализ крови с патологией.

Цююк Н.Е.¹, Винокурова Е.В.²

Видовая структура сальмонелл и чувствительность возбудителей к антимикробным препаратам при сальмонеллезных инфекциях у детей

¹ ГУЗ «Областная детская инфекционная больница»;

² ГУЗ «Городская клиническая больница святого апостола Андрея Первозванного»

Актуальность. Проблема сальмонеллезов у детей не утратила своей актуальности: инфекция регистрируется во всех странах, в том числе и в Российской Федерации. Данное заболевание до сих пор является одним из самых распространенных острых кишечных инфекций среди детского населения в период 2019–2023 гг. Остро встает и проблема возникновения устойчивости возбудителя заболевания к противомикробным препаратам.

Цель исследования – изучить видовую структуру возбудителей сальмонеллезов, чувствительность наиболее часто выявляемых сальмонелл к антимикробным препаратам у детей инфекционного стационара.

Методы исследования. Проведен статистический анализ пациентов, госпитализированных в ГУЗ «Областная детская инфекционная больница» и ГУЗ «Городская клиническая больница святого апостола Андрея Первозванного» с диагнозом сальмонеллез. Для подтверждения диагноза проводилось микробиологическое исследование испражнений и ректальных мазков. Использовались культуральный и серологический методы. Чувствительность сальмонелл к антимикробным препаратам определялась диско-диффузионным методом.

Результаты. Заболеваемость сальмонеллезом среди детей в Ульяновской области последние пять лет носит в основном спорадический характер. В 2020 г. отмечалось её резкое снижение на фоне начала пандемии но-

вой коронавирусной инфекции (COVID-19), что наблюдалось и в России в целом. В период 2021–2023 гг. количество выявленных сальмонеллезов у пациентов увеличилось, что связано, вероятнее всего, с ослаблением иммунной системы вследствие перенесенной коронавирусной инфекции. В течение 2019–2023 гг. встречались достаточно разнообразные серологические варианты возбудителей сальмонеллезов у детей. Среди выявленных штаммов преобладала сальмонелла группы D, а именно *S. enteritidis* (83% от числа выделенных штаммов сальмонелл). Ежегодно регистрировалась *S. typhi murium* (9,4%), *S. newport* (2,4%), *S. virchow* (2,6%), *S. muenchen* (1,2%), *S. infantis* (1%), *S. heidelberg* (1%). Клинические проявления, вызванные различными серологическими группами сальмонелл, практически не отличаются друг от друга. Серовар возбудителя имеет значение для выявления источника инфекции.

Практическое значение имеет контроль над чувствительностью к антимикробным препаратам возбудителей сальмонеллезов. Это необходимо для предотвращения увеличения антимикробной резистентности возбудителя. Результаты проведенных исследований показали, что наблюдается рост числа изолятов *S. enteritidis*, резистентных к антибиотикам. В этот период наблюдается снижение чувствительности возбудителя к фторхинолонам. Если в период 2019–2020 гг. доля резистентных штаммов к представителям антимикробных препаратов группы фторхинолонов (левофлоксацин, ципрофлоксацин) среди выделенных сальмонелл составляла 32%, то в 2021–2023 гг. – 57%. За 2019–2023 гг. выявлена хорошая чувствительность возбудителей к бета-лактамам антибиотикам, а в частности к цефалоспорином (цефтриаксон, цефтазидим), карбапенемам (имипенем). Сохраняется высокая чувствительность к амикацину (аминогликозид).

Выводы. Сальмонеллез остается распространенной острой кишечной инфекцией среди детского населения, вызываемой многочисленными серотипами микроорганизмов рода *Salmonella*. Среди всех выявленных штаммов возбудителей данного заболевания превалирует *S. enteritidis*, у которой отмечается снижение чувствительности к фторхинолонам. Знание видовой структуры сальмонелл, периодический мониторинг новых серотипов, контроль антибиотикорезистентности помогает в рамках эпидемиологического надзора за распространением возбудителей сальмонеллезов, а также рационального применения антибиотикотерапии.

Раздел 9. Лучевая диагностика

Алиева О.Д.^{1, 2, 3}, Бакиуттов А.В.¹, Асадулаева М.М.^{2, 3}, Андрианов А.И.¹

Магнитно-резонансная томография 3Tsl. Особенности метода и клиническое применение

¹ ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»;

² Медицинский центр «Вербри+», г.Ульяновск;

³ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»

Магнитно-резонансная томография (МРТ) за последние годы стала одним из ведущих методов неинвазивной диагностики. С 70-х годов до сегодняшних дней этот метод медицинской визуализации неузнаваемо изменялся и продолжает быстро развиваться. Совершенствуются техническое оснащение, программное обеспечение, развиваются методики получения изображений, разрабатываются парамагнитные и ферромагнитные контрастные препараты. Это позволяет постоянно находить новые сферы применения МРТ и сейчас МРТ с успехом применяется практически во всех областях медицины.

Аппараты МРТ 3Тесла более опасны для пациентов с металлическими имплантатами, кардиостимуляторами, клипсами, стентами, пластинами в организме, так как они могут смещаться, нагреваться под воздействием магнитного поля, что приводит к травматизации пациента.

Основные отличия между томографами с различной напряженностью магнитного поля заключаются в информативности исследований, степени детализации и четкости полученного изображения, доступности современного программного обеспечения. Особенности диагностики на сверхвысокопольных (3 Тесла) томографов: высокая детализация и четкость изображений.

Большая информативность исследований на томографе с напряженностью магнитного поля 3 Тесла подтверждена клиническими исследованиями описанные в отечественной и зарубежной практике: частота выявления рака молочной железы при МР-маммографии 3 Тесла превысила таковую при МРТ 1,5 Тесла (2,6% в сравнении с 0,9% при 1,5 Тесла), диагно-

стика демиелинизирующего заболевания на 38,2% больше очагов при рассеянном склерозе при МРТ 3 Тесла, чем МРТ 1,5 Тесла, лучше диагностика атрофии гиппокампа при болезни Альцгеймера, лучшее качество МР-холангиография, диагностика эпилептогенных очагов в головном мозге, диагностика нейроваскулярной компрессии при невралгиях черепных нервов, диагностика кохлеарного нерва для кохлеарной имплантации.

Выводы: МРТ 3 Тесла расширит возможности использования МРТ в клинической практике, что позволит совершенствовать методы лечения грозных патологий.

Бакиштов А.В.¹, Алиева О.Д.^{1,2}, Асадулаева М.М.²

Диагностическая эффективность магнитно-резонансной томографии в выявлении острого пиелонефрита беременных

¹ ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»;

² ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»

Острый пиелонефрит, развивающийся на фоне беременности, чаще всего во втором и третьем триместре (у 0,5–2% женщин) – это возможный результат анатомических и физиологических изменений мочевыводящих путей беременных: расширения почечной лоханки и мочеточника, смещения мочевого пузыря книзу, а также механического пережатия мочеточников увеличенной маткой, что, в свою очередь, увеличивает риск развития инфекций мочевыводящих путей, в том числе и пиелонефрита. Наряду с механической теорией нарушения уродинамики верхних мочевых путей существует гормональная теория, связанная с нарушением баланса между эстрогенами и прогестероном в крови беременной в сторону повышения концентрации гестагенов. Однако на сегодняшний день ни одна из теорий не имеет точного подтверждения.

Ограниченное применение радиологических (обзорная и экскреторная урография) и радионуклидных (ренография, сцинтиграфия) методов при исследовании мочевой системы у беременных обусловлено неблагоприятным воздействием излучения на плод. Диагностические возможности

такого лучевого метода исследования, как магнитно-резонансная томография (МРТ) позволяют с высокой точностью оценить структурно-функциональное состояние почечной паренхимы и мочевых путей. А постановка точного диагноза (стадии пиелонефрита), в свою очередь, значительно снижает число неоправданных открытых оперативных пособий.

Цель работы – выявить особенности диагностики, а также основные критерии острого пиелонефрита беременных; оценить диагностическую ценность используемых в работе метода визуализации (МРТ) при диагностике острого пиелонефрита у беременных.

Методы. Ретроспективно проанализированы данные пациенток, направленных в отделение МРТ ЦЛД ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница» с подозрением на гестационный пиелонефрит в 2023 г. Для проведения магниторезонансной томографии (МРТ) использовался аппарат «Vantage Titan» фирмы Canon с напряженностью магнитного поля 3,0Тл. При обследовании забрюшинного пространства использовалась поверхностная катушка для тела.

Результаты исследования. Проведен ретроспективный анализ данных 25 пациенток с подозрением на острый гестационный пиелонефрит (22–36-я неделя беременности); женщины в возрасте от 20 до 41 (в среднем $30,5 \pm 10,5$) лет.

МРТ почек выполнена 25 (100%) беременным, обнаружены признаки гестационного пиелонефрита у 21 (84%) пациентки.

Инфильтративная стадия заболевания выявлена у 18 (86%) пациенток. Основным критерий данной стадии острого пиелонефрита, выявленный у всех 18 (100%) пациенток, – появление зон повышенной интенсивности МР-сигнала с нечеткими контурами на T2 взвешенных изображениях (T2ВИ) и пониженной интенсивностью на T1 взвешенных изображениях (T1ВИ). Увеличение размера почки обнаружено у 14 (67%) пациенток, а утолщение почечной паренхимы – у 16 (76%) беременных.

Признаками гнойно-деструктивной стадии гестационного пиелонефрита выявлены у 3 пациенток (14%) по данным МРТ являлись участки пониженной интенсивности с четким контуром на T1ВИ и негомогенные участки с повышением интенсивности сигнала и четким контуром на T2ВИ.

У 3 (14%) пациенток выявлено двустороннее поражение почек, у 18 (86%) пациенток – одностороннее.

Выявлена сопутствующая патология: пиелокаликоектазия – 4 (16%) случая, вторично сморщенная почка – 1 (4%) случай.

Выводы. Ввиду потенциального риска для матери и плода выявление и эффективное лечение гестационного пиелонефрита остается важной клинической проблемой. Основываясь на данных нашего исследования, можно сделать вывод: МРТ является методом выбора для безопасного уточнения диагноза и подбора правильной тактики лечения у всех беременных женщин. Поскольку МРТ может выполняться без применения контрастных препаратов, которые оказывают тератогенное воздействие на плод, данное диагностическое исследование считается методом выбора при ведении беременных женщин, особенно в случаях осложненного течения заболевания. Ранняя диагностика и адекватное лечение гестационного пиелонефрита позволяют значительно уменьшить риск развития осложнений у матери и плода.

Шурыгина Л.В., Шалашева Е.А.

Выявление признаков варикозной болезни у беременных и больных послеродового отделения

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»

Актуальность. Варикозная болезнь является наиболее распространенной патологией периферических сосудов; она встречается у 26–38% женщин. Прирост заболеваемости в индустриально развитых странах достигает у женщин 2,6%. В России в флебологической помощи нуждается более 35 млн человек с хроническими заболеваниями венозной системы нижних конечностей. Из них 1,5–2 млн имеют инвалидность и, страдая тяжелыми хроническими заболеваниями венозной системы нижних конечностей и тяжелыми трофическими расстройствами с незаживающими язвами, резистентными к консервативной терапии, потеряли надежду на излече-

ние. Причиной тому служат позднее выявление и начало лечения варикозной болезни.

Цель – выявить наличие наиболее ранних признаков варикозной болезни и определить выраженные изменения на начальном уровне.

Методы. Дуплексное сканирование сосудов на аппарате ультразвуковой диагностики фирмы Logiq e. Ультразвуковое дуплексное сканирование с цветным картированием потоков крови. Этот неинвазивный, безвредный, оперативный, обеспечивающий возможность динамического наблюдения и повторных диагностических манипуляций и применяемый в стационарных условиях метод позволяет увидеть на мониторе последовательно изображение всего сосудистого русла нижних конечностей в любой плоскости, оценить форму, локализацию и функцию клапанов на всем протяжении венозной системы как в покое, так и при динамической провокации, проконтролировать состояние венозной стенки и просвета сосуда независимо от присутствия в нем крови.

Результаты. Обследованы женщины АОПБ и АОО роддома ГУЗ УОКБ (ПЦ). Количество пациенток – 30 человек. Средний возраст которых составил 33 года. Исследования проводились на обеих нижних конечностях на бедре и голени. Признаков расширений приустьевого отдела ВСМ (большой подкожной вены) на обеих нижних конечностях выявлены в 47 случаях (78%). ВСП (малой подкожной вены) в приустьевом отделе в 21 случае (35%). Признаков расширений диаметров ВСМ – 18 (15%). Признаков расширений ВСП – 21 (17,5%). Наличие межмышечных гематом выявлен в 1 случае (1,7%). Перфоранты выявлены в 10 случаях (в том числе и несостоятельные – 17%). Варикозные узлы выявлены в 5 случаях (8,3%). Кровоток в артериях нижних конечностей магистральный в 100% случаев, линейная скорость кровотока без особенностей.

Выводы. В роддоме ГУЗ УОКБ используются современные методы диагностики, позволяющие выявить как начальные признаки варикозной болезни, так и более выраженные ее изменения, признаки недостаточности клапанов вен, наличие гематом, варикозных узлов, тромбов тем самым прогнозировать развитие заболевания. УЗДС проводится всем беременным отделения патологии беременных и (по показаниям) беременным послеродовых отделений с целью своевременного направления к сосудистому хирургу и подбора адекватной терапии (консервативной или хирургической),

обеспечивающей полное выздоровление пациента. Благодаря современному аппаратному исследованию удастся не только увидеть состояние сосудов и потоков крови в их просвете, но и понять глубинные процессы, связанные с нарушением микроциркуляции.

Алиева О.Д.^{1, 2, 3}, Бакишуттов А.В.¹, Асадулаева М.М.^{2, 3}

Магнитно-резонансная томография в диагностике патологии плаценты при беременности

¹ ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»;

² Медицинский центр «Вербри+», г. Ульяновск;

³ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»

Патологию плаценты при беременности – предлежание и приращение – ранее относили к числу редко встречающихся патологических состояний. В настоящее время она стала частым акушерским осложнением течения беременности, за последние 40 лет её встречаемость возросла с 1 на 30 000 до 1 на 300 беременностей. Рост заболеваемости соответствует росту числа кесаревых сечений (КС). Кроме того, вероятность возникновения предлежания плаценты (ПП) увеличивается после оперативных родоразрешений, и эта группа беременных подвержена наибольшему риску различных форм приращения плаценты. Приращение плаценты в настоящее время во многих родовспомогательных учреждениях является абсолютным показанием к экстренной гистерэктомии при массивном интраоперационном кровотечении. Ведение беременности и родов при приращении плаценты зависит от точности пренатальной диагностики.

Цель – оценить возможности магнитно-резонансной томографии в ранней диагностике патологии предлежания и приращения плаценты.

Материалы и методы. Исследование проводилось на МР-томографе «VantageTitan 3Tsl» фирмы Canon Япония с использованием T1-ВИ, T2-ВИ в SAG, TRA и COR проекциях. На полученных томограммах проводилась оценка расположения плаценты по отношению к внутреннему зеву шейки

матки и степень инвазии миометрия ворсинками хориона на толщину стенки матки.

За период с 2023 по 2024 всего было обследовано 11 беременных с подозрением на патологию плаценты. Возраст беременных варьировал от 25 до 42 лет. Средний возраст составил 35 лет.

Результаты. Сроки беременности составляли от 17–26 до 35–38 недель беременности. В анамнезе у 4 беременных было 1 кесарево сечение, у 3 беременных – 2 кесаревых сечения, у 1 беременной в анамнезе рубец на матке после удаления миоматозного рубца и ушивания разрыва матки и у 3 беременных – кесарево сечение в анамнезе отсутствовало. Всем пациентам проводилось УЗИ плода с оценкой расположения плаценты и степень ее инвазии в миометрий.

При проведении МРТ плода выявлены варианты патологического прикрепления плаценты: центральное предлежание плаценты было выявлено у 6 беременных, краевое предлежание плаценты – у 3 беременных и низкое прикрепление плаценты – у 2 беременных. У 7 беременных (63%) патологического прикрепления плаценты не определялось. В зависимости от степени врастания плаценты пациенты распределились следующим образом: плацента прикреплялась к миометрию поверхностно без признаков инвазии в миометрий у 2 беременных – плацента Accreta (18%), частичная инвазия миометрия ворсинками хориона на толщину стенки матки была выявлена у 1 беременной – плацента Increta (9%) и проникновение плаценты сквозь миометрий до серозной оболочки было выявлено у 2 беременных – плацента Percreta (18%), из них после родоразрешения у 1 пациентки плацента Percreta не подтвердилась, была частичная инвазия миометрия ворсинками хориона на толщину стенки матки (плацента Increta), 1 беременная с признаками инвазии миометрия при сроке 17 недель беременности требует пристального наблюдения и контроля.

Выводы. МРТ является высокоинформативным методом диагностики патологического прикрепления плаценты и оценки врастания плаценты, что позволяет своевременно планировать объемы оперативного вмешательства при родоразрешении, является эффективным и необходимым методом в алгоритме обследования пациентов с данной патологией, расширит возможности использования МРТ в клинической практике, что позволит совершенствовать методы лечения столь грозной акушерской патологии.

Айнулова Е.Н., Корженевич Р.К., Кирпичев А.В., Андрианов А.И.

Патологические изменения сосудов, выявляемые при КТ-ангиографии экстракраниальных МАГ

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»

Актуальность. Компьютерно-томографическая ангиография (КТА) используется при подозрении на сосудистые изменения различной локализации, в том числе головного мозга. КТА – это метод выбора при острой сосудистой патологии. МСКТ-ангиография с болюсным внутривенным контрастированием, являясь по определению минимально инвазивной процедурой, на практике не дает осложнений и определяет степень стеноза брахиоцефальных артерий на всех уровнях, помогает провести объективный денситометрический анализ морфоструктуры атеросклеротических бляшек (АСБ), выявляет осложненные АСБ и другие интрамуральные нарушения в МАГ, диагностирует экстравазальные компрессии, структурные изменения интракраниальных сосудов, диффузные и очаговые поражения головного мозга, определяет венозную дисфункцию и выявляет сопутствующую патологию органов шеи и средостения.

Цель работы – выявление патологических изменений экстракраниальных магистральных артерий с помощью метода МСКТ-ангиографии. Задачи исследования: уточнить семиотику, определить информативность, эффективность и более часто встречающиеся варианты патологии экстракраниальных магистральных артерий головы при МСКТ-ангиографии.

Материалы и методы. Исследования проведены в рентгено-радиологическом отделении Центра лучевой диагностики Регионального сосудистого центра ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница» (РКТ ЦЛД ГУЗ УОКБ) за период с января 2023 года по январь 2024 года. Исследования проводились на мультиспиральном компьютерном томографе Canon Aquilion Prime 80 с толщиной среза 0,5 мм. Пациентам первично выполнялось нативное сканирование области шеи, верхней аппертуры грудной клетки от уровня дуги аорты с захватом сосудов Виллизиева круга, с последующим проведением КТ-ангиографии на данном уровне с внутривенным болюсным введением контрастного препарата (Sol. Omnipac – 50-100 ml) со скоростью 4-5 мл/сек. Методом МСКТА оцени-

вались все брахиоцефальные артерии. Выявлялись сужения сосудов по диаметру с определением степени стеноза внутренней сонной артерии (ВСА), согласно рекомендациям NASCET, а также окклюзии на данных уровнях. По данным МСКТ-ангиографии на аксиальных сканах и продольных реконструкциях измерялось утолщение всей артериальной стенки, протяженность и распространенность АСБ, исследовалась морфоструктура АСБ, детализировался состав бляшек, которые подразделялись на однородные АСБ, гетерогенные АСБ и петрифицированные АСБ. На трехмерных, продольных МСКТА-реконструкциях диагностировалась и уточнялась патологическая извитость и аномалии строения МАГ.

Результаты. За данный период работы в отделение РКТ ЦЛД ГУЗ УОКБ 31 пациенту было проведено обследование КТ-ангиографии МАГ. Среди них наиболее часто встречающейся патологией у 20 пациентов были стенозирующие и окклюдующие поражения внутренних сонных артерий. Гемодинамически значимые стенозы внутренних сонных артерий были выявлены у 13 пациентов с процентом стеноза от 50 до 80% (по NASCET). Во всех случаях атеросклеротические бляшки локализовались в месте бифуркации общей сонной артерии, преимущественно от устья внутренней сонной артерии. У 7 пациентов были выявлены окклюдующие поражения внутренних сонных артерий, среди них у 3 пациентов – локальные участки окклюзии и у 4 пациентов – окклюзии одной из внутренних сонных артерий на всем протяжении вплоть до интракраниальных сегментов. Следует отметить, что два пациента из группы с окклюдующими, пролонгированными поражениями внутренних сонных артерий поступали в экстренном порядке с клиникой острого нарушения мозгового кровообращения. После проведения КТ-ангиографии и выявления тромботической окклюзии внутренних сонных артерий выполнялась КТ-перфузия с последующей тромбоэкстракцией в отделении сосудистой хирургии. У одного пациента из группы наблюдения был выявлен разрыв интимы внутренней сонной артерии с образованием ложной аневризмы, более вероятно на месте изъязвления длительно существующей атеросклеротической бляшки. У 5 пациентов при КТ-ангиографии были выявлены патологические извитости внутренних сонных артерий. Наиболее часто это S-образная извитость – в 3 случаях, в 2 случаях – Кинкинг (перегиб арте-

рии под острым углом). Койлинг (образование петли артерии) в данный период не встречался.

У 3 пациентов была выявлена патология подключичных артерий в виде синдрома подключичного обкрадывания, где: А) В первом случае выявлен стеноз (до 65%) первого сегмента подключичной артерии. Б) Во втором случае – локальная субокклюзия (диаметром функционирующего просвета до 1,0 мм) во втором сегменте подключичной артерии. В) В третьем случае – пролонгированная окклюзия подключичной артерии от устья на всем протяжении. Подмышечная и артерии верхней конечности на стороне поражения запитывались более вероятно за счет коллатералей.

У одной женщины 42 лет с клиникой ОНМК в ВББ при нативном КТ-исследовании головного мозга были выявлены ранние признаки ишемии в правом полушарии мозжечка. При проведении последующей КТ-ангиографии была выявлена диссекция правой позвоночной артерии, что, видимо, и явилось причиной ишемии правого полушария мозжечка.

У одной пациентки 40 лет при нативном КТ-исследовании отмечалось образование в мягких тканях надключичной области справа, интимно прилегающее к внутренней яремной вене. После болюсного в/в КУ наблюдалось равномерное, от периферии к центральным отделам, заполнение данной структуры контрастом с дренированием посредством мелких сосудов в систему внутренней яремной вены. Нами было сделано заключение о наличии артериовенозной мальформации данной области.

Выводы: 1. Метод компьютерной томографической ангиографии позволяет неинвазивно и с высокой точностью оценить сосудистые структуры на большом протяжении. 2. Метод МСКТА с болюсным внутривенным контрастированием не дает осложнений, выявляет стенозы МАГ, объективно определяет структуру АСБ, анатомические изменения сосудистой стенки, структурные поражения головного мозга и патологию окружающих органов. 3. МСКТ-ангиография позволяет определять показания к хирургической коррекции недостаточности мозгового кровообращения на качественно новом уровне. 4. МСКТА может быть использована в качестве приоритетного диагностического метода при обследовании пациентов с клиническими признаками сосудистой мозговой недостаточности, в том числе остро развивающейся.

Андреанов А.И., Корженевич Р.К., Айнулова Е.Н., Кирпичев А.В.

КТ в диагностике органического заболевания кишечника

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»

Актуальность. Колоректальный рак является наиболее распространенным органическим заболеванием желудочно-кишечного тракта и вторым по частоте диагностирования злокачественным новообразованием у взрослых с высокими показателями смертности. Диагностика данной патологии на начальных этапах затруднена из-за отсутствия выраженных клинических проявлений. Жалобы пациента могут либо отсутствовать, либо иметь слабо специфический характер, что характерно также для множества других заболеваний желудочно-кишечного тракта. К факторам риска развития данного заболевания относятся: диета с большим содержанием животных жиров и низким содержанием клетчатки, лишний вес, воспалительные заболевания кишечника (неспецифический язвенный колит, болезнь Крона), асбестоз, наличие новообразований в семейном анамнезе, возраст: средний возраст колеблется от 60 до 80 лет, риск развития резко возрастает у пациентов после 50 лет. Рак прямой кишки несколько чаще поражает мужчин. Колоректальный рак может быть обнаружен в любом отделе кишечника, но наиболее часто (до 55% случаев) встречается в ректосигмоидном отделе. Стадирование рака определяется по классификации TNM, где критерий Т отражает глубину инвазии опухоли, N – поражение регионарных лимфатических узлов, M – отдалённое метастазирование (чаще всего метастазы определяются в печени). Для диагностики применяют колоноскопию – наиболее информативный метод, дополнительными методами исследования могут быть ирригография, УЗИ, РКТ и МРТ.

Цель исследования – оценить возможности МСКТ с болюсным контрастным усилением в диагностике органических заболеваний кишечника.

Материалы и методы. Проведён анализ результатов исследований КТ органов брюшной полости, направленных с целью подтверждения или исключения диагноза рака кишечника. Исследования проводились на базе отделения РКТ ЦЛД РСЦ Ульяновской областной клинической больницы при помощи мультиспирального компьютерного томографа Canon Aquilion Prime. Оценивались результаты обследования 15 пациентов за 2020–

2023 гг. (8 мужчин, 7 женщин) в возрасте от 46 до 89 лет, средний возраст пациентов составил 68 лет. Исследование включало проведение нативного исследования, затем проведение болюсного контрастного усиления с артериальной, венозной фазой исследования, а также отсроченной фазой через 5 минут после введения контрастного вещества.

Результаты. По результатам исследований были выявлены признаки наличия органического заболевания кишечника. На КТ рак кишечника представляет собой локальное или циркулярное утолщение стенки кишечника за счёт мягкотканного компонента, неровность контуров петли кишечника, сужение внутреннего просвета кишечника. После введения КУ отмечается накопление КВ мягкотканым компонентом. Наличие гиподенсивных участков в структуре данного компонента свидетельствует о наличии некроза или кровоизлияния в опухоль. Наличие воздуха в опухоли может указывать на наличие изъязвлений и угрозу перфорации. Первичная опухоль может иметь вид полипа размерами более 1 см в диаметре на широком основании или на ножке, исходящего из кишечной стенки и выступающее в просвет кишечника. Окружающая жировая клетчатка изменена за счёт тяжёлой уплотнения. Наиболее частая локализация – ректосигмоидный отдел (7 пациентов, до 46%), вторая по частоте – прямая кишка (3 пациента, до 20%). Также встречалось поражение слепой кишки, нисходящего и восходящего отделов кишечника, илеоцекального отдела, в 1 случае – поражение тонкого кишечника. В 4 случаях (26%) были выявлены признаки увеличения окружающих регионарных лимфатических узлов. Неоднородность накопления КВ в лимфатических узлах свидетельствовала о метастазировании. В 3 случаях (20%) были выявлены признаки канцероматоза брюшины. Канцероматоз брюшины на КТ проявляется в виде неоднородного уплотнения брюшины сальниковой жировой клетчатки с наличием мелких мягкотканых образований (признак «omental cake»). Метастатическое поражение брюшины является частой причиной формирования асцита у пациентов с колоректальным раком. У 2 пациентов (около 13%) были выявлены метастазы в печень, проявляющиеся множественными гиподенсивными образованиями в структуре паренхимы печени с нечеткими контурами, после в/в КУ слабо накапливающими КВ. В одном случае у пациента были выявлены признаки тромбоза нижней полой вены, правой почечной вены и тромботических масс в полости левого желудочка.

Выводы. Метод МСКТ является одним из методов выбора для определения стадии рака по классификации TNM. Он позволяет более точно локализовать отдел кишечника, распространённость и морфологическую форму злокачественного образования, наличие метастазов в лимфатические узлы и другие органы брюшной полости. Данная информация необходима для дальнейшего планирования лечения, определения объёма хирургического вмешательства и химиолучевой терапии, что в конечном итоге ведёт к повышению качества оказания помощи и благоприятному исходу заболевания.

Кирпичев А.В., Корженевич Р.К., Сагель М.В., Андрианов А.И.

КТ-диагностика заболеваний среднего уха

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»

Актуальность. Из традиционно используемых рентгенологических методов исследования височной кости широко используются проекции по Шуллеру, Майеру и Стенверсу. Ни один из традиционных рентгенологических методов не позволяет получить всестороннюю информацию, необходимую клиницисту на современном этапе развития оториноларингологии. В связи с этим в настоящее время повсеместно используются диагностические возможности компьютерной томографии.

Цель работы – выявление прямых и косвенных КТ-признаков патологии среднего уха.

Задачи исследования: определение чувствительности и специфичности метода МСКТ в диагностике патологии среднего уха.

Материалы и методы. Исследования проведены в отделении РКТ ЦЛД ГУЗ УОКБ в 2022–2023 годах. Было выявлено 26 пациентов в возрасте от 23 до 76 лет с патологией среднего уха по типу острого среднего отита, мастоидита, хронического среднего отита – 12 мужчин и 14 женщин. В одном случае было выявлено осложнение в виде КТ-признаков менингоэнцефалита. Исследования проводились на мультиспиральном компьютерном томографе Canon Aquilion Prime с толщиной среза 0,5 мм, при

наличии диагностических показаний в сочетании с внутривенным, в том числе болюсным, введением контрастного вещества Омнипак 350мг.

По результатам исследований были выявлены прямые и косвенные КТ-признаки патологии среднего уха.

КТ-признаками острого среднего отита является снижение пневматизации в одной или всех полостях среднего уха (барабанной полости, клеток сосцевидного отростка и слуховой трубы) в результате появления в них жидкостного содержимого, в ряде случаев на фоне утолщения слизистой оболочки.

КТ-признаками мастоидита является жидкостное содержимое в клетках сосцевидного отростка с наличием их костно-деструктивных изменений. Необходимо отметить, что в подавляющем большинстве случаев мастоидит развивается на фоне предшествующего острого среднего отита. Хронический средний отит обычно появляется в результате предшествующих острых средних отитов с последующей перфорацией барабанной перепонки. При этом, если патологическое содержимое определяется в аттике (иными словами, находится выше уровня латерального отростка молоточка), то речь идет об эпитимпаните. Если между латеральным отростком молоточка и нижним краем барабанной перепонки, то о мезотимпаните. И в том, и в другом случае содержимое с аналогичными КТ-характеристиками выявляется в антруме, что выявляется на аксиальных и коронарных срезах.

Выводы:

1. МСКТ-исследование обладает высокой чувствительностью и специфичностью в диагностике заболеваний среднего уха и позволяет существенно дополнить информацию, а в ряде случаев практически полностью заменить традиционную рентгенографию.

2. МСКТ, являясь мало инвазивным методом диагностики, может использоваться в качестве «золотого стандарта» при подозрении на наличие заболеваний среднего уха.

3. МСКТ-исследование дает возможность оценивать не только состояние среднего уха, но и одновременно исследовать прочие органы, вовлеченные в патологический процесс, и окружающие их структуры.

Хамидов А.В.^{1,2}, Хамидулина Г.А.¹, Абдусалямова Л.И.^{1,2}

Эхокардиографическая оценка анатомии и непосредственных результатов хирургической коррекции у больных с неполной формой атриовентрикулярного канала

¹ ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»;

² ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»

Основной задачей коррекции открытого атриовентрикулярного канала (ОАВК) является адекватная устранение недостаточности левого атриовентрикулярного клапана (АВ).

Цель исследования – оценить зависимость степени недостаточности митрального клапана от анатомии порока и непосредственные результаты хирургической коррекции (ОАВК).

Материал и методы исследования. Были обследованы 45 больных с диагнозом «неполная форма АВК» Возраст больных варьировал от 8 мес. до 58 лет. Всем больным проведена трансторакальная эхокардиография и интраоперационная чреспищеводная эходоплеркардиография до и после коррекции порока. Анализировались следующие параметры и анатомические особенности: диаметр фиброзного кольца митрального клапана; степень гипоплазии и характер крепления передней створки (ПС) митрального компонента ОАВК; длина и характер крепления хорд папиллярным мышцам и створкам клапана; количество, строение и расположение папиллярных мышц левого желудочка (ЛЖ); характер, локализация и направление струи при недостаточности левого АВ клапана; длина притока и отношение её к длине отток ЛЖ.

Результаты. Распределение больных по степени недостаточности левого АВ-клапана в динамике до и после коррекции ОАВК было следующим : в 11% случаев отмечалась 1 степень недостаточности, которая после коррекции улучшилась у 3 больных; у 39% пациентов исходно была II степень недостаточности, в послеоперационном периоде улучшение до I степени отмечалось в 11 случаях, без изменения степень недостаточности оставалась в 6 случаях, увеличение ее до III степени произошло в 1 случае; у 32% больных с дооперационной недостаточностью III степени после коррекции отмечалось уменьшение регургитации до II степени в

7 случаях и до I степени – в 1 случае, неизменной степенью недостаточности оставалась в 6 случаях; в 18% исходно была тяжелая недостаточность IV степени, которая уменьшилась в послеоперационном периоде до II степени у 7 больных и до III степени – у одного больного.

Выводы: 1. Наиболее выраженная исходная недостаточность левого АВ-клапана наблюдалась у больных со сложными вариантами анатомии (широкое фиброзное кольцо, степени выраженности гипоплазии створок клапана, гипоплазии папиллярных мышц и укорочения хорд). 2. Точная предоперационная оценка анатомии и функции клапана позволяет определить оптимальную хирургическую тактику и необходимый объем хирургического вмешательства. 3. Индивидуальный подход в коррекции недостаточности митрального компонента при ОАВК имели хорошие непосредственные результаты операции.

Поспелова В.Е., Сагель М.В., Куртичев А.В., Андрианов А.И.

КТ-диагностика гранулематоза с полиангиитом (болезни Вегенера)

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»

Актуальность. Гранулематоз с полиангиитом (старое название – болезнь Вегенера на данный момент не используется). Это редкий аутоиммунный некротизирующий неказеозный гранулематозный васкулит, захватывающий мелкие и средние кровеносные сосуды с вовлечением верхних дыхательных путей, глаз, почек, лёгких и других органов.

Гранулематоз с полиангиитом относится к группе АНЦА ассоциированных васкулитов, при которых лабораторно определяются антитела к цитоплазме нейтрофилов.

Распространенность ГПА в мире четко не определена. По разным данным, он составляет от 1 до 12 случаев выявления на 1 000 000 населения в год. Точных данных о распространенности и заболеваемости ГПА в РФ нет. ГПА с одинаковой частотой поражает лиц мужского и женского пола, дебют возможен в любом возрасте, с пиком заболеваемости в 35–55 лет.

Поражение при ГПА может быть локальным и распространенным или как классическая триада (поражение верхних дыхательных путей, легких и почек).

При поражении верхних дыхательных путей КТ-картина может быть в виде неспецифического утолщения слизистой и снижения пневматизации околоносовых пазух и трахеи, истончения носовой перегородки с развитием деструкции.

Легкие поражаются в 95% случаев, что клинически проявляется кашлем и кровохарканьем. КТ-картина может быть в виде множественных хаотичных перибронховаскулярно расположенных узелков, в половине случаев с наличием кавитаций, участков «матового стекла», ретикулярных и интерстициальных изменений, альвеолярной консолидации.

Поражение почек наблюдается в 80% случаев. Лабораторно: в ОАМ появляются протеинурия и гематурия. На КТ могут быть выявлены: замедленная экскреция контраста.

Поражение глаз выявляется в 45% случаев. Могут отмечаться: снижение зрения, боль в области глаз, слезотечение, светобоязнь. На КТ – диффузный воспалительный инфильтрат, формирующий по контуру орбиты. Также могут поражаться кожа (50%); периферическая нервная система (35%); значительно реже – опорно-двигательный аппарат и желудочно-кишечный тракт.

Цель – уточнение частоты и КТ-семиотики ГПА при поражении легких, глаз и околоносовых пазух.

Материалы и методы: Проведён ретроспективный анализ результатов выполненных исследований на базе отделения РКТ ЦЛД ГУЗ УОКБ на мультиспиральном компьютерном томографе Cannon Aquilion Prime за 2020- 2023 год: 14 пациентов (7 мужчин и 7 женщин); КТ органов грудной клетки – 11; КТ головы – 3; с целью выявления частоты признаков гранулематоза с полиангиитом.

Результаты. ГПА клиничко-лабораторно был диагностирован у 6 пациентов из 14 (42%): у 1 из 2 пациентов – с инфильтрацией ретробульбарной клетчатки. У 2 из 3 пациентов с утолщением слизистой околоносовых пазух (66%). У 1 пациента были выявлены гранулематозные разрастания в сосцевидных отростках. Из 12 пациентов, которым была проведена КТ ОГК, выставлен диагноз ГПА: У 2 из 6 пациентов с альвеолярной инфиль-

трацией (16%). У 1 из 4 пациентов с множественными гранулематозными очагами уплотнения (8%). У 1 из 2 пациентов с наличием полостей деструкции (8%). У 1 из 2 пациентов с наличием интерстициальных изменений (8%).

Выводы: ГПА это системный васкулит и может манифестировать в любой системе организма. Чаще всего поражаются органы грудной клетки. Типичными симптомам относятся узлы, инфильтраты, матовое стекло, консолидация, возникающие в результате гранулематозного разрастания. КТ – высокоинформативный метод выявления поражения при ГПА и их дифференциальной диагностики.

Ямборко И.О., Коновалова А.С., Захаревский С.А.

Ультразвуковая диагностика спонтанного разрыва матки по рубцу после кесарева сечения

ГУЗ «Ульяновский областной клинический центр специализированных видов медицинской помощи имени заслуженного врача России Е.М. Чучкалова»

Актуальность исследования. Частота кесарева сечения (КС) с каждым годом растёт во всём мире, что увеличивает число осложнений, связанных с этой операцией. Одним из осложнений, которое может привести к летальному исходу, является разрыв матки вследствие несостоятельности рубца на матке после предыдущего КС.

По данным литературы, чаще всего разрыв матки происходит в конце III триместра беременности и в процессе родов. В нашем случае у пациентки это случилось во II триместре. Спонтанный разрыв матки во II триместре – крайне редкое явление, частота его по данным источников не превышает 1 на 5000 женщин. Материнская смертность от данной патологии составляет от 3-5% и зависит от времени начала проявлений клинической картины, до времени начала оказания медицинской помощи.

Описание клинического случая. Пациентка К., 33 года, на сроке беременности 21-22 недели, доставлена бригадой скорой помощи в приёмный покой ГУЗ «Ульяновский областной клинический центр специализи-

рованных видов медицинской помощи им. заслуженного врача России Е.М. Чучкалова» (ГУЗ УОКЦСВМП) с жалобами на боли в эпигастральной области, общую слабость, тошноту. Анамнез: на учёте с 7-8 недель, регулярно посещала женскую консультацию, вредных привычек и сопутствующих заболеваний не имела, беременность протекала без осложнений, два оперативных вмешательства на матке (КС). На скрининге во II триместре выявлено предлежание плаценты с локализацией ее по передней стенке, врастания плаценты не отмечено. Данная беременность третья. В женской консультации планировалась телемедицинская консультация с Научным центром акушерства и гинекологии имени В.И. Кулакова Минздрава России (г. Москва).

Объективно: общее состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски. Пульс 74 удара в минуту. АД 110/65 мм рт. ст. Живот увеличен в размерах за счет беременной матки соответственно гестационному сроку. Матка в повышенном тоне, локально незначительно болезненная в области рубца и в эпигастральной области.

По данным эхографии: свободная жидкость в брюшной полости и малом тазу, полное предлежание плаценты (неоднородной структуры, утолщена, смешанной эхогенности, контуры неровные, чёткие), послеоперационный рубец чётко не визуализируется, по передней стенке матки – дефект длиной 1,5 см; брадикардия у плода (ЧСС 59 ударов в минуту). Заключение: беременность 21-22 недели, полное предлежание плаценты. Разрыв матки по рубцу?

Принято решение о проведении экстренного оперативного вмешательства.

Особенности операции: Анестезия – ЭТН. В брюшной полости – около 1 л крови. После удаления крови осмотрены органы брюшной полости – патологии не выявлено. После разделения спаек источник кровотечения выявлен: разрыв матки по старому рубцу, причем плацента, предлежащая в рану, была плотно сращена со стенкой мочевого пузыря. Продолжительность операции составила около 3 часов. Во время операции проводилась аутогемотрансфузия, трансфузия одногруппной крови и свежезамороженной плазмы.

Учитывая редкий случай и нетипичную клиническую картину, благодаря слаженной работе дежурной бригады женщину удалось спасти. Пациентка выписана под наблюдение врача женской консультации.

Выводы. Все пациентки с рубцом на матке после КС представляют группу высокого риска в отношении разрыва матки. Для определения состоятельности рубца проводят ультразвуковое исследование, гистероскопию, гистеросальпингографию, магнитно-резонансную томографию с контрастным усилением. Эти методы помогают оценить толщину, состояние послеоперационного рубца на матке и определить подходящую тактику ведения пациентки в дальнейшем.

Ширяева Н.В., Бырина А.В.

Ультразвуковая диагностика диروفилляриоза мягких тканей

Клиника «Нева»

Актуальность проблемы. Диروفилляриоз – трансмиссивный зоонозный биогельминтоз, единственный в умеренном климате гельминтоз, передаваемый человеку комарами.

Возбудитель заболевания – класс круглых червей Nematoda, отряд Spiruvida, подотряд Filariata, семейство Filariidae, род Dirofilaria.

Выделяют две формы – легочную (сердечную), вызываемую Dirofilaria immitis (паразитирует в правом желудочке сердца, в полости легочной артерии, при сильной инвазии – в полых венах и в правом предсердии) и подкожную, вызываемую Dirofilaria tenuis и Dirofilaria repens (паразитирует в подкожной клетчатке, редко – в глазах, головном мозге, мошонке).

Заболеванию подвержены все возрастные и половые группы, но чаще женщины; прослеживается тенденция увеличения инвазированности детей.

В России встречается преимущественно в Краснодарском и Ставропольском краях; в последнее десятилетие наметилась тенденция к распространению в более северные районы.

Диагностика крайне затруднительна при первичном осмотре в связи с относительной редкостью инвазии у человека, недостаточной информированностью и настороженностью специалистов в отношении диروفилляриоза, а также с бессимптомным течением заболевания в дебюте и выраженным полиморфизмом симптомов.

Жалобы пациентов зависят от локализации гельминта. Прогноз заболевания условно благоприятный, при своевременной диагностике и адекватном лечении (полное хирургическое удаление) заболевание полностью излечивается. Интоксикация возникает лишь в случае гибели паразита или при нагноении инфильтрата. С учетом сложности первичной диагностики является актуальным наличие неинвазивного метода, позволяющего достоверно установить диагноз. В полной мере этому требованию может способствовать ультразвуковой метод диагностики, так как имеется четкая и характерная сонографическая картина, позволяющая установить наличие глистной инвазии.

В нашем случае в клинику «Нева» на ультразвуковое исследование (УЗИ) мягких тканей самостоятельно обратилась пациентка Г., 46 лет, с жалобами на опухолевидное образование в правой височной области в течение месяца. На УЗИ мягких тканей правой височной области (аппарат Mindray DC-70 Pro, линейный датчик частотой 4–10 МГц) визуализировано жидкостное образование с гиперэхогенным аваскулярным подвижным линейным включением (спирально скрученным). Заключение: эхографические признаки паразитарной кисты мягких тканей (дирофиляриоза), рекомендована консультация хирурга. При осмотре хирурга в асептических условиях после обработки кожных покровов произведено удаление инородного тела мягких тканей правой височной области, выделилось скудное гнойное отделяемое. Рана промыта, наложена повязка с раствором бетрадин; гемостаз; без осложнений. Получено инородное тело нитевидной формы диаметром 1 мм, длиной 4 см, спирально скрученное, белого цвета. Материал взят на гистологическое исследование. Послеоперационный диагноз: инородное тело в мягких тканях правой височной области (паразитарная инвазия, дирофиляриоз).

Выводы. Таким образом, основным клиническим проявлением дирофиляриоза служит наличие болезненного уплотнения в толще мягких тканей.

Дифференциальную диагностику необходимо проводить с доброкачественными заболеваниями мягких тканей. В качестве первичного метода обследования при подозрении на дирофиляриоз может быть применено ультразвуковое исследование, поскольку данное заболевание имеет четкую эхографическую семиотику. Обязательным является удаление паразита с последующим паразитологическим исследованием.

Раздел 10. Медицинская психология, превентология и психотерапия

Сиденкова Ю.В., Малышева Е.В., Горгадзе С.Н., Фирсова О.В.

Анализ обращений за медико-психологической помощью участниками СВО и членами их семей в Ульяновской области в 2023 году

ГКУЗ «Ульяновская областная клиническая психиатрическая больница
имени В.А. Копосова»

Актуальность. Ситуация боевых действий в рамках специальной военной операции (СВО), является чрезвычайной для человека и требует сложной адаптации. Зачастую члены семей участников СВО так же нуждаются в помощи специалистов. Здесь важны такие факторы, как доступность, своевременность, уровень профессионализма специалиста и выстроенная, работающая маршрутизация. Ситуации угрозы жизни и здоровью, потери близкого человека вызывают негативные психические состояния, которые характеризуются доминированием острых или хронических негативных эмоциональных переживаний: горя, отчаяния, тревоги, страха, депрессии, вины, агрессии, раздражительности, дисфории. Эмоции могут достигать такой степени интенсивности, что они оказывают дезорганизующее воздействие на жизнедеятельность человека. Медико-психологическая помощь участникам СВО и членам их семей оказывается в филиале Фонда «Защитники отечества» Ульяновской области, в поликлиниках в кабинетах медико-психологического консультирования и в стационаре ГКУЗ «Ульяновская областная клиническая психиатрическая больница имени В.А. Копосова».

Цель – выявить основные проблемы и запросы обратившихся за помощью. Провести анализ форм и методов психокоррекционной работы, которые способствовали положительной динамике.

Методы. Психотерапевтические методы при переживании горя, потери, утраты. Коррекция психоэмоционального состояния, выработка це-

лей, копинг-стратегий поведения, коррекция детско-родительских отношений, кризисная поддержка, поиск ресурсов, адаптация к жизни в новых условиях, развитие навыков совладающего поведения. Используемые методики: «Заучивание 10 слов», методика «Таблицы Шульте», тест «Пиктограмма», тест словесных ассоциаций, методика «Классификация предметов», Миннесотский многофакторный личностный опросник (ММРІ) или Стандартизированный многофакторный метод исследования личности (СМИЛ) или Сокращенный многофакторный опросник для исследования личности (СМОЛ), тест «М. Люшера», «Цветовой тест отношений (ЦТО)», «Шкала самооценки депрессии В. Зунга», «Шкала реактивной (ситуационной) и личностной тревожности Ч.Д. Спилберга», «Шкала депрессивности А.Т. Бека, тест «Опросник суицидального риска», тест «Опросник на скрининг ПТСР», шкала для «Клинической диагностики ПТСР», «Миссисипская шкала», тест «Госпитальная шкала тревоги и депрессии».

Результаты. В 2023 году медико-психологическая помощь была оказана 217 обратившимся. По структуре среди них 197 взрослых (99 участников СВО, 98 членов семей), 20 детей. Благодаря Филиалу Фонда «Защитники Отечества» оказана помощь 49 участникам СВО, 47 членам семей участников СВО. В кабинетах медико-психологического консультирования получили консультации 16 участников СВО и 71 член их семей, среди них 20 детей. В стационар психиатрической больницы были госпитализированы 34 участника СВО, с ними проводилась индивидуальная и групповая психокоррекционная работа. Признаки тревоги и депрессии разной степени выраженности – 100 %. Утрата привычного жизненного стереотипа – 100 %. Потеря смысла в жизни – 60 %. Конфликты в семье – 40 %. Суицидальные мысли и попытки – 60 %.

Выводы. Для профилактики дальнейшего усугубления состояния, ведущего к устойчивым личностным изменениям, более эффективна индивидуальная форма работы, направленная на формирование адекватной самооценки, снижение общей фрустрированности и адаптации к новым условиям, с учетом принципа комплексности, полипрофессионального подхода и доступной помощи.

Картламаева Е.В., Макарова К.В., Шеймухова Л.В.

Анализ работы кабинета медико-психологического консультирования ГУЗ «Городская клиническая больница святого апостола Андрея Первозванного»

ГУЗ «Городская клиническая больница святого апостола Андрея Первозванного»

Актуальность проблемы. Психологическая помощь с каждым годом становится все более востребованной. В период пандемии и СВО эта потребность возросла. С целью обеспечения доступности данного вида помощи в поликлиниках созданы кабинеты медико-психологического консультирования. Основной задачей работы кабинета является клинико-психологическое исследование и консультирование с последующей оценкой необходимости психокоррекционной или квалифицированной психиатрической помощи.

Цель исследования – изучение основных запросов пациентов, обратившихся в кабинет медико-психологического консультирования.

Метод исследования – статистический анализ данных. Исследование проводилось на базе ГУЗ «Городская клиническая больница святого апостола Андрея Первозванного». Выборка состояла из 413 человек (222 ребенка и 191 родитель или законный представитель), средний возраст родителей – 39 лет (от 36 до 43 лет).

Результаты. 24,8% от общего количества обратившихся составляют родители детей дошкольного возраста (65% девочек и 35% мальчиков). Среди родительских запросов особо выделяются «капризы» и «истерики» (65%) и возрастные страхи у детей (15%). Современные родители часто оказываются не способны регулировать протестные реакции маленького ребенка, которые выражаются в виде гнева, вербальной и физической агрессии, либо жалобных слез, нытья. Основную категорию пациентов (75,2 %) составляют дети школьного возраста. Разница по гендерному признаку незначительна – 51 % мальчиков, 49 % девочек. Основные запросы родителей мальчиков: «зависимость от гаджетов» (57 %) и «нарушения поведения» (23 %). Наиболее частые запросы родителей подростков женского пола связаны с жалобами на эмоциональные нарушения, тревожность, субдепрессивное состояние. Следует отметить, что за 6 месяцев работы кабинета медико-психологического консультирования большинство паци-

ентов были направлены от врачом-неврологом. Направления от детских психиатров, педиатров и эндокринологов единичны.

5% обратившихся – члены семей участников специальной военной операции. Причем симптомы, которые матери отмечают у ребенка, порой не соотносятся ими с особыми обстоятельствами в семье.

Результаты. Основное направление в работе при обращении с пациентами дошкольного возраста – это коррекционная работа с родителями по выстраиванию четких и понятных правил и запретов для ребенка, последовательной стратегии воспитания обоими родителями.

Из числа обратившихся у 9 % выявлены психические расстройства, пациенты маршрутизированы в кабинеты психотерапевта или детского психиатра для оказания врачебной помощи.

Выводы. Работа психолога важна как в контексте диагностики и коррекции психопатологии несовершеннолетних пациентов, так и в направлении профилактической и просветительской работы с их родителями (законными представителями). Увеличивается количество запросов по нарушениям поведения и эмоционального состояния у соматически здоровых детей, связанных с неусвоением и невыдерживанием конвенциональных норм и требований. Родители зачастую не связывают проблемы ребенка с собственными непоследовательными воспитательными стратегиями, полагаясь на вмешательство специалистов, занимая пассивную роль. В работе с семьей, в свою очередь, возвращение активной родительской позиции увеличивает эффективность работы и благоприятный прогноз для несовершеннолетних пациентов.

Мальшева Е.В., Сиденкова Ю.В., Куликов В.Д.

«Психологическая разминка» как эффективная форма работы в стационаре онкологического профиля в условиях ограничения карантином

ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. За последние десятилетия в онкологии достигнут несомненный прогресс, создающий предпосылки для скорейшего излече-

ния и реабилитации больных злокачественными заболеваниями посредством современных и высокотехнологических методов диагностики и лечения. Несмотря на несомненную революцию последних лет, в диагностике и лечении онкологических больных по-прежнему присутствуют факторы, связанные как с самим заболеванием, так и его лечением, приводящие к снижению качества жизни больных, учитывая непростые условия, продиктованные быстрым распространением в последние годы новой коронавирусной инфекции, создающие у больных чувство изолированности от «внешнего мира». Особенно ярко это состояние проявляется при пребывании на лечении в стационарных условиях, возрастает внутренне напряжение и тревога. В этой связи в настоящее время становятся особенно актуальными разработка и проведение таких форм групповой работы, которые помогли бы в реабилитации больных, в стабилизации их эмоционального состояния и соответствовали бы всем санитарно-гигиеническим требованиям.

Цель – подбор эффективных методов, приемов и техник для проведения групповых занятий в рамках мини-группы (палаты).

Методы. Анализ медицинской документации (историй болезни), экспериментальные патопсихологические психодиагностические исследования. Используемые методики: тест М. Люшера, «Шкала реактивной (ситуационной) и личностной тревожности Ч.Д. Спилберга», «Шкала депрессивности А.Т. Бека», Госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS (The hospital Anxiety and Depression Scale Zigmond A.S., Snaith R.P.), Л.Н. Собчик МЦВ – метод цветowych выборов (модифицированный восьмицветовой тест Люшера), «Субъективная шкала оценки астении (MFI-20).

Результаты. За 2022–2023 год было проведено 1223 экспериментально-психологических исследования женщин, пребывающих на стационарном лечении. После проведения диагностики, по желанию, женщины участвовали в групповых занятиях, которые проводились 2 раза в неделю. С учетом ограничений, мероприятия проводились преимущественно в палате, поэтому количество участников группы варьировалось от 5 до 10 человек. С учетом большого количества групп, был выбран формат занятий «Психологическая разминка» продолжительностью 15–20 минут. В качестве приемов и методов работы предпочтение было отдано: нервно-мышечной релаксации (метод Джекобсона, при постоянных занятиях у пациентов проявлялась тенденция к развитию «привычки отдыхать», психо-

логическая установка на меньшую возбудимость и подверженность стрессу) и визуализация «Поплавок в океане» (которая в свою очередь также ориентирована на релаксацию и снятие контроля над ситуацией как внутреннего, так и внешнего). После участия в «Психологической разминке» результат, проведенной диагностики показал, общее снижение уровня тревоги.

Выводы. Проведение «Психологической разминки» в мини-группе благоприятно влияет на снижение тревоги у пациентов в условиях стационарного лечения. Эффективное применение методов релаксации, в том числе прогрессивной мышечной релаксации по Джекобсону и визуализации «Поплавок в океане», которые служат инструментом снятия эмоционального напряжения и тревоги не только при пребывании в стационаре, но и могут применяться как меры психопрофилактики при стрессовых и тревожных состояниях и после прохождения лечения, несомненно, может использоваться как инструмент реабилитации.

Волкова Л.В., Белянкин М.В., Ширшов О.В., Юдин А.А.

Коррекция и диагностика эмоционального фона созависимых

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая наркологическая больница»

Актуальность. За время прохождения стационарного лечения пациентами их близкие родственники, члены семьи обращаются за консультацией к медицинскому психологу или врачу-психотерапевту. Они обнаруживают у себя признаки созависимого поведения, а также изменения эмоционального фона. Созависимость – это патологическая форма взаимоотношений, характеризующаяся глубокой поглощенностью и всесторонней вовлеченностью в жизнь другого человека, чаще всего зависимого от психоактивных веществ, проявляется эмоциональными и поведенческими отклонениями, нарушениями социальной адаптации. Преодоление созависимости у членов семей зависимых является неотъемлемой частью помощи пациентам в достижении стойкой ремиссии и повышения качества жизни.

Описание исследования. Для решения поставленной задачи в работу с родственниками пациентов (созависимыми) включен медицинский пси-

холог, врач-психотерапевт, специалист по социальной работе. В качестве экспериментальной программы по усовершенствованию данной помощи был разработан «курс семейного консультирования». Данный курс состоит из 5 занятий, предполагающих работу с дисфункциями в семье, обучение навыкам ставить собственные цели, формирование навыков отстранения от негативных переживаний в созависимой семье, формирование навыков саморегуляции. Для приоритетного участия в курсе приглашались родственники пациентов, впервые обратившихся за наркологической помощью, но были и созависимые «со стажем». Эффективность коррекции во многом определяется своевременностью ее начала. Созависимость более эффективно поддается терапии на ранних стадиях, когда еще сохранены ресурсы для восстановления: сила воли, уверенность, понимание ценности собственной личности.

Результаты и обсуждение. За период с 7.09.2020 по 31.12.2023 в курсе по коррекции и диагностике эмоционального фона созависимых было исследовано 30 членов семей зависимых в возрасте от 29 до 71 года, из них 27 женщин и 3 мужчины.

На начальном этапе прохождения курса проводилась первичная диагностика. Использовалась следующая батарея методик: Шкала депрессии Бека, методика «самооценка психологической адаптивности», госпитальная шкала HADS для выявления уровня тревоги и депрессии. С целью выявления динамики по окончании прохождения курса пациентов повторно исследовали по тем же методикам.

При первичном исследовании выявлялись эмоциональные проблемы в виде субклинически выраженной тревоги у 22 человек (74%), субклинически выраженной депрессии у 16 человек (54%).

После прохождения курса очевидна положительная динамика. У 7 человек из 22 сохранились проявления субклинически выраженной тревоги (23%) и у 5 человек из 16 – субклинически выраженной депрессии (18%). У остальных исследуемых диагностирован нормальный эмоциональный фон.

Данным пациентам рекомендовано посещать групповые занятия в группах созависимых в диспансерно-поликлиническом отделении Ульяновской областной клинической наркологической больницы. При исследовании по тесту самооценки психологической адаптивности выявлены сле-

дующие результаты: выше среднего уровень социально-психологической адаптивности у 6 человек (20%); средний уровень – у 14 человек (47%); уровень ниже среднего – у 10 человек (33%). После прохождения программы у 16 человек (53 %) выявлен уровень выше среднего социально-психологической адаптивности; у 10 человек (33%) – средний уровень; у 4 человек (13%) – уровень ниже среднего. Результаты исследования по шкале депрессии Бека получены следующие: отсутствие депрессивных симптомов выявлено у 4 человек (13%); легкая депрессия наблюдалась у 16 человек (53%); умеренная депрессия выявлена у 10 человек (33%); выраженной и тяжелой депрессии (не выявлено). По результатам прохождения курса отмечается положительная тенденция стабилизации эмоционального фона: отсутствие депрессивных симптомов наблюдалось у 18 человек (60%); субдепрессия (легкая депрессия) – у 10 человек (33%); симптомы умеренной депрессии – у 2 человек (7%); симптомов выраженной и тяжелой депрессии среди участников курса не выявлено.

Вывод. По завершении прохождения курса по коррекции и диагностике эмоционального фона созависимых отмечается качественное улучшение настроения, эмоционального фона. У 18 человек (60%) исследуемых отмечено отсутствие каких-либо проявлений депрессивных симптомов. При вступлении в программу субклинически выраженная тревога регистрировалась у 22 человек (74%). По завершении курса симптомы субклинически выраженной тревоги снизились и были выявлены у 7 человек (23%). После проведения курса психокоррекционных и психотерапевтических занятий уровень социально-психологической адаптивности участников повысился на 33%, на выходе из программы у 16 человек (53%) регистрировался уровень выше среднего. Таким образом, курс доказывает свою эффективность и является хорошим рабочим инструментом в профилактике и коррекции созависимого поведения, улучшения эмоционального фона. Следствием этого становится формирование конструктивной жизненной позиции и поддержки в становлении уверенной ремиссии у пациентов, чьи родственники обращались за психолого-психотерапевтической помощью.

Уваров М.Н.

Опыт работы поддерживающей группы для врачей Центра СПИД

ГУЗ «Областной центр профилактики и борьбы со СПИД»

Предотвращение профессионального выгорания является одной из важнейших задач сохранения здоровья и благополучия врачей в условиях их профессиональной деятельности. В условиях длительной (пожизненной) курации пациентов врачами Областного Центра профилактики и борьбы со СПИД данная задача становится особенной острой. На первый план выходят те факторы профессионального выгорания, которые затрагивают межличностное взаимодействие. К ним относятся ясность профессиональных и личностных границ, эмоциональная устойчивость, личностная толерантность, навыки управления конфликтами, а также смысловая оценка своей деятельности.

С целью профилактики профессионального выгорания врачей Центра СПИД была организована психологическая группа поддержки. Это гетерогенная группа по возрасту, полу, профессиональному опыту и гомогенная по роду деятельности (врачи Центра СПИД). Группа закрытая – состав участников постоянен. Частота встреч – один раз в месяц. Время занятия группы 1 час. В период отпусков встречи группы прерывались.

В работе группа следует таким правилам как конфиденциальность, открытость и искренность, ответственность, свобода выбирать свой способ участия (правило «стоп»). Акцент делается на коллегиальную поддержку. Темами обсуждения выступают как отдельные трудные случаи выстраивания отношений с пациентами, так и общие эτικο-смысловые аспекты врачебной деятельности. За основу работы взяты структура балинтовской группы (представление случая, эмоциональный отклик, предложение вариантов решения) [3] и методология гештальт-терапии (формирование и исследование общей тематической фигуры в дискуссии) [1].

Для оценки эффективности проводилось тестирование ее участников (8 человек) в начале и конце сезона работы группы (9 месяцев). Инструментом оценки был выбран «Опросник выгорания Маслач, 1986» в российской адаптации – «Профессиональное выгорание (ПВ), 2007» [4]. В методике

оцениваются основные показатели синдрома профессионального выгорания (перегорания): эмоциональное истощение (ЭИ), деперсонализация (Д) и редукция профессиональных достижений (РПД). Методика дополнена вычислением системного индекса синдрома перегорания (ИСП) [2].

В результате исследования отмечаются: снижение среднего значения ЭИ с 22,25 до 18,25 (референсные значения 16-24), 4 человека с признаком выгорания в начале работы группы и 3 человека в конце; снижение среднего значения Д с 13,13 до 10,50 (референсные значения 6-10), 6 человек с признаком выгорания в начале работы группы и 4 человека в конце; улучшение среднего значения РПД с 33,50 до 35,25 (референсные значения 36-31), 3 человека с признаком выгорания в начале работы группы и 2 человека в конце. Среднее значение ИСП снизилось с 0,40125 до 0,32875 (границы значения 0-1). У 7 из 8 участников группы наблюдалось улучшение по всем трем критериям, у одного участника улучшение было по одному критерию.

Выводы: 1) формат поддерживающей группы предпочтительнее интервизорской (балентовской) группы; 2) работа группы является инструментом положительного влияния как в персональном, так и в групповом (коллективном) плане; 3) положительный эффект позволяет рекомендовать работу группы на постоянной основе.

Список литературы

1. Булюбаш И.Д., Пугач Н.В. Теория и практика групповой гештальт-терапии. Самара: Бахрах-М, 2019. 304 с.
2. Лозинская Е.И., Лутова Н.Б., Вид В.Д. Системный индекс синдрома перегорания (на основе теста МВИ): методические рекомендации. СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2007. 19 с.
3. О балинтовских группах. Балинтовская Ассоциация (Россия) 1995-2023. URL: http://www.balint.ru/?page_id=64 (дата обращения: 24.12.2024).
4. Опросник профессионального выгорания Маслач, МВИ/ПВ. URL: <http://www.psytest.org/stress/maslach.html> (дата обращения 24.12.2024).

Кузьмина А.Г., Ведянова О.П., Волков Д.В., Дёмин А.В.

Развитие новых возможностей телемедицины для проведения клинического анализа психотерапевтической работы.

Из нового опыта взаимодействия ИПМП им. Б.Д. Карвасарского и ГУЗ «Ульяновская областная клиническая наркологическая больница»

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая наркологическая больница»

Актуальность. Одним из важных направлений отечественной наркологии является реабилитация лиц с химической зависимостью. Новые возможности телемедицины – проведение дистанционного клинического анализа психотерапевтического случая (КАПС) позволяют проводить оценку психотерапевтической работы и осуществлять сопровождение пациента до его выздоровления по этапам индивидуальной психотерапевтической программы.

Материалы. В ГУЗ «Ульяновская областная клиническая наркологическая больница» (ГУЗ УОКНБ) с 2013 г. проводится реабилитация больных с использованием психотерапевтической программы и биопсихосоциодуховной модели реабилитации. В настоящее время КАПС является важнейшим инструментом психотерапевтического процесса, демонстрационной формой психотерапевтической работы и представляет собой экспертное взаимодействие специалистов (врачей-психотерапевтов и медицинских психологов), при котором объектом является психотерапевтическое взаимодействие в диаде «пациент – психотерапевт». Важным компонентом является то, что КАПС помогает внести коррективы в индивидуальную психотерапевтическую программу пациента, сформировать гипотезу заболевания, обнаружить способ патологической адаптации к жизни и более точно определить метод психотерапевтического взаимодействия.

В 2023–2024 гг. на базе Ульяновской областной клинической наркологической больницы было проведено четыре КАПС с участием специалистов больницы и специалистов ИП и МП РПА им. Б.Д. Карвасарского, г. Санкт-Петербург. Были представлены 4 пациента, проходившие лечение с клиническими диагнозами: «синдром зависимости, вызванный употреб-

лением алкоголя, 2 стадия» у 3 пациентов и «синдром зависимости, вызванный употреблением психоактивных веществ. Воздержание. Органическое расстройство личности» у одного пациента. 3 пациента проходили долгосрочную (более 3-х месяцев) реабилитацию в стационарном отделении Ульяновской областной клинической наркологической больницы и одна пациентка проходила лечение и реабилитацию амбулаторно. Все пациенты участвовали в реабилитационной программе, посещали занятия индивидуальной и групповой психотерапии и другие реабилитационные мероприятия, способствующие пребыванию пациентов в лечебно-реабилитационной среде. (участвовали в трудотерапии, организации творческих милье-проектов, в мероприятиях по духовной реабилитации и др.). Для участия в КАПС проводилось дополнительное психологическое исследование, предложенное пациентам и психотерапевту, по методикам (адаптированным и разработанным в психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева), определяющим контакт и психотерапевтическое взаимодействие психотерапевта и пациента, а именно: методика SCL, Личностный дифференциал, Гиссенский личностный опросник, опросник «Стратегии совладающего поведения».

Результат: по результатам проведенных КАПС было определено качество построения контакта и проведенной психотерапевтической работы в диаде психотерапевт-пациент. Пациентам был уточнен функциональный диагноз, представляющий собой процесс анализа всей клинко-психологической информации о пациенте с целью формулирования психотерапевтической гипотезы и определения мишеней психотерапии для организации дальнейшего психотерапевтического процесса. В настоящее время все пациенты находятся в трезвости, двое продолжают участие в программе медико-социальной реабилитации на интеграционном этапе и двое пациентов программу закончили. Работают, ведут здоровый образ жизни.

Выводы: 1. КАПС помогает выявить трудности, которые возникают в процессе психотерапии, способствует оптимизации психотерапевтического процесса на разных этапах работы с наркологическими пациентами, что делает оказываемую помощь более профессиональной. 2. Данный опыт работы может быть использован другими наркологическими клиниками для повышения качества психотерапевтических и реабилитационных мероприятий.

Губкина С.В.¹, Ярзуткин С.В.¹, Сабитов И.А.¹, Сухорукова М.В.²

**Исследование отношения к получению
медико-психологической помощи студентов на фоне
проявления симптомов кластера депрессивных
и тревожных расстройств**

¹ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»;

² ГУЗ «Ульяновская областная клиническая наркологическая больница»

Исследование психического здоровья студентов как молодого поколения представляется очень перспективной и актуальной задачей в силу того, что студенты являются отдельной социальной группой по ряду признаков и факторов (Ross S., Cleland J., Macleod M., 2006). Значимой характеристикой группы студентов является быстрая смена условий социальной среды, психофизиологических условий деятельности и предъявляемых требований к молодым людям, перешедшим из группы школьников в группу студенческой молодежи. Все это делает группу студентов менее устойчивой к стрессам и сложным жизненным ситуациям, негативным факторам общественной жизни.

Отмечается, что студенты-медики являются особой подгруппой в среде студенческой молодежи, что связано с рядом факторов, таких как образ профессии и требования, предъявляемые этой профессией к личности студента как будущему медику, повышенная нагрузка в обучении, профессии типа «человек-человек» и ряд других факторов (Ребко Э.М., Федорова А.П., 2014). Вызывает беспокойство распространенность пограничных психических расстройств у студентов медицинских ВУЗов и ССУЗов. Так, спектр ППР у студентов-медиков варьируется от 2,2% до 29% по выборке (Семке А.В., Шадрин В.Н., 2012). Следствием данных расстройств закономерным образом является психическая дезадаптация, в структуре которой большое место занимает кластер тревожно-депрессивных расстройств (Вельтищев Д.Ю., Марченко А.С., 2013).

Целью исследования является изучение психического состояния студентов-медиков Ульяновского государственного университета, а именно его структуры и особенностей, влияния психических нарушений на освоение учебной программы студентами и их адаптацию к учебному процессу.

Задачами данного исследования явились выделение параметров исследования и определение выборки. В рамках данной работы нами был исследован 291 человек – студенты медицинского факультета УлГУ на базе Центра психического здоровья УлГУ в 2022–2023 гг. В данной работе, преимущественно обзорной, мы рассмотрим часть полученных результатов, связанных с параметрами исследования, а именно – отношение к получению психотерапевтической помощи и признаки тревожно-депрессивных расстройств.

Материалы и инструменты исследования: госпитальные шкалы тревоги, депрессии, ГТР, фобии; опросник суицидального риска Т.Н. Разуваевой; опросник отношения к обращению за услугами в сфере психического здоровья (IASMHS) – русскоязычная версия.

Было установлено, что 89% студентов не стремятся получить специализированную медико-психологическую и психотерапевтическую помощь, при этом подавляющее большинство имеет признаки ГТР (около 39%), депрессивных расстройств (около 31%), других поведенческих проблем и связанных с ними проблем адаптации к учебному процессу. По всей выборке отмечаются единичные случаи опыта обращения к психологу или психотерапевту, при этом респонденты отмечают в анамнезе трудности в родительской семье и отношениях с родителями, сверстниками, отмечают наличие проблем с успеваемостью, когнитивные нарушения и социальную изоляцию. Также были исследованы характеристики субъективного ощущения одиночества – согласно первичным данным, более 78% респондентов испытывают постоянное глубокое ощущение одиночества и покинутости.

Стоит отметить, что данное исследование носит лонгитюдный характер, находится в продолжении реализации на 2023–2024 гг. на базе Центра психического здоровья Ульяновского государственного университета сотрудниками научно-исследовательского коллектива с целью формирования практических рекомендаций и плана работы со студенческой молодежью для повышения их адаптации.

Раздел 11. Неврология, нейрохирургия

Грешнова И.В., Жаринова Н.О., Федотова Т.В.

Рассеянный склероз и заболевания спектра нейрооптикомиелита

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»

Нейрооптикомиелит (ОНМ) – идиопатическое, иммуно-опосредованное воспалительное заболевание ЦНС, проявляющееся сочетанием демиелинизирующего и некротического поражения зрительных нервов и спинного мозга при минимальном вовлечении других отделов нервной системы. Рассеянный склероз (РС) и ОНМ – основные демиелинизирующие заболевания лиц молодого возраста. Долгое время они изучались в единой группе, поскольку их клиническая картина довольно схожа. Однако заболевания отличаются патогенезом. Ясность в этом вопросе была внесена относительно недавно, с открытием функций водных каналов астроцитов и антител к аквапорину-4. В 2007 г., после того как были описаны различные формы клинической картины заболевания, помимо оптических невритов и миелитов, был введен термин ЗСОНМ (заболевания спектра нейрооптикомиелита), а в 2015 г. опубликованы новые критерии их диагностики (критерии Вингерчука). В настоящее время отмечается увеличение количества случаев данной патологии во всем мире, что может быть связано с совершенствованием методов диагностики, но может предполагать под собой и истинное увеличение заболеваемости. Основные клинические проявления ЗСОНМ включают оптические невриты (часто тяжелые двусторонние), острый миелит (захватывающий более трех сегментов спинного мозга, в том числе тяжелые варианты поперечного миелита и длинного продольного миелита), синдром *area postrema* (синдромы постремной области, включающие икоту, тошноту и рвоту), острый синдром поражения ствола головного мозга, симптоматическую нарколепсию, острый диэнцефальный клинический синдром и, реже, острый рассеянный энцефаломиелит. Актуальной проблемой остается постановка диагноза заболевания СНОМ ввиду

схожести клинической картины с рассеянным склерозом. Сообщается о 33% – 42,5% пациентов с нейрооптикомиелитом, которым первоначально был ошибочно установлен диагноз РС.

На настоящий момент в разработке находятся клинические рекомендации по ведению пациентов с ЗСНОМ, в которых регламентированы и конкретизированы критерии постановки диагноза – критерии Вингерчука 2015 года, включающие перечисленные выше клинические синдромы, специфические МРТ признаки, проведение анализа сыворотки крови на наличие антител класса IgG к аквапорину-4 (AQP4-IgG) для установления статуса по антителам к аквапорину-4, а также проведение общесоматического дообследования.

Всем пациентам с подозрением на ЗСНОМ, при наличии атипичных признаков, заставляющих включить в дифференциальный диагноз рассеянный склероз, рекомендуется парное исследование олигоклональных иммуноглобулинов класса IgG с установлением типа синтеза в сыворотке крови и спинномозговой жидкости (СМЖ) с целью проведения дифференциального диагноза с рассеянным склерозом.

Под наблюдением в условиях ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница» находится 6 пациентов с диагнозом ЗСНОМ, две из них диагностированы в 2023 году. Всем пациентам для установки диагноза выполнялись обследования согласно проекту клинических рекомендаций – проводился анализ СМЖ (выявлен 1 тип синтеза у 5 пациентов и 5 тип синтеза у одной пациентки), выполнена МРТ головного и спинного мозга, проведен анализ крови на антитела к аквапорину-4, в том числе проводится мониторинг в динамике. В дальнейшем диагноз был подтвержден в условиях федеральных научных центров. Пятеро больных имеют серонегативный по антителам к аквапорину-4 статус и получают патогенетическое лечение согласно предусмотренному клиническими рекомендациями алгоритму, одна пациентка имеет серопозитивный вариант данного заболевания.

Важность правильной постановки диагноза «заболевания спектра нейрооптикомиелита» и своевременное начало патогенетической терапии играет ключевую роль в поддержании клинического состояния и улучшения качества жизни пациентов. Введение клинических рекомендаций позволит структурировать работу врача-невролога при постановке и назначении лечения пациентам с данной нозологией.

Жаринова Н.О., Преображенская Е.С., Щеголева Н.А., Яковлева Л.И.

**Ведение пациентов со спинальной мышечной атрофией
в условиях неврологического отделения
ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»**

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»

Аутосомно-рецессивная спинальная мышечная атрофия (СМА), сцепленная с хромосомой 5q, – орфанное нервно-мышечное заболевание, обусловленное мутациями гена SMN1 (Survival Motor Neuron – ген выживаемости мотонейрона) на длинном плече 5-й хромосомы. Морфологическим субстратом заболевания является прогрессирующая гибель двигательных нейронов передних рогов спинного мозга и ядер черепных нервов ствола мозга. Клинически это проявляется симметричными периферическими параличами и атрофией скелетной мускулатуры, нарушением двигательного развития, расстройствами ходьбы, кифосколиозом грудного и поясничного отделов позвоночника, в тяжелых случаях – нарушениями глотания и дыхания. Клиническая классификация СМА 5q основана на возрасте дебюта заболевания и возрасте, в котором был достигнут максимальный уровень развития двигательных функций. Выделяют 5 типов СМА – от СМА 0 типа, наиболее тяжелой формы с быстрой смертью вскоре после рождения, до СМА IV с дебютом легких нарушений моторных функций, наступающим после 30 лет. В практике самым распространенным типом является тип 3 (юношеская форма, болезнь Кугельберга – Веландер) – дебют между 18 месяцами и 20 годами жизни, имеющий более медленное прогрессирование заболевания.

В феврале 2024 года Министерством Здравоохранения РФ были утверждены клинические рекомендации по ведению больных с данной патологией, где указано на необходимость применения патогенетического лечения СМА всех типов, без ограничения по типу заболевания, возрасту дебюта или текущему возрасту пациента. Для применения у взрослых пациентов на настоящий момент одобрено два препарата: Нусинерсен (Спинраза) – препарат, увеличивающий производство белка SMN из «резервного» гена SMN2 с использованием антисмысловых олигонуклеотидов, структура которых специально разработана для лечения СМА; и

Рисдиплам (Эврисди) – модификатор сплайсинга (процесса вырезания определенных нуклеотидных последовательностей из молекул РНК и соединения последовательностей, сохраняющихся в «зрелой» молекуле РНК) гена, с которого синтезируется SMN2, разработан для длительного повышения и поддержания уровня белка SMN. По состоянию на февраль 2024 г. в условиях неврологического отделения ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница» специфическую терапию данного заболевания получают 4 пациента (две женщины и двое мужчин), средний возраст – 29,5 лет. Все пациенты прошли диагностику в условиях федеральных медицинских центров и имеют диагноз «СМА 3 типа». Трое больных применяют препарат Нусинерсен (интратекального введения), одна пациентка – препарат Рисдиплам (пероральный). На настоящий момент проведено от 4 до 18 введений препарата Нусинерсен, Рисдиплам применяется в течение 3 лет. Отмечается удовлетворительная переносимость проводимой терапии, побочные эффекты имеют умеренную степень выраженности и связаны со способом доставки препарата (легкий постпункционный синдром ввиду интратекального введения). При инициации терапии и на фоне ее применения для оценки эффективности проводимого лечения осуществляется контроль симптоматики посредством проведения стандартизированных тестов: Модифицированная шкала Хаммерсмит (англ. Revised Hammersmith Scale, RHS) – оценка физических возможностей пациентов со СМА II и III типов для мониторинга функции сидения, стояния, ходьбы, диапазона движений и силы в конечностях, мышцах туловища и шеи; и Модифицированный модуль оценки манипулятивной функции (англ. Revised upper limb module for spinal muscular atrophy, RULM) используется для оценки функциональной активности верхних конечностей. При оценке эффективности проводимой терапии у данных пациентов наблюдается стабилизация клинического состояния по всем оценочным шкалам.

Больные на фоне проводимого лечения отмечают субъективное улучшение состояния в виде расширения объема выполняемых повседневных активностей. Таким образом, патогенетическое лечение больных СМА ведет к улучшению качества жизни пациентов, проводится в неврологическом отделении ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница» согласно клиническим рекомендациям и требует дальнейшего мониторинга клинической картины.

Федотова Т.В., Алексеева Е.И., Малянкова В.П., Морозова Т.В.

Диагностика оптикомиелита Девика в практике врача-невролога

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»

Актуальность. Привлечь внимание к клинике, диагностике заболевания спектра оптикомиелита.

Цель – проинформировать неврологов о правильной и своевременной диагностике оптикомиелита.

Оптикомиелит Девика – это воспалительное демиелинизирующее заболевание, характеризующееся селективным поражением зрительного нерва (острый и подострый неврит) и спинного мозга (обширный поперечный миелит на уровне шейных или грудных сегментов) при минимальных поражениях головного мозга.

Впервые данное заболевание описал французский врач Девик в 1894 г. Длительное время оптикомиелит считался тяжёлым вариантом рассеянного склероза и часто неправильно диагностируется как рассеянный склероз, но прогноз и лечение являются различными. На данный момент, в связи с выделением специфического маркера (NMO-IgG), который не встречается при рассеянном склерозе, и особенностями течения, – оптикомиелит выделен в отдельную нозологическую единицу, по МКБ 10-G36.0. Диагноз «оптикомиелит» устанавливается на основании клинических, серологических и нейровизуализационных данных. Типичным проявлением является поперечный миелит с распространением очага на 3 и более сегмента спинного мозга с вовлечением серого вещества, поражение зрительных нервов со снижением остроты зрения и дефектами полей зрения. При рассеянном склерозе очаги имеют протяженность менее 1 сегмента по периферии белого вещества. Следует отметить, что поперечный миелит может наблюдаться и при других процессах – инфекциях, гранулемах, неопластических процессах, а также при ОРЭМ, инфаркте спинного мозга, АВ-фистуле.

Как уже указано выше, для точной постановки диагноза и определения дальнейшей тактики ведения больных очень важна правильная и своев-

временная диагностика, так как оптикомиелит лечится иначе, чем рассеянный склероз.

Обязательно всем пациентам с подозрением на оптикомиелит проводится МРТ головного мозга, спинного мозга с КУ, проверка остроты зрения, в идеале – зрительные вызванные потенциалы; исследование сыворотки крови и ликвора на олигоклональные антитела, исследование крови на антитела к аквапорину-4, исключение нейроинфекций, ВИЧ.

За 2023 г. в отделении неврологии ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница» пролечено 6 пациентов с оптикомиелитом. Половозрастная структура: 4 женщины, 2 мужчины, средний возраст пациентов – 40 лет. Им было проведена МРТ шейного, грудного отделов спинного мозга с КУ, исследование ликвора, офтальмологическое обследование. У одного из пятерых был положителен анализ крови на антитела к аквапорину-4. Диагноз «оптикомиелит» в дальнейшем был подтвержден в ФМУ г. Москвы. Все пациенты получают специфическую терапию, в частности: двое принимают цитостатики (азатиоприн), четверо пациентов – препарат моноклональных антител. Пациенты имеют хороший ответ на лечение.

Выводы: при подозрении на оптикомиелит Девика важной задачей врача является ранняя диагностика заболевания, так как оптикомиелит является заболеванием с более тяжёлым течением, приводящим к быстрой инвалидизации пациентов, чаще встречается у пациентов трудоспособного возраста.

Мидленко А.И.¹, Рябов С.Ю.², Мидленко Н.М.¹, Нахапнюк С.С.²

Качество жизни детей с опухолями головного мозга

¹ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»;

² ГУЗ «Городская клиническая больница святого апостола Андрея Первозванного»

Цель исследования – оценить качество жизни детей с опухолями головного мозга (ОГМ) после различных вариантов проведенного лечения.

Материал и методы. Проведен анализ медицинской документации 130 детей с ОГМ в Ульяновской области в возрасте от 2 месяцев до 15 лет, находившихся на лечении в период 2005-2020 гг. Удаление опухоли с гистологической верификацией произведено у 107 (82,3%) детей. Супратенториальные ОГМ выявлены у 75 (57,7%), опухоли ЗЧЯ – у 55 (42,3%). В 49 (46,2%) случаях диагностировано низкодифференцированное образование, в 57 (53,8%) – доброкачественное. В 27,7% случаев диагностированы опухоли до 30 мм в диаметре, у 52,3% больных новообразование имело большие размеры (от 30 до 40 мм) а у 20% пациентов – гигантские (больше 40 мм в любом максимальном измерении).

Проведена оценка качества жизни (КЖ) у 96 детей с ОГМ в различные сроки (от 2 месяцев до одного года) после хирургического вмешательства, а в случае проведения им химиолучевого лечения – после проведения последнего курса в течение года. Изучение КЖ осуществлялось с использованием анкет, отражающих различные аспекты физического, психоэмоционального и социального благополучия ребенка. При описании уровня физического и социального функционирования применялись понятия хорошего, удовлетворительного и неудовлетворительного КЖ на основании балльной оценки.

Результаты и их обсуждение. По результатам анализа полученных данных у 52,1% детей с ОГМ можно говорить о хорошем КЖ после удаления опухоли, в 31,3% случаях отмечалось удовлетворительное, а у 16,7% пациентов – низкое КЖ.

Результаты лечения супратенториальных ОГМ у детей свидетельствовали о хорошем КЖ у 55,1% больных, удовлетворительное выявлено у 28,6% пациентов, а неудовлетворительное – в 16,3% случаев. Хорошие показатели КЖ наблюдались после хирургического лечения у 48,9% детей с опухолями ЗЧЯ, удовлетворительные регистрировались в 34,1%, неудовлетворительные – в 17% случаев.

Показатели КЖ при низкодифференцированных новообразованиях были значительно хуже ($p < 0,05$). При высокодифференцированных супратенториальных ОГМ изучение катамнеза свидетельствовало о хорошем КЖ после лечения у 71,4% детей, а при анапластическом опухолях – только у 14,3% больных. Удовлетворительное КЖ в случае доброкачественной опухоли данной локализации наблюдалось у 17,1% пациентов, неудовле-

творительное отмечено в 11,4% случаев, а при низкодифференцированных супратенториальных ОГМ – у 57,1% и 28,6% соответственно. При субтенториальных новообразованиях низкой степени злокачественности хорошее КЖ среди наблюдаемых нами больных достигнуто в 88,2% случаев, удовлетворительное отмечалось у 5,9%, неудовлетворительное – также у 5,9% детей, а при анапластических опухолях ЗЧЯ – у 26,7%, 50% и 23,3% пациентов соответственно.

Оценивая значительно более низкие показатели КЖ детей после оперативного вмешательства при высоко злокачественных ОГМ, необходимо учитывать, что большинство больных этой группы в послеоперационном периоде получали облучение и / или химиотерапевтическое лечение. Очевидно, что КЖ больных определялось именно проведением адъювантных методов воздействия и их влиянием на организм пациента, а полноценная социальная адаптация была ограничена необходимостью дополнительного, часто неоднократного пребывания, в стационаре с целью проведения длительной реабилитации и лечения осложнений лучевой и химиотерапии.

После максимально радикальной операции хорошее КЖ после лечения наблюдалось у 71,9% пациентов, при субтотальной резекции новообразования отмечено только у 26,5% больных, а в случае частичного удаления ОГМ подобный результат не был достигнут ни у одного ребенка. Удовлетворительные показатели КЖ при частичном удалении новообразования регистрировались у 80% детей, при субтотальном отмечались у 52,9% больных, в результате полной резекции опухолевой ткани – у 14% пациентов, а неудовлетворительные – в 20%, 13% и 14% случаев соответственно.

При низкодифференцированных ОГМ после тотальной резекции опухолевой ткани хорошее КЖ наблюдалось у 42,9% больных, удовлетворительное отмечено у 28,6% детей, неудовлетворительное – также в 28,6% случаев. Субтотальное удаление анапластических новообразований позволило достичь высоких показателей КЖ лишь у 14,3% пациентов, удовлетворительное КЖ регистрировалось в 60,7% случаев, неудовлетворительное – у 25% детей ($p < 0,05$). При частичной резекции полученные результаты еще ниже.

Напротив, при ОГМ низкой степени анаплазии существенного влияния радикальности хирургической операции на показатели КЖ не наблюдалось. Изучение результатов лечения после тотального удаления добро-

качественных внутрочерепных опухолей свидетельствовало о хорошем КЖ у 81,4% пациентов, удовлетворительное выявлено в 9,3% случаев, низкое – у 9,3% больных. Аналогичные значения отмечались и при субтотальной резекции среди этой группы опухолей.

Изучение катамнеза после удаления небольших ОГМ свидетельствует о хороших показателях КЖ у 76,5% детей, удовлетворительное наблюдалось у 17,6% больных, а низкое – в 5,9% случаев. При больших опухолях только у 52,5% пациентов отмечался высокий уровень КЖ, удовлетворительное КЖ регистрировалось у 30,5% больных, неудовлетворительное – в 16,9% случаев, а после удаления ОГМ гигантских размеров – у 30%, 45% и 20% соответственно ($p < 0,05$). Подобная зависимость и ухудшение показателей КЖ пациента с ОГМ при более крупных размерах опухоли отмечена как при опухолях супратенториальной локализации, так и при опухолях ЗЧЯ, а также при различной степени анаплазии объемного образования.

Выполнение оперативного вмешательства при компенсированном состоянии ребенка с ОГМ сопровождалось в дальнейшем хорошими показателями КЖ у 73,1% пациентов, удовлетворительное КЖ отмечено у 19,2% больных, плохое – у 7,7% детей, а в случае умеренных клинических проявлений хорошее КЖ регистрировалось у 71,9%, удовлетворительное – у 25%, а неудовлетворительное – у 3,1% детей. После удаления опухоли в более поздних стадиях течения заболевания результаты лечения были значительно хуже ($p < 0,05$). В группе детей с выраженными клиническими проявлениями ОГМ хорошее КЖ наблюдалось у 29,6% больных, удовлетворительное отмечалось в 44,4% случаев, низкое – у 25,9% пациентов. Начало лечения при декомпенсированном состоянии ребенка с ОГМ не позволили достигнуть высоких показателей КЖ среди наблюдаемых нами пациентов ни в одном случае, а неудовлетворительное КЖ в отдаленном периоде выявлялось у 54,5% детей, т. е. более чем у половины больных.

Выводы. У 52,1% детей с ОГМ можно говорить о хорошем КЖ после удаления опухоли, в 31,3% случаях отмечается удовлетворительное, а у 16,7% пациентов – низкое.

Показатели КЖ после резекции низкодифференцированных новообразований значительно ниже ($p < 0,05$), что во многом определяется прове-

дением при анапластических ОГМ радиотерапии и/или химиотерапевтического лечения.

Прослеживается отчетливое повышение показателей КЖ детей с низкодифференцированными ОГМ при возрастании радикальности первичного оперативного вмешательства. Напротив, при ОГМ низкой степени анаплазии настолько значимого влияния радикальности хирургической операции на показатели КЖ не наблюдается. При своевременной диагностике и удалении новообразований небольших размеров достигается более высокое КЖ пациента, чем после удаления ОГМ больших и, тем более, гигантских размеров ($p < 0,05$).

Важным фактором, определяющим КЖ детей с ОГМ после лечения, является степень компенсации пациента к моменту диагностики заболевания и оперативного вмешательства. Более низкие показатели КЖ после удаления опухоли наблюдаются у больных с более выраженной стадией клинического течения заболевания.

Авдеенко М.В., Бондарь Т.К., Гурьянова Н.В., Биктимирова К.Т.

Канцер-ассоциированный инсульт в практике невролога отделений ОНМК

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»

Актуальность. Злокачественные новообразования (ЗНО) и инсульты являются важнейшими медико-социальными проблемами как в мире, так и в Российской Федерации, что обусловлено высокими показателями заболеваемости, смертности и инвалидизации населения. Всё большее внимание уделяется их коморбидности. Распространенность ишемического инсульта, связанного со ЗНО, будет расти в ближайшем будущем, т.к. снижается летальность и смертность у онкобольных с наиболее распространенными формами ЗНО (легкие, грудь, простата).

Цель – повышение информированности врачей-неврологов об этиологии, патогенезе и методах диагностики инсультов у больных с ЗНО.

Методы. Анализ научных исследований, посвященных ЗНО как фактору риска инсульта. Проведен анализ 45 историй болезни отделения ОНМК ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница» с инсультами и онкологической патологией.

Результаты. Согласно проведенным исследованиям, ишемический инсульт развивается у 7–15% пациентов со ЗНО и характеризуется более тяжелым течением, длительным пребыванием в условиях ОРИТ, рецидивированием и высокой летальностью. ЗНО наблюдается у каждого 10-го госпитализированного в стационар пациента с инсультом. У 10–40% пациентов со ЗНО имеет место криптогенный инсульт – инсульт, причина которого осталась неизвестной при максимально возможном обследовании больного. Механизмы канцер-ассоциированного инсульта включают в себя: гиперкоагуляцию, небактериальный тромботический эндокардит, парадоксальную и опухолевую эмболию, а также потенциацию классических причин инсульта (атеросклероз и ФП). Артериальные тромботические события особенно характерны для пациентов с аденокарциномами, опухолями легких, поджелудочной и молочных желез и желудка. Также доказано, что ФП (как причина ишемического инсульта) чаще возникает у онкобольных, чем в общей популяции. На это влияет как само заболевание, так и основные онкопрепараты. К инсульту может приводить радиационно-индуцированная васкулопатия, развивающаяся в сонных артериях у пациентов с раком головы, шеи и головного мозга, получивших лучевое лечение.

По результатам анализа историй болезни, средний возраст пациентов составил 70,4 года (доля мужчин в этой группе – 69%). В структуре ОНМК ишемический инсульт имелся в 84% (38 человек), ТИА – в 11% (5 чел.), геморрагический – в 4% (2 чел.). Атеротромботический инфаркт мозга выявлен в 37% (14 чел.), кардиоэмболический – в 15,8% (6 чел.), лакунарный – в 7% (3 чел.), криптогенный инсульт – в 33,3% (15 чел.) случаев. У 11% больных инсульт был повторным. В 31% случаев (14 человек) у пациентов имелось многоочаговое поражение головного мозга сосудистого характера в разных бассейнах кровоснабжения. В 71% случаев (32 чел.) пациенты поступали уже с установленным диагнозом ЗНО и получившие лечение в ОКОД. Летальность в исследуемой группе больных составила 18% (8 человек), несколько выше такого же показателя в общей группе пациентов с инсультом (15,2%). Гиперкоагуляционные сдвиги в коагуло-

грамме отмечены у 82% пациентов. В структуре онкологической патологии частота встречаемости опухолей ЖКТ (33%), рака органов малого таза (17,7%), почек – 13,5%, «голова-шея» (11%), рака легких (9%).

Выводы. Отличительными особенностями канцер-ассоциированного инсульта при скрытом онкопроцессе являются: постепенное формирование неврологического дефицита в течение нескольких часов и дней, поражение нескольких сосудистых бассейнов по данным МРТ, характерная локализация очагов в пограничных зонах полушарий или мозжечка. В случае выявления этих признаков рекомендовано проведение онкопоиска, который индивидуален, и будет включать в себя определение Д-димера, СРБ, КТ органов грудной клетки, брюшной полости и органов малого таза. Это позволит выявлять в более ранние сроки онкозаболевания и проводить адекватную вторичную профилактику инсультов и др. сосудистых событий (венозные тромбозы, ТЭЛА).

Мидленко А.И.¹, Рябов С.Ю.², Науметов А.К.¹, Мидленко Н.М.¹

Ближайшие результаты хирургического лечения и выживаемость детей с опухолями головного мозга

¹ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»;

² ГУЗ «Городская клиническая больница святого апостола Андрея Первозванного»

Цель исследования – оценить ближайшие результаты хирургического вмешательства, общую и бессобытийную выживаемость при опухолях головного мозга (ОГМ) у детей после различных вариантов проведенного лечения.

Материал и методы. Проведен анализ медицинской документации 130 детей с ОГМ в Ульяновской области в возрасте от 2 месяцев до 15 лет, находившихся на лечении в период 2005–2020 гг. Удаление опухоли произведено у 107 (82,3%) детей. Супратенториальные ОГМ выявлены у 75 (57,7%), опухоли ЗЧЯ – у 55 (42,3%). В 49 (46,2%) случаях диагностировано низкодифференцированное образование, в 57 (53,8%) – доброкачественное. В 27,7% случаев диагностированы опухоли до 30 мм в диаметре,

у 52,3% больных новообразование имело большие размеры (от 30 до 50 мм) а у 20% пациентов – гигантские (> 50 мм).

Анализ показателей выживаемости выполнен у 97 (95,7%) детей с ОГМ после различной по объему хирургической резекции новообразования. Исследование выживаемости проводилось на основании метода Кап-лан-Мейера. Больные включались в исследование выживаемости на всем его протяжении в 1994–2005 гг. Наблюдение проводилось в сроки от 2 месяцев до 14 лет. Медиана наблюдения составила 69,7 месяцев.

Результаты и их обсуждение. В наблюдаемой нами группе детей с оперированными ОГМ послеоперационная летальность составила 8,4%. При супратенториальных ОГМ летальность составила 12,3%. Самые высокие показатели отмечались при супратенториальных ОГМ средней линии – 37,5%. После резекции полушарных супратенториальных ОГМ в послеоперационном периоде умерли 2,4% детей. Значения летальности при всех опухолях ЗЧЯ оказались ниже, составляя 4% ($p < 0,05$).

При проведении анализа показателей летальности следует обратить внимание на ряд фактов. 33,3% умерших больных госпитализировались в стадии выраженных клинических проявлений, 44,4% пациентов – в состоянии грубой декомпенсации. Среди детей с ОГМ оперированных в стадии начальных или умеренных клинических проявлений летальность составила 3,2%, а в группе детей с выраженными клиническими проявлениями заболевания или в декомпенсированном состоянии – 15,6% ($p < 0,05$). У всех умерших пациентов к моменту поступления в стационар для оперативного лечения опухоль имела большие и гигантские размеры, в 44,4% и 55,6% случаев соответственно.

По нашим данным, в целом при ОГМ высокой степени анаплазии общая выживаемость в течение одного года составила $81,6 \pm 5,1\%$, трехлетняя отмечена на уровне $42,6 \pm 6,8\%$. В $7,1 \pm 3,6\%$ случаев ОГМ этой группы наблюдалась десятилетняя общая выживаемость. В случаях высокодифференцированных ОГМ у детей общая выживаемость в течение 22 месяцев составила $94,2 \pm 3,2\%$, а у $89,2 \pm 5,7\%$ больных этой группы отмечалась выживаемость более десяти лет.

Общая выживаемость в течение более чем одиннадцати лет при типических астроцитомах составила $89,3 \pm 7,8$, а шестилетняя выживаемость без прогрессирования наблюдалась у $84,9 \pm 7,3\%$ пациентов. У детей с

анапластическими астроцитомами общая выживаемость в течение 11 месяцев регистрировалась на уровне $80 \pm 12,6\%$, трехлетняя составила $40 \pm 13,2\%$, а трехлетняя выживаемость без прогрессирования – только у $10 \pm 4,8\%$ больных. При глиобластомах продолжительность жизни в течение года отмечалась в $60 \pm 21\%$ случаев, 26-ти месяцев – у $20 \pm 9,6\%$ больных, и только $20 \pm 9,6\%$ составил показатель 9-месячной бессобытийной выживаемости.

Результаты лечения анапластических эпендимом сравнимы с выживаемостью детей с high grade-астроцитарными опухолями. Так, 14-месячная общая выживаемость составила $60 \pm 21,9\%$, а в $30 \pm 12,2\%$ случаев этот показатель отмечен на уровне 27 месяцев, а 10-месячный показатель безрецидивной выживаемости составил только $33,3 \pm 17,2\%$.

У больных с медуллобластомами после хирургической резекции опухоли на фоне проведения в большинстве случаев адьювантного лечения общая выживаемость в течение одного года отмечалась на уровне $78,9 \pm 8,1\%$, трехлетняя составила $42,4 \pm 11,7\%$, а в $14,5 \pm 7,4\%$ случаев зарегистрирована десятилетняя продолжительность жизни.

При низкодифференцированных ОГМ у детей после тотальной резекции общая выживаемость, по нашим данным, в течение первого года составила $84,6 \pm 10\%$, в течение 22 месяцев – $53,8 \pm 13,8\%$, а девятилетнее выживание отмечено на уровне $17,9 \pm 11,3\%$. При нерадикальном удалении 13-месячная выживаемость определялась на уровне $76,9 \pm 6,5\%$, двухлетняя составила $57,8 \pm 8\%$, трехлетняя – $41,5 \pm 8,2\%$, а девятилетняя – $8,3 \pm 4,2\%$.

При доброкачественных ОГМ прогностическое значение для отдаленных результатов лечения радикальности хирургической операции в значительной мере отличалось от больных с новообразованиями высокой степени анаплазии. Это связано с тем, что большинству больных со злокачественными ОГМ проводилось адьювантное лечение, которое влияет на течение бластоматозного процесса, в том числе выживаемость.

При высокодифференцированных ОГМ анализ нашего материала свидетельствует о $90,7 \pm 7,1\%$ общей выживаемости более чем десяти лет при тотальном удалении опухоли. В случае же неполного удаления объемного образования показатель 16-месячной общей выживаемости составил $88,9 \pm 10,5\%$, 22-месячной – $77,8 \pm 13,7\%$.

После удаления низкокодифференцированных новообразований до 30 мм в диаметре показатели общей и бессобытийной выживаемости были заметно выше, чем при опухолях гигантских размеров (свыше 40 мм) ($p < 0,05$). Так, общая выживаемость при небольших ОГМ анапластической природы в течение 28 месяцев составила $75 \pm 10,6\%$, а выживание в течение восьми лет отмечалось в $37,5 \pm 12,4\%$ случаев. После резекции новообразований больших размеров (от 30 до 40 мм) данный показатель в течение года регистрировался на уровне $73,4 \pm 6,2\%$, трехлетняя общая выживаемость составила $40,1 \pm 7,9\%$, а в случае гигантских ОГМ – $77,8 \pm 13,9\%$ и $34,5 \pm 12,3\%$ соответственно. В отличие от злокачественных при ОГМ низкой степени анаплазии, наши наблюдения не выявили какой-либо зависимости продолжительности жизни от размеров опухоли к моменту начала лечения.

Отказ по различным причинам в послеоперационном периоде от проведения химиолучевого лечения ведет к быстрому прогрессированию процесса и гибели больного ($p < 0,05$). Так, без проведения адъювантного лечения 13-месячная выживаемость при низкокодифференцированных ОГМ составила $25 \pm 5,1\%$, а выживаемость без прогрессирования заболевания в течение 11 месяцев – только $16,7 \pm 4,8\%$. При применении лучевой терапии после удаления ОГМ высокой степени злокачественности общая выживаемость в течение одного года составляла $81 \pm 6,8\%$, трехлетняя – $44 \pm 9,1\%$, а в случаях комплексного лечения у $66,6 \pm 19,2\%$ пациентов отмечалась выживаемость в течение 26 месяцев, а у $44,4 \pm 14,1\%$ – в течение 47 месяцев.

Выводы. Послеоперационная летальность при ОГМ у детей остается высокой, составляя $8,4\%$. Самые высокие показатели отмечаются при супратенториальных ОГМ средней линии. После резекции гемисферных супратенториальных опухолей летальность заметно ниже – $2,4\%$. Послеоперационная летальность при новообразованиях ЗЧЯ составляет 4% .

Степень клинической компенсации больного и размеры опухоли – важные факторы, определяющие ближайшие результаты (послеоперационную летальность) хирургического лечения ОГМ в детском возрасте.

Наиболее неблагоприятное течение заболевания, отдаленные результаты лечения и низкие показатели выживаемости среди различных морфо-

логических групп ОГМ, по результатам наших исследований, наблюдались у детей с глиобластомами и анапластическими эпендимомами.

Важным фактором, позволяющим повысить показатели выживаемости детей с анапластическими ОГМ, является применение химиолучевого лечения после операции, а также своевременная диагностика и удаление опухолей небольших размеров.

У детей с высококодифференцированными ОГМ прослеживается отчетливое повышение показателей общей и, особенно, безрецидивной выживаемости при возрастании степени радикальности хирургического вмешательства.

Машин В.В.¹, Котова Е.Ю.¹, Пыльнова Л.М.², Щедрина М.С.²

Значение нейропротективной терапии в лечении пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией с когнитивными нарушениями

¹ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»;

² ГУЗ «Центральная клиническая медико-санитарная часть имени заслуженного врача России В.А. Егорова»

Актуальность. Одним из ведущих проявлений дисциркуляторной энцефалопатии являются нарушения когнитивных функций. Для коррекции когнитивных нарушений используют препараты, объединенные в группу нейропротекторов, которые действуют на ключевые звенья процессов, приводящих к гибели нервных клеток при сосудистой патологии.

Цель исследования – оценить эффективность нейропротективной терапии препаратами Кортексин® и этилметилгидроксипиридина сукцинат (ЭМГП сукцинат) (Нейромексол®) в лечении у пациентов с ДЭ с когнитивными нарушениями.

Материалы и методы исследования. На базе неврологического отделения для больных с нарушением мозгового кровообращения ГУЗ ЦК МСЧ имени заслуженного врача России В.А. Егорова г. Ульяновска проведено исследование, включающее анализ данных о 60 пациентах. Методом

простой рандомизации пациенты были распределены на две группы по 30 человек, сопоставимые по полу и возрасту. Пациенты основной группы (ОГ): 6 (20%) мужчин и 24 (80%) женщины, в возрасте от 49 до 80 лет, (средний возраст – 66 ± 9 лет). Все пациенты данной группы получали нейропротективную терапию Кортексин® 10 мг/сут и ЭМГП сукцинат (Нейромексол®) 5 мл (50 мг/мл) /сут («Герофарм», Россия) в течение 10 дней на фоне стандартной базисной терапии. Пациенты группы сравнения (ГС): 9 (30%) мужчин и 21 (70%) женщин, в возрасте от 35 до 80 лет (средний возраст – 62 ± 12 лет), получали только стандартную базисную терапию.

ДЭ II стадии выявлена у 15 (25%) пациентов (в ОГ у 8 (26,7%), в ГС у 7 (23,3%) обследованных), ДЭ III стадии – у 45 (75%) человек (в ОГ у 22 (73,3%), в ГС у 23 (76,7%) обследованных).

Клиническое и инструментальное обследование пациентов проводилось до начала терапии и в динамике после лечения через 10 дней. Для оценки когнитивных нарушений применялась краткая шкала оценки психического статуса (Mini-Mental State Examination – MMSE), для оценки динамики коррекции зрительно-пространственной координации тест рисования часов (Clock drawing test – CDT). Забор крови был проведен дважды в период обследования: до начала лечения и после окончания лечения. В сыворотке крови определялся общий антиоксидантный статус (TAS) и исследовались следующие маркеры: нейронспецифическая энолаза (NSE), антитела к NR2-пептиду. Статистическая обработка результатов исследования выполнялась с использованием программ Microsoft Excel 2010 и Statistica 13.0 (StatSoftRussia). Различия считались статистически значимыми при достигнутом уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты. На фоне нейропротективной терапии у пациентов с ДЭ наблюдалась положительная динамика в виде уменьшения степени выраженности когнитивных нарушений от степени легкой деменции (по шкале MMSE 20–24 балла) до умеренных когнитивных нарушений (по шкале MMSE – 25–27 баллов) ($p < 0,05$), а также в виде улучшения зрительно-пространственной координации по CDT на 25,0% ($p < 0,05$). Кроме того, на фоне нейропротективной терапии у пациентов в ОГ по сравнению с ГС отмечено статистически значимое улучшение TAS на 87,7%, уменьшение уровня NSE в 2 раза и снижение уровня антител к NR2-субъединице NMDA-

рецептора глутамата на 47,1% ($p < 0,05$), что свидетельствовало о патогенетически обоснованном применении нейропротективных препаратов.

Выводы. По данным нашего исследования нейропротективная терапия препаратами Кортексин® и ЭМГП сукцинат (Нейромексол®) оказывает положительное влияние на клинические проявления ДЭ, в том числе способствует уменьшению прогрессирования когнитивных расстройств, улучшению зрительно-пространственной координации. Данная нейропротективная терапия у пациентов с ДЭ с когнитивными нарушениями оказывает положительное влияние на свободнорадикальное окисление и глутаматную нейротоксичность, о чем свидетельствует изменение уровня их биомаркеров: общего антиоксидантного статуса, нейронспецифической энolahзы, антител к NR2-пептиду глутаматных NMDA-рецепторов.

Мидленко А.И.¹, Ишматов Р.Ф.², Мидленко К.М.¹, Рябов С.Ю.²

Факторы риска развития осложнений после удаления опухолей головного мозга

¹ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»;

² ГУЗ «Городская клиническая больница святого апостола Андрея Первозванного»

Цель исследования – сформулировать факторы, способствующие развитию послеоперационных осложнений после удаления опухолей головного мозга (ОГМ).

Материал и методы. Объектом исследования явились жители Ульяновской области с опухолями головного мозга, госпитализированные на стационарное лечение в нейрохирургические отделения с 00 часов 1 января 2005 г. До 24 часов 31 декабря 2020 года. Анализ проводился до выписки из стационаров госпитализированных в указанный период времени пациентов с ОГМ.

Согласно результатам проведенного исследования, на территории Ульяновской области в период с 2005 по 2020 гг. выявлены 870 жителей, страдающих ОГМ – 767 взрослых, 20 подростков и 83 ребенка. Из них на стационарном обследовании и лечении находилось 545 пациентов.

В результате анализа 16 780 протоколов патологоанатомических исследований выявлено 325 опухолей головного мозга, не диагностированных при жизни: 323 – у взрослых и 2 – у детей.

В группе исследованных больных мужчин было 263 ($48,3 \pm 2,1\%$), женщин – 282 ($51,7 \pm 2,1\%$) ($p > 0,05$). Взрослых больных было 444 ($81,5 \pm 1,7\%$), подростков – 20 ($3,7 \pm 0,8\%$), детей – 81 ($14,8 \pm 1,5\%$).

При поступлении в стационар и на момент выписки после операции оценивался функциональный статус пациентов. Функциональный статус взрослых пациентов и подростков оценивался по шкале Karnofsky, а детей – по шкале Lansky.

Послеоперационные осложнения объединены в несколько групп: бронхолегочные; вторичная ишемия головного мозга; кровоизлияния в ложе опухоли; менингиты и менингоэнцефалиты; ликворея; острая сердечно-сосудистая недостаточность; гнойно-воспалительные.

Результаты и обсуждение. За период 1996–2005 гг. по поводу ОГМ выполнено 529 операций. Тотально было удалено 293 ($55,4 \pm 2,2\%$) ОГМ, субтотально – 169 ($31,9 \pm 2\%$), частично – 28 ($5,3 \pm 1\%$). С ликворошунтирующей операцией тотальное удаление ОГМ сочеталось в 22 ($4,2 \pm 0,9\%$) случаях, субтотальное – в 8 ($1,5 \pm 0,5\%$) случаях, частичное – в 1 ($0,2 \pm 0,2\%$) случае. Различные ликворошунтирующие операции (вентрикулоперитонеальное шунтирование, кистоперитонеальное шунтирование, наружное дренирование, наложение дренажа Омайя) выполнены в 8 ($1,5 \pm 0,5\%$) случаях. Из всей группы обследованных больных 16 ($2,9 \pm 0,7\%$) пациентам оперативное лечение не произведено по различным причинам: инкурабельность, направлены в клиники Москвы и Санкт-Петербурга, проведение только лучевой терапии.

Отмечено 146 ($27,6\%$ от всех оперированных) случаев послеоперационных осложнений среди которых бронхолегочные составили 70 ($13,2 \pm 1,5\%$), вторичная ишемия головного мозга – 24 ($4,5 \pm 0,9\%$), кровоизлияния в ложе опухоли – 21 ($4 \pm 0,9\%$), менингиты и менингоэнцефалиты – 14 ($2,7 \pm 0,7\%$), ликворея – 9 ($1,7 \pm 0,6\%$), острая сердечно-сосудистая недостаточность – 6 ($1,1 \pm 0,5\%$), гнойно-воспалительные – 2 ($0,4 \pm 0,3\%$).

Общее состояние больных при поступлении расценено как удовлетворительное у $53,6 \pm 2,1\%$ (292) больных ОГМ, средней тяжести у $30,6 \pm 2\%$ (167) и тяжелое у $15,8 \pm 1,6\%$ (86).

Среди пациентов, поступивших в удовлетворительном состоянии, у 20% отмечены послеоперационные осложнения. Среди поступивших в состоянии средней тяжести – в 29% и среди тяжелых больных – в 44% случаев, отмечены осложнения после операций. Из этого можно сделать вывод, что чем ниже степень компенсации нейроонкологического больного до операции, тем выше риск послеоперационных осложнений.

В группе оперированных больных опухолей головного мозга размерами до 3 см было 14,2%, от 3 до 6 см – 69,2%, больше 6 см – 16,6%. В указанных группах осложнений отмечено 25,3%, 25,7% и 37,5% соответственно.

Из этого следует, что с увеличением размеров опухоли головного мозга увеличивается и риск развития осложнений.

Максимальное количество осложнений представлено в группе пациентов с опухолями размером более 6 см.

При анализе встречаемости послеоперационных осложнений установлено, что, в зависимости от локализации ОГМ, они отмечены: в 25,9% случаев – при супратенториальной полушарной локализации; в 30% – при супратенториальной срединной; в 28,9% – при поражении хиазмально-селлярной области (ХСО); в 23% – при субтенториальном полушарном расположении; в 36% – при локализации субтенториально по средней линии; в 32% – при расположении в мосто-мозжечковом углу (ММУ).

Из чего следует, что в исследуемой группе наиболее подверженными послеоперационным осложнениям оказались пациенты с локализацией новообразования субтенториально по средней линии и в ММУ.

Проведен анализ зависимости частоты послеоперационных осложнений от объема проведенной операции. В результате получены следующие данные: при тотальном удалении – 21,8% осложнений; при субтотальном – 32,5%; при частичном – 57%; при сочетании тотального удаления с ЛШО – 22,7%; при субтотальном + ЛШО – 62,5%; после ликворошунтирующих операций – 12,5%.

Среди оперированных больных за период 1996–2005 гг. минимальное количество (21,8%) осложнений отмечено среди пациентов с максимально проведенным удалением ОГМ. Проведение только ликворошунтирующих операций также сопровождалось минимальным (12,5%) количеством осложнений.

Выводы. Факторами, способствующими развитию послеоперационных осложнений, явились: признаки умеренной и выраженной декомпенсации состояния, с локализацией процесса субтенториально по средней линии и в области ММУ; показателями функционального статуса менее 60 баллов (по шкале Karnofsky); размеры опухолей больше 6 см; неполное удаление опухоли головного мозга.

Кувайская А.А.¹, Удалов Ю.Д.², Белова Л.А.², Киселева А.А.²

Реабилитация больных раком молочной железы с кардиоваскулярной формой автономной нейропатии

¹ ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр медицинской радиологии и онкологии ФМБА России», г. Дмитровград;

² ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»

Актуальность. Вопросы онкорезабилитации являются одними из наиболее актуальных в Российской Федерации (РФ). В настоящее время в РФ зарегистрировано более 3,5 млн онкологических больных [1].

Рак молочной железы (РМЖ) является наиболее часто диагностируемым заболеванием у женщин и занимает второе место среди причин смертности [2].

В последние десятилетия больные раком показали повышенную выживаемость, однако радиологическое и фармакологическое лечение вызывает нежелательные побочные эффекты, включая дисфункцию вегетативной нервной системы (ВНС) [3, 4]. Все чаще у онкологических пациентов диагностируется кардиоваскулярная форма автономной нейропатии (КАН) [5].

Поэтому вопрос применения реабилитации в процессе противоопухолевого лечения остается актуальным.

Цель исследования – изучить состояние ВНС и клинические проявления у больных РМЖ в процессе противоопухолевой терапии с целью коррекции ее дисфункции.

Материалы и методы исследования. На базе ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр медицинской радиологии и онкологии» ФМБА

России за период сентябрь 2021 г. – июнь 2023 г. обследовано 60 пациентов (все женщины) с РМЖ I–IV стадии, возрастные группы: 18–44 лет, 45–59 лет, 60 лет и старше.

Объем обследований включал: неврологический осмотр, исследование параметров сердечно-сосудистой системы, применение кардиоваскулярных тестов (КВТ), оценку состояния по Госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS, оценку Индекса выраженности бессонницы (ISI).

Результаты: оценивая психическое состояние больных РМЖ по Госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS, клинически выраженную тревогу и депрессию выявили у 2 пациентов в возрастной категории 45–59 лет до прохождения реабилитации.

При оценке состояния по Индексу выраженности бессонницы (ISI) наибольшее количество пациентов пришлось на возрастную группу 45–59 лет. В процессе проведения реабилитационных мероприятий, показатели сна достигли нормы у 12 пациентов разных возрастных категорий.

При оценке результатов кардиоваскулярных проб до и после реабилитационных мероприятий среди пациентов преобладали показатели пограничного значения. После проведения реабилитационных мероприятий количество пациентов с нормальными показателями по всем тестам увеличилось.

Основу реабилитационных мероприятий составили: лечебная физкультура, низкоинтенсивная лазеротерапия и низкочастотная магнитотерапия, электросонтерапия, гидротерапия, работа с психологом [6].

Выводы: применение в процессе противоопухолевого лечения реабилитационных мероприятий доказало эффективность в снижении нежелательных симптомов КАН у больных РМЖ.

Список литературы

1. Ройтберг Г.Е., Тюлькина Е.Е., Дорош Ж.В., Филатов Р.Е., Аникеева О.Ю. Организация мультидисциплинарной реабилитации пациентов онкологического профиля. Вестник восстановительной медицины. 2019; 5: 14-20.
2. Fahad Ullah M. Breast Cancer: Current Perspectives on the Disease Status. *Advances in Experimental Medicine and Biology*. 2019; 1152: 51-64. DOI: 10.1007/978-3-030-20.

3. Lira F.S., Neto J.C., Seelaender M., Review Exercise training as treatment in cancer cachexia. *Appl Physiol Nutr Metab.* 2014 Jun; 39 (6): 679-686.

4. Удалов Ю.Д., Гордиенко А.В., Самойлов А.С. и др. Психоэмоциональный стресс у соматически ослабленных пациентов онкохирургического профиля как один из факторов послеоперационных осложнений. *Исследования и практика в медицине.* 2018; 5 (3): 117-125. – DOI 10.17709/2409-2231-2018-5-3-12.

5. Noor B., Akhavan S., Leuchter M., Yang E.H., Ajijola O.A. Quantitative assessment of cardiovascular autonomic impairment in cancer survivors: a single center case series. *Cardio-Oncology.* 2020; 6: 11. DOI: 10.1186/s40959-020-00065-9.

6. Иванова Г.Е., Буйлова Т.В., Белова Л.А. и др. Формирование реабилитационного диагноза у больных раком молочной железы на I этапе медицинской реабилитации: клинический случай. *Вестник восстановительной медицины.* 2022; 21 (3): 155-174. DOI: 10.38025/2078-1962-2022-21-3-155-174.

Павлова В.А., Гурьянова Н.В., Анохина И.А., Зотина А.А.

**Опыт применения механической тромбэкстракции
при ишемическом инсульте
в ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»**

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»

Актуальность. Эндоваскулярная тромбэктомия является перспективным и активно развивающимся направлением интервенционного лечения ишемического инсульта. Ее внедрение в клиническую практику дало возможность восстановить кровоток в закрытом сосуде у тех пациентов, которые вышли за пределы терапевтического окна для тромболитической терапии.

Цель – оценить эффективность механической тромбэкстракции у пациентов с ишемическим инсультом.

Методы. В исследовании приняли участие 5 пациентов, 3 мужчин и 2 женщины, с ишемическим инсультом, которым была проведена тромбэк-

томия. Критерии включения и исключения кандидатов соответствовали принятым рекомендациям по выполнению механической тромбэкстракции при ишемическом инсульте.

Обследование пациентов включало: неврологический осмотр с оценкой по шкалам (шкала инсульта Национального института здоровья США (NIHSS), модифицированная шкала Рэнкин (МШР)), компьютерную томографию (КТ) с оценкой по шкале ASPECTS и КТ-ангиографию (КТА), дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий (УЗДГ МАГ), электрокардиографию, эхокардиографию, стандартные лабораторные исследования.

Результаты. Средний возраст пациентов составил 62,6 года. Время от начала развития симптомов до 6 ч. – у 3 пациентов, от 6 до 12 ч. – у 2 пациентов. Среднее значение тяжести инсульта, оцениваемое по шкале NIHSS, на момент поступления составило $10,2 \pm 4,1$ балла, что соответствует инсульту средней степени тяжести. Средний показатель по МШР для оценки независимости и подвижности пациента при поступлении составил $3,8 \pm 1,1$ балл, т.е. в большинстве случаев пациенты не могли передвигаться самостоятельно. По результатам КТ среднее значение по шкале ASPECTS составило 7,8 б., что указывает на выраженное снижение плотности ткани в бассейне средней мозговой артерии и коррелирует с неблагоприятным функциональным исходом. По данным КТА у 2 пациентов наблюдался тромбоз средней мозговой артерии (СМА), у 3 – внутренней сонной артерии (ВСА) от устья.

Тромболитическая терапия стала первым этапом восстановления перфузии у 1 пациента. Остальные пациенты ввиду поступления вне «терапевтического окна» сразу направлены в рентген-операционную. Методом выбора стала аспирационная тромбэктомия. По окончании операции восстановление кровотока по церебральным артериям отмечалось у всех пациентов, с одномоментным проведением стентирования общей сонной – внутренней сонной артерии в двух случаях.

При проведении КТ и КТА в динамике через 24 часа у 2 пациентов наблюдалась отрицательная динамика в виде формирования обширного полушарного участка ишемии и окклюзии внутренней сонной артерии от устья. В 1 из этих случаев наблюдался летальный исход ввиду исходно тяжелого состояния пациентки, преклонного возраста, коморбидной патологии. Пройодимость сосудов у остальных пациентов не была нарушена. Они

своевременно были переведены в неврологическое отделение сосудистого центра для дальнейшего лечения и реабилитации.

Срок госпитализации в среднем составил 11,6 койко-дней. При выписке средний балл по шкале NIHSS 6,25 б., что соответствует легкому инсульту, по МШР – 3,4 б., что свидетельствует о способности пациентов передвигаться по палате или самостоятельно (3 пациента), или с некоторой помощью (2 пациента).

Выводы. Представленный клинический опыт позволяет сделать вывод о том, что механическая тромбоэкстракция является эффективным методом реканализации церебральных сосудов, позволяющим улучшить исход инсульта, снизить инвалидизацию и смертность. В ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница» в 2024 г. планируется расширить объем проведения подобных операций для успешного оказания помощи пациентам с ОНМК.

Чубарова С.П.¹, Мاستрюкова О.В.¹, Лапина С.М.², Емдиханова Д.Д.²

Нарушения митохондриального БЭТА-окисления жирных кислот, клинический случай позднего дебюта заболевания

ГУЗ «Ульяновская областная детская клиническая больница имени политического и общественного деятеля Ю.Ф. Горячева»;

² ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»

Актуальность. Наследственные нарушения митохондриального β -окисления жирных кислот (FAOD) – группа моногенных заболеваний, связанных с нарушением митохондриального β -окисления и транспорта карнитина и жирных кислот в митохондриях. Заболевание в большинстве случаев манифестирует на первом году жизни, но возможен и более поздний возраст начала симптомов. Частыми симптомами FAOD являются поражение центральной нервной системы, сердечно-сосудистой системы, скелетной мускулатуры, печени, некетолическая гипогликемия. В связи с этим информированность педиатров, неонатологов, неврологов, кардиоло-

гов, гастроэнтерологов о заболеваниях из группы FAOD является актуальной задачей современной медицины.

Цель исследования – изучить клинический случай наследственного нарушения митохондриального β -окисления жирных кислот с дефицитом короткоцепочечной ацил-КоА дегидрогеназы у ребенка 15-ти лет (поздняя форма заболевания).

Материал исследования – история болезни исследуемого пациента.

Результаты. Больной О., 15 лет, переведен 14.05.2023 в психоневрологическое отделение ГУЗ «Ульяновская областная детская клиническая больница им. Ю.Ф. Горячева» с жалобами на слабость нижних конечностей, отсутствие активных движений в них, изменение речи, поперхивание при глотании, многократную рвоту, задержку стула и мочеиспускания. Клинико-anamнестические данные: ребенок наблюдался с перинатальным поражением нервной системы на первом году жизни, с 12 лет у невролога – невротические реакции, моторные тики. Ухудшение состояния началось с 14 лет (декабрь 2022 года), когда появились повторные рвоты, тошнота. С начала мая 2023 года заболевание прогрессивно ухудшалось. Постепенно присоединились головные боли, снижение слуха, нистагм, нарушение зрения, выраженная слабость в нижних конечностях, нарушение функции тазовых органов по типу задержки, стал поперхиваться пищей, появилась гнусавость голоса. К концу мая 2023 года ребенок находился на ИВЛ, кома 3 степени. Проведены обследования: МРТ головного мозга – очаги повышения МР-сигнала в проекции хвостатых ядер, скорлупы и таламусов с двух сторон. Заключение: МР-признаки могут соответствовать энцефалопатии (токсического? метаболического? генеза), МР-картина реактивных изменений оболочек головного мозга. Электромиография – Заключение: «Признаки полинейропатии нервов нижних конечностей (демиелинизация нервных волокон), с блоками проведения 2 ст.». В биохимическом анализе крови – повышение уровня лактата до 4,9 ммоль/л. Люмбальная пункция – высокий уровень белка до 0,9 г/л, цитоз 0 клеток, повышение уровня натрия до 167,6 ед/л. Исследование на митохондриальную патологию: выявлено повышение концентрации изобутирилкорнитина (C4). Данные изменения могут наблюдаться при недостаточности короткоцепочечной ацил-КоА дегидрогеназы, недостаточности изобутирил КоА дегидрогеназы. Решением врачебного консилиума

выставлен диагноз «Нейродегенеративное заболевание. Митохондриальная энцефаломиопатия, кризовое течение. Лактат-ацидоз. Острый диссеминированный энцефаломиелит. Отёк головного мозга. Кома 3. Искусственная вентиляция лёгких. Отёк лёгких. Сердечно-сосудистая недостаточность».

В конце мая 2023 года констатирована смерть пациента. Заключение патологоанатомического вскрытия: «Причиной смерти больного О. послужил острый дегенеративно-демиелинизирующий энцефаломиелит. Течение основного заболевания осложнилось развитием двусторонней очаговой нижнедолевой лейкоцитарной пневмонией с участками микроабсцедирования (выявлено после гистологического исследования легких).

Выводы. Дефицит коротко-цепочечной ацил-КоА дегидрогиназы жирных кислот относится к группе дефектов митохондриального бета-окисления жирных кислот, которые приводят к накоплению веществ, обладающих токсическим действием и нарушающих синтез жизненно важных соединений, последние негативно влияют на ткани головного мозга, сердца и печени. Это приводит к метаболическому ацидозу, гипераммонемии.

Расширенный неонатальный скрининг позволяет выявлять нарушения митохондриального β -окисления жирных кислот уже в первые недели жизни. Благодаря ранней диагностике и эффективной терапии представляется возможность предотвратить развитие тяжелых осложнений.

Кувайская А.А.¹, Удалов Ю.Д.², Белова Л.А.², Баргаева Д.Т.¹

Кардиоваскулярная форма автономной нейропатии у больных раком молочной железы в процессе комплексной терапии: диагностика, реабилитация

ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр медицинской радиологии и онкологии
ФМБА России», г. Дмитровград;

ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»

Актуальность. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и онкологической базы данных GLOBOCAN в 2020 г. в

мире выявлено 2 261 419 (11,7 %) новых случаев рака молочной железы (РМЖ) [1].

В 2022 г. зарегистрировано 75 789 новых случаев, что составляет 38,9 % в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями (ЗНО) у женщин [2].

Поэтому одним из наиболее актуальных вопросов в Российской Федерации (РФ) является вопрос онкореконвитаии. В настоящее время в РФ зарегистрировано более 3,5 млн. онкологических больных [3].

Целью исследования стало изучение состояния вегетативной нервной системы у больных РМЖ в процессе противоопухолевого лечения для рациональной коррекции её дисфункции.

Методы исследования: оценка состояния включала неврологический осмотр, исследование параметров сердечно-сосудистой системы (частота и ритмичность сердечных сокращений, артериальное давление, что необходимо для диагностики кардиоваскулярной формы автономной нейропатии), применение кардиоваскулярных тестов (КВТ), предложенных D. Ewing.

Результаты. В процессе исследования у больных РМЖ наблюдались: потемнение в глазах – 8,3%, кратковременная постуральная неустойчивость – 10 %, шум в ушах – 11,6%, бледность кожных покровов – 63,3%, повышенная утомляемость – 63,6%, головокружение – 75%, частое изменение показателей АД – 80%, ощущение перебоев в области сердца – 86,6%, учащенное сердцебиение – 93,3 %.

Согласно оценке КВТ, наибольшее количество пациентов продемонстрировали пограничные значения показателей по всем тестам.

Полученные результаты исследований обосновывали необходимость проведения комплексной реабилитации пациентов с РМЖ при КАН.

Комплекс реабилитационных мероприятий включал: диету при ортостатической гипотензии, лечебную физкультуру, низкочастотную магнитотерапию и низкоинтенсивную лазеротерапию, электросонтерапию и работу с психологом.

При сравнительной оценке результатов КВТ до и после проведения реабилитационных мероприятий число пациентов с нормальными показателями после проведения реабилитации увеличилось по всем проводимым тестам, что свидетельствует о правильно выбранных методах реабилитации.

Выводы. Своевременное выявление КАН у больных РМЖ дает возможность проведения ранней реабилитации, способствует минимизации выраженности побочных эффектов и способствует повышению уровня качества жизни.

Список литературы

1. Sung H., Ferlay et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA: a cancer journal for clinicians. 2021; 71 (3): 209-249.
2. Состояние онкологической помощи населению России в 2022 году / под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, А.О. Шахзадовой. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2023.
3. Cui X., Li Z., Zhao Y., Song A., Shi Y., Hai X., Zhu W. Breast cancer identification via modeling of peripherally circulating miRNAs. PeerJ – Life and Environment. 2018; 6: e4551. DOI: 10.7717/peerj.4551

Клочкова Е.А., Балимбетова И.Г., Прошин А.Н., Кудаков С.И.

Клинический случай диагностики наследственной моторно-сенсорной полинейропатии (болезнь Шарко – Мари – Тута тип II)

ГУЗ «Детская городская клиническая больница г. Ульяновска»

Актуальность. Наследственная невропатия Шарко – Мари – Тута является одной из наиболее частых форм наследственных невропатий (около 80% случаев). При этой патологии чаще страдают люди молодого возраста: заболевание обычно развивается на втором десятилетии жизни (12-15 лет), но существуют формы с ранним дебютом (6-7 лет). Осложнения болезни (периферические парезы, контрактуры, расстройства равновесия и др.) приводят к нарушению двигательных и мануальных функций, негативно отражаются на качестве жизни пациентов.

Болезнь Шарко – Мари – Тута (ШМТ) – это обширная группа наследственных болезней нервной системы, характеризующихся хронически прогрессирующей слабостью и атрофией дистальных мышц конечностей, снижением сухожильных рефлексов, деформацией стоп и кистей, изменением походки и сенсорными нарушениями. Среди всех возможных типов наследования ШМТ преобладает аутосомно-доминантный, также встречается аутосомно-рецессивный и Х-сцепленный тип наследования. Чаще всего заболевание вызывается повышенной дозой белка PMP22 из-за дубликации гена PMP22 в хромосоме 17. По электронейромиографическим и гистопатологическим критериям различают два основных типа ШМТ: 1) миелинопатии – ШМТ типа 1 (ШМТ1, или НМСН-I); 2) аксонопатии – ШМТ типа 2 (ШМТ2, или НМСН-II).

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилась больная Н., 15 лет (2008 г.р.), поступила с жалобами на нарушение походки (по типу «степпаж»), больше справа, слабость стоп и пальцев, невозможность стоять на пятках и на «цыпочках», невозможность ротировать стопы, онемение голени и стоп, боли в области стоп.

Больной себя считает с декабря 2021 года, когда заметила у себя изменения формы обеих стоп по типу вальгусной деформации. С лета 2022 года появились боли в стопах, с зимы 2022 года отмечала трудности при быстрой ходьбе («начинала шлепать стопой»), в связи с чем приходилось замедлять шаг. С октября 2023 года появилась походка (по типу «степпаж»), снизилась чувствительность в пальцах стоп, боли в стопах. 08.12.2023 г. МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника: МР-картина незначительно выраженных дегенеративно-дистрофических изменений. МРТ головного мозга: без патологии.

Данные осмотра: со стороны черепно- мозговых нервов патологии не выявлено. Гипотрофия тенара и гипотенара, больше слева. Деформация голени по типу «перевернутых бутылок», больше слева. Деформация стоп (Фридрейховская). Выраженный дистальный периферический парепарез нижних конечностей. Сухожильные и периостальные рефлексы отсутствуют с ног, с рук низки, симметричные. Походка перонеальная. Гиперстезия по типу «носков» с обеих сторон. В дистальных отделах нижних конечностей вибрационная чувствительность отсутствует, мышечно-суставная снижена. Функция тазовых органов не нарушена.

Результаты. В стационаре проведены обследования: биохимический анализ крови – выявлено повышение креатинкиназы до 963.30 ед/л (0.00–270.00), ЛДГ 531.00 ед/л (255.00–450.00).

Электронейромиография – признаки выраженного аксонального моторного поражения нижних конечностей по полиневральному типу и начального демиелинизирующего моторного дистального поражения верхних конечностей по полиневральному типу.

Проведен консилиум с зав. кафедрой неврологии, нейрохирургии и медицинской реабилитации, доктором медицинских наук, профессором Машинным В.В.

В отделении проведен курс метаболической (ларигамма, итилокт), противотревожной терапии (атаракс), массаж и физиолечение.

В рекомендациях – курс метаболической и восстановительной терапии, генетическое консультирование и обследования в МГНЦ им. Бочкова, оформление инвалидности по м\ж и ношение ортопедической обуви с фиксацией голеностопных суставов.

Мидленко А.И.¹, Рябов С.Ю.², Ишматов Р.Ф.², Мидленко Н.М.¹

Оценка вегетативного статуса у детей, перенесших повторную легкую черепно-мозговую травму

¹ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»;

² ГУЗ «Городская клиническая больница святого апостола Андрея Первозванного»

Цель – оценить характер вегетативного статуса у детей, перенесших повторную легкую ЧМТ.

Методы исследования. Нами обследованы 73 ребенка в возрасте от 4 до 14 лет на 1–3 сутки после легкой повторной ЗЧМТ. Исследования проводились на одноканальном тепловом электрокардиографе «Малыш» с обработкой полученных данных вручную. Оценка различий вегетативного статуса при повторных легких закрытых черепно-мозговых травмах проводилась с группой детей с впервые зарегистрированными случаями сотрясения головного мозга (Мидленко А.И., 2000). Оценка достоверности про-

водилась с помощью программы Statistica 6.0 с использованием непараметрических методов оценки достоверности (критерий Манна – Уитни, t-критерий с поправкой Бонферрони).

Результаты. Изучаемая группа состояла из 73 детей, 22 девочки (30%) и 51 мальчик (70%). При обработке данных у 47 (64%) детей зарегистрирован нормальный ритм сердца. Синусовая тахикардия выявлена у 3 (4%) детей, синусовая аритмия у 12 (16%), синусовая брадикардия – у 9 (12%). При анализе кардиоинтервалограмм у половины детей выявлена эйтония в покое с гиперсимпатикотонической реактивностью, которая была зарегистрирована у 28 детей (38%). Симпатикотония в покое с гиперсимпатикотонической реактивностью отмечена у 12 детей (16%), ваготония в покое с гиперсимпатикотонической реактивностью отмечена у 20 детей (27,4%), эйтония в покое с нормальной вегетативной реактивностью – у 5 детей (6,8%). Симпатикотония в покое с нормальной вегетативной реактивностью выявлена у 4 детей (5,5%), у двух детей (2,7%) отмечена ваготония в покое с нормальной вегетативной реактивностью. У одного ребенка (1,4%) зарегистрирована симпатикотония в покое с асимпатикотонической реактивностью и также у одного ребенка (1,4%) при анализе КИГ получена эйтония в покое с асимпатикотонической реактивностью.

В остром периоде повторной легкой закрытой черепно-мозговой травмы эйтония отмечена у 34 детей (47%), симпатикотония – у 17 детей (23%), ваготония – у 22 детей (30%). Гиперсимпатикотоническая реактивность выявлена у 61 ребенка (83%), нормальная вегетативная реактивность – 11 (14%), асимпатикотоническая реактивность – 2 (3%). При сравнении с контрольной группой выявлены достоверные ($P < 0,05$) различия в вегетативном статусе у детей в остром периоде легкой повторной ЗЧМТ.

Вывод. Таким образом, выявлено отличие нарушений вегетативного статуса у детей при повторных черепно-мозговых травмах. При ПЗЧМТ в отличие от травм, перенесенных впервые, преобладают парасимпатические реакции ($P < 0,05$).

Ситникова А.И.¹, Белова Л.А.², Белов Д.В.², Киселева А.А.²

Влияние конституциональной венозной недостаточности на пациентов с церебральными венозными тромбозами и атеротромбозами

¹ ГУЗ «Центральная клиническая медико-санитарная часть имени заслуженного врача России В.А. Егорова»;
ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»

Актуальность. Возникновение инфаркта мозга связывают преимущественно с артериальными тромбозами, которые встречаются в большинстве случаев ишемических инсультов [Пирадов М.А., Максимова М.Ю., Танащян М.М., 2019]. Однако высокая распространенность венозной патологии головного мозга и влияние нарушений венозной гемодинамики на формирование заболеваний определяют интерес к изучению данной проблемы и ее значимость.

Церебральный венозный тромбоз (ЦВТ) относится к заболеваниям венозной системы головного мозга, требующим своевременной диагностики и лечения [Белова Л.А., Машин В.В., Ситникова А.И., 2020]. При КВН наблюдается структурно-функциональная несостоятельность клапанного аппарата магистральных вен, нарушение реактивности интракраниальных вен, нарушение венозного оттока с формированием венозного застоя и нарушение микроциркуляции вследствие повышения ригидности мембран эритроцитов [Белова Л.А., Машин В.В., 2018].

В современной научной литературе недостаточно данных о влиянии влияния конституциональной венозной недостаточности на развитие ЦВТ.

Цель исследования – выявить влияние конституциональной венозной недостаточности на пациентов с церебральными венозными тромбозами и атеротромбозами.

Методы исследования. Исследование проводилось в неврологическом отделении ГУЗ «Центральная клиническая медико-санитарная часть имени заслуженного врача России В.А. Егорова». Принимали участие 100 пациентов с инфарктом мозга (I63). В числе обследованных – 36 мужчин в возрасте от 35 до 89 лет (средний возраст – $60,1 \pm 11,4$ года) и

64 женщины в возрасте от 25 до 89 лет (средний возраст – $59,9 \pm 10,6$ года). Средний возраст всех пациентов составил $58,7 \pm 10,7$ года.

Выделено 2 группы с ЦВТ и АТ. В группу с ЦВТ вошли 50 человек, средний возраст составил $52,5 \pm 14$ лет. Группу пациентов с АТ составили 50 человек, средний возраст – $64,5 \pm 13$ лет. Всем пациентам было проведено полное клинико-неврологическое исследование, учитывающее жалобы, анамнез заболевания, неврологический статус, проведена магнитно-резонансная венография.

Наличие КВН определяли по клиническим критериям, семейному «венозному» анамнезу, типичной локализации венозной патологии (варикоз и флеботромбоз нижних конечностей, геморрой, варикоцеле, варикозное расширение вен пищевода и носовых раковин) [Стулин И.Д. и др., 2007; Белова Л.А., Машин В.В., 2018; Стулин И.Д. и соавт., 2017].

В каждой группе выделены подгруппы пациентов в зависимости от наличия или отсутствия КВН: пациенты с КВН и без КВН. В группе с ЦВТ пациенты с КВН представлены 25 случаями, из них 5 мужчин и 20 женщин, средний возраст составил $53,4 \pm 12$ лет. В группе с АТ пациенты с КВН составили 9 больных, 3 мужчин и 6 женщин, средний возраст $63,6 \pm 13$ лет.

Статистическая обработка данных осуществлялась программой Stattech. Критерием статистической значимости является вероятность случайной ошибки менее 5% ($p < 0,05$).

Результаты. Нами было проанализировано влияние наличия КВН на пациентов с АТ и ЦВТ. Встречаемость КВН в группе пациентов с ЦВТ – 25 (50,0%) пациентов, что статистически значимо выше, чем среди пациентов с АТ – 9 (18,0%) пациентов ($p < 0,05$).

Показано, что наличие КВН в 4,6 раз повышает вероятность развития ЦВТ, по сравнению с группой АТ (95% ДИ: 1,834 – 11,316) ($p < 0,05$). Это позволяет выделять КВН как фактор риска развития ЦВТ.

В нашем исследовании выделены варианты клинического течения ЦВТ: с острой манифестацией в виде генерализованных эпилептических приступов и/или нарушения сознания – 17 (34,0%) случаев; в виде изолированной головной боли – 10 (20,0%) случаев; с очаговой неврологической симптоматикой – 6 (12,0%) случаев; с постепенным началом – 17 (34,0%) случаев. КВН был статистически значимым ФР у пациентов с клинической

картиной изолированной головной боли и с постепенным началом заболевания ($p < 0,05$).

Выводы. Наличие КВН в 4,6 раз повышает вероятность развития ЦВТ по сравнению с группой АТ. Выделение врожденного конституционального фактора, представленного КВН, имеет важное значение и является одним из факторов риска цереброваскулярной патологии.

Мидленко А.И.¹, Рябов С.Ю.², Мидленко К.М.¹, Гафуров Р.Р.²

Изменения электроэнцефалограммы у детей

¹ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»;

² ГУЗ «Городская клиническая больница святого апостола Андрея Первозванного»

Цель – изучение особенностей биоэлектрической активности головного мозга у детей, перенесших повторную, легкую травму головного мозга.

Методы исследования. Нами обследованы 82 ребенка в возрасте от 6 до 14 лет на 1–3 сутки после легкой повторной закрытой черепно-мозговой травмы (ЗЧМТ). Обследование проводилось на шестиканальном аппарате фирмы «Нихон-Канден». Для оценки достоверности различий биоэлектрической активности головного мозга при повторных легких ЗЧМТ в работе использовалась контрольная группа из 170 детей с легкими черепно-мозговыми травмами, полученными впервые (Мидленко А.И., 2000). Оценка достоверности проводилась с помощью программы Statistica 6.0 с использованием непараметрических методов оценки достоверности (критерий Манна-Уитни, t-критерий с поправкой Бонферрони).

Результаты. Из 82 обследованных нормальные электроэнцефалограммы зарегистрированы у 8 детей (10%). Лёгкие общемозговые изменения выявлены у 3 детей (4%), умеренные общемозговые изменения – у 58 (71%), у двенадцати больных (15%) зарегистрированы выраженные общемозговые изменения. Дисфункция срединных структур зарегистрирована у 36 детей (44%). Очаговые знаки в левом полушарии головного мозга обнаружены в 47 случаях (57%), в правом полушарии – у 24 больных

(29%). Медленноволновая и эпилептиформная активность зарегистрирована у 5 детей (6%). Межполушарная асимметрия выявлена у 5 детей (6%).

При анализе полученных данных с контрольной группой выявлены достоверные различия в изменениях на ЭЭГ ($P < 0,05$), при повторных легких закрытых черепно-мозговых травмах:

При первичных ЗЧМТ общемозговые изменения на электроэнцефалограммах выявляются до 43%, в то время, как при повторных ЗЧМТ умеренно выраженные общемозговые изменения регистрируются в 1,7 раз чаще.

Выраженные общемозговые изменения при ЧМТ, полученных впервые не регистрировались ни у одного ребенка, в то время, как в группе с повторными травмами эти нарушения выявлены у 15% обследованных. У детей с повторной, легкой черепно-мозговой травмой на электроэнцефалограммах эпилептиформная активность зарегистрирована у 6% обследованных детей, в то время как в контрольной группе данных нарушений не было.

Вывод. Таким образом, повторная легкая закрытая черепно-мозговая травма у детей на ЭЭГ проявляется более грубыми изменениями, чем при травмах головного мозга, полученных впервые.

Следовательно, повторные легкие черепно-мозговые травмы у детей носят накопительный характер.

Хаernasов Ш.Ф.

Современные немедикаментозные методы в лечении дискогенной пояснично-крестцовой радикулопатии

ГУЗ «Ульяновский областной клинический центр специализированных видов медицинской помощи имени заслуженного врача России Е.М. Чучкалова»

Дискогенная пояснично-крестцовая радикулопатия (ДПКР) – повреждение поясничных или первого крестцового корешков спинномозговых нервов (СМН) вследствие их компрессии компонентами межпозвонкового диска, которое проявляется болью и (или) чувствительными расстройствами в соответствующих дерматомах, слабостью в соответствующих миотомах (индикаторных мышцах), снижением или утратой коленного или

ахиллова рефлексов. Распространенность ДПКР колеблется по разным данным от 1.6% до 13.4%, она преобладает в возрасте 45–64 лет, чаще встречается у мужчин, чем у женщин. Среди пациентов с болью в спине, обратившихся к врачу общей практики, данный диагноз устанавливается в 2–11% случаев. ДПКР длительностью до 4 недель расценивается как острая, в период с 5-ой по 12-ю неделю – как подострая, после 12 недель – как хроническая. Симптомы опасности («красные флажки») при болях в спине: наличие недавней травмы спины; наличие злокачественного новообразования; длительное использование ГКС; наркомания; ВИЧ-инфекция; иммунодепрессивное состояние; периодически возникающее плохое самочувствие; необъяснимая потеря веса. Клиническое обследование с оценкой неврологического статуса – основа диагностики ДПКР. Диагноз ДПКР устанавливается при отсутствии «красных флажков» по данным жалоб, анамнеза и обследования. Пациентам с проявлениями ДПКР рекомендуется МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника при наличии симптомов опасности («красных флажков»). В каждом из случаев острой ДПКР следует определиться, какую тактику лечения предпочесть: оперативные или консервативные методы. Экстренное хирургическое лечение рекомендуется только в случае наличия абсолютных показаний. Во всех остальных случаях следует оценить динамику изменений в период от 6 до 12 недель заболевания и только потом решать вопрос о целесообразности оперативного вмешательства. Консервативное лечение ДПКР предполагает комплексный подход, включающий фармакотерапию, нелекарственные методы воздействия и в ряде случаев (в основном в остром и подостром периоде) эпидуральные инъекции ГК. Рекомендуется информировать пациента о доброкачественном характере заболевания, вероятности постепенного улучшения в течение 4–6 недель, возможности самопроизвольного регресса грыжи диска, целесообразности сохранять переносимую физическую, социальную и профессиональную активность и избегать длительного постельного режима. Лечебная физкультура при заболеваниях периферической нервной системы рекомендуется пациентам с ДПКР при ослаблении боли, потому что она способна уменьшить боль и улучшить функциональное состояние пациентов. Мануальная терапия при заболеваниях периферической нервной системы рекомендуется пациентам с подострой и хронической ДПКР.

Среди методов мануальной терапии наиболее безопасны мягкие мышечные техники, их применение должно учитывать состояние больного. Психологические методы терапии, включающие когнитивно-поведенческую терапию и терапию осознанности («mindfulness»), рекомендуются у пациентов с хронической ДПКР, потому что они уменьшают боль и улучшают функциональное состояние пациентов с хронической болью в спине. Психологические методы лечения необходимо комбинировать с лечебной физкультурой. Рефлексотерапия при заболеваниях периферической нервной системы рекомендуется при хронической ДПКР, потому что может уменьшить боль и улучшить функциональное состояние пациентов. Массаж мышц поясницы и нижних конечностей рекомендуется пациентам с хронической ДПКР. Ношение корсетов, бандажей, поясов и других специальных приспособлений рекомендуется в случае наличия показаний к ортопедической коррекции, независимо от наличия ДПКР. Медицинская реабилитация рекомендуется всем пациентам с ДПКР. Реабилитация может включать лечебную физкультуру и мануальную терапию при заболеваниях периферической нервной системы, воздействие импульсным низкочастотным электромагнитным полем.

Санаторно-курортное лечение рекомендуется пациентам с хронической ДПКР и может включать ванны минеральные лечебные и пелоидотерапию (грязелечение), потому что эти методы эффективны в комплексном лечении хронической боли в спине. Для предупреждения ДПКР рекомендуется избегать чрезмерных физических нагрузок (подъем тяжестей, ношение тяжелой сумки в одной руке и др.) и переохлаждения.

Пациентам с ДПКР рекомендуется исключение длительных статических нагрузок (длительное сидение, пребывание в неудобном положении). Для предупреждения повторений ДПКР рекомендуются регулярные занятия лечебной физкультурой, лечебное плавание в бассейне, лечение ходьбой.

Дискогенная пояснично-крестцовая радикулопатия является важной междисциплинарной проблемой современной медицины и для ее решения необходимы совместные усилия врачей-неврологов, нейрохирургов, травматологов-ортопедов, реабилитологов.

Абрамьянец Э.Р., Пальцинцева И.Б.

Современный комплексный подход в коррекции заикания у детей в условиях стационара

ГУЗ «Детская специализированная психоневрологическая больница № 1»

Данная статья посвящена актуальной проблеме современной детской психиатрии и неврологии – комплексному лечению и коррекции заикания. По данным отечественных ученых, распространенность заикания в нашей стране составляет 1,4% среди дошкольников, 1,5-2% – среди младших школьников и 1,5% – среди взрослых людей. Увеличивающиеся патологические состояния заставляют искать новые эффективные методы лечения и реабилитации.

Цель работы – выявить эффективно-сочетаемые средства, направленные на преодоление различных форм заикания у детей; обобщить опыт работы в коррекции заикания у детей в условиях ГУЗ «Детская специализированная психоневрологическая больница № 1» (ГУЗ ДСПБ № 1; обосновать значимость комплексного воздействия в достижении наилучших результатов при коррекции заикания у детей.

Задача – оценить эффективность комплексного подхода в коррекции неврологических расстройств у детей, имеющих заикание.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе ГУЗ ДСПБ № 1 в период 2022-2023 гг.

За время работы логопедической и медицинской помощью были охвачены 89 детей в возрасте от 4 до 14 лет. Детей с тонической формой заикания – 35 человек, с клонической формой – 54 человека.

Среди детей, страдающих заиканием, соотношение девочек и мальчиков составляло примерно 1:3-4. Специалистами больницы было отмечено, что с возрастом заикание уменьшается или исчезает совсем, но у ряда больных оно остается, причем у юношей встречается чаще, чем у девушек в соотношении 2,2-5,3:1.

Внимательно изучив весь имеющийся материал и проведя мониторинг возникновения и коррекции различных форм заикания, приняв во внимание разный возраст возникновения данной речевой патологии, индивидуальные особенности детей, курс лечения, ограниченный 21 днями,

специалисты ГУЗ ДСПБ № 1 определили задачи и внедрили следующие методические приемы, способствующие улучшению или полной коррекции заикания в условиях стационара.

Коррекционная работа проводилась по трем направлениям:

1. Логопедическая работа, направленная на устранение речевых судорог.
2. Медикаментозная терапия, направленная на редукцию тревожных состояний в процессе реализации речевого навыка.
3. Психологическая работа, направленная на осознание своего состояния и уверенности в реальной возможности выздоровления.
4. Социальное сопровождение заикающегося ребенка и «обратная связь» с его родителями (законными представителями).

Основной курс реабилитации занимает 21 день (1 день – диагностический и 20 дней непосредственной комплексной работы). Затем в течение года проводится 3-4 поддерживающих курса с интервалом два-три месяца.

На первом курсе происходит коррекция речевого дыхания, вырабатываются навыки правильной голосоподачи, построения фразы, ее ведения, с родителями обсуждаются результаты адаптации нового стереотипа к условиям реальной жизни.

В последующих курсах, в зависимости от состояния пациентов, увеличивается объем самостоятельной работы в индивидуальной программе упражнений по укреплению голоса, используются навыки расслабления, занятия с медицинскими психологами. Большое внимание уделяется развитию воображения, речевого мышления, оперативной памяти, обучению навыкам композиции и импровизации с помощью методов арт-терапии и использованию средств искусства. Большую популярность при коррекции заикания набирает процедура **транскраниальной** микрополяризации (ТКМП).

Микрополяризация позволяет восстановить нарушенную работу нервной системы, способствуя скорейшему становлению и улучшению жизненно важных навыков и способностей человека, в первую очередь, заикающегося ребенка.

Воздействие постоянного тока на отделы мозга, отвечающие за речевую активность, позволяет значительно улучшить состояние пациента. Помимо решения проблемы с заиканием, после лечения у ребенка наблю-

дается улучшение речи, расширяется словарный запас и развивается познавательный интерес.

Анализ комплексной работы специалистов ГУЗ ДСПБ № 1 по коррекции различных форм заикания у детей за 2022-2023 годы показал высокий уровень решенных логопедических задач: за 2022 год – 36 человек (43%); за 2023 год – 53 человека (65%);

Количество детей с заиканием растет, но и методики коррекции данного недуга меняются и совершенствуются. На сегодняшний день самый эффективный метод лечения – работа мультидисциплинарной команды с обязательным вовлечением семьи.

Раздел 12. Онкология, паллиативная медицина

Шабалина О.В., Данилова Л.А., Романова А.В., Щелькалина С.А.

Выполнение целевых показателей национального проекта «Здравоохранение» в рамках региональной программы «Борьба с онкологическими заболеваниями» в Ульяновской области в 2023 году

ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность проблемы. Региональная программа «Борьба с онкологическими заболеваниями» в рамках национального проекта «Здравоохранение» реализуется на территории Ульяновской области с 2019 года. Программа направлена на снижение смертности от онкологических заболеваний путем реализации мероприятий, направленных на профилактику онкологических заболеваний, увеличение доступности и качества медицинской помощи пациентам с подозрением или выявленным злокачественным новообразованием, совершенствование специализированной медицинской помощи онкологическим больным.

Цель – провести анализ выполнения целевых показателей региональной программы «Борьба с онкологическими заболеваниями» в 2023 году.

Результаты. В региональной программе «Борьба с онкологическими заболеваниями» определены целевые показатели на 2023 год: доля злокачественных новообразований, выявленных на ранних стадиях (I-II стадии) – 55,5%; удельный вес больных со злокачественными новообразованиями, состоящих на учете 5 лет и более – 59,9%; одногодичная летальность больных со злокачественными новообразованиями – 23,2%, доля лиц с онкологическими заболеваниями, прошедших обследование и/или лечение в текущем году, в общем числе лиц с заболеваниями ЗНО, состоящих под диспансерным наблюдением, составляет 75,0%. Для достижения целевых показателей проводилась профилактическая работа с населением в рамках Всемирного дня борьбы против рака, Дня борьбы против рака молочной железы, Дня борьбы с меланомой, Недели национальных проектов, врач-

онкологи принимали участие в ТВ-программах, выступали на радио. Реализован проект «Школа ранней диагностики, лечения и реабилитации рака» с участием кафедры онкологии и лучевой диагностики ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет» – проведено 11 Школ в режиме ВКС. Специалистами ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер» (ГУЗ ОКОД) осуществлялось курирование медицинских организаций Ульяновской области с целью оказания организационно-методической помощи по совершенствованию работы первичных онкокабинетов (46 выездов). Специалисты ГУЗ ОКОД участвовали в акции «Выездная поликлиника» (41 выезд). Обеспечено своевременное проведение конкурсных мероприятий по приобретению лекарственных противоопухолевых препаратов, лечебно-диагностического оборудования в ГУЗ ОКОД (приобретено и введено в эксплуатацию 3 единицы в 2023 году). Проведено 6 мастер-классов по хирургии злокачественных опухолей. Обеспечена запись пациентов на прием к специалистам ГУЗ ОКОД через колл-центр и систему электронной регистратуры. Увеличено число проведенных телемедицинских консультаций с национальными медицинскими исследовательскими центрами (546 ТМК). В ГУЗ ОКОД на 100% Обеспечено выполнение Территориальной программы государственных гарантий по круглосуточному и дневному стационару, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи. В Ульяновской области открыто 6 Центров амбулаторной онкологической помощи, благодаря которым повышается доступность медицинской помощи пациентам с подозрением или выявленным злокачественным новообразованием. Выполнение показателей региональной программы в 2023 году: доля злокачественных новообразований, выявленных на ранних стадиях, составляет 57,3% (показатель достигнут). Удельный вес больных со злокачественными новообразованиями, состоящих на учете 5 лет и более – 59,9% (показатель достигнут). Одногодичная летальность – 21,3% (показатель достигнут). Доля лиц с онкологическими заболеваниями, прошедших обследование и/или лечение в текущем году, составляет 75,0% (показатель достигнут).

Выводы. Достижение показателей федерального проекта на территории Ульяновской области говорит об эффективности проводимых мероприятий в рамках региональной программы.

Шабалина О.В., Куликов В.Д., Фехретдинова З.К., Имамдинова Р.Р.

Основные показатели работы ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер» в 2023 году

ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность проблемы. В Ульяновской области специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь по профилю «онкология» осуществляется в ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер» (ГУЗ ОКОД). Работа ГУЗ ОКОД организована в соответствии приказом Минздрава России от 19.02.2021 № 116н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях» (далее – Порядок), распоряжением Минздрава Ульяновской области от 14.03.2022 № 551-р «Об организации оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях в Ульяновской области». В задачи входит обеспечение в полном объеме специализированной стационарной и амбулаторной помощью больных со злокачественными новообразованиями и предопухолевыми заболеваниями.

Цель – провести анализ основных показателей работы ГУЗ ОКОД в 2023 году.

Результаты. ГУЗ ОКОД в 2023 году развернуто 340 коек круглосуточного пребывания, 182 койки дневного стационара. В 2023 году в амбулаторно-поликлинических подразделениях проведено 111 668 консультаций. Территориальная программа государственных гарантий (далее – ТПГГ) по амбулаторной помощи выполнена на 122,2% по посещениям, на 128,5% по обращениям, на 130,2% по консультациям. Выполнено медицинских услуг: маммография – 4 934 случаев (120,4% плана ТПГГ), гистологических исследований – 3272 случая (102,3% плана ТПГГ). Выполнено высокотехнологичных обследований: КТ с контрастным усилением – 7 164 случая (104% плана ТПГГ), МРТ с контрастным усилением – 3 886 случаев (107,3% плана ТПГГ). В круглосуточном стационаре по профилю «онкология» пролечено 12 360 больных (157,4% плана ТПГГ), по профилю «радиология» пролечено 433 пациента (107,4% ТПГГ), в дневном стационаре по профилю «онкология» пролечено 8 011 случаев (118,4% плана ТПГГ),

в дневной стационаре по радиологии – 522 (174,0% плана ТППГ). Работа койки круглосуточного стационара составила 328,2, что выше на 18% показателя 2022 года (278,2 – в 2022 году), работа койки в дневном стационаре составила 430,8, что на 3,4% ниже показателя 2022 года (446,1 – в 2022 году). Оборот койки в круглосуточном стационаре в 2023 году составил 38,6, что выше на 7,8% показателя 2022 года (35,8 – в 2022 году), в дневном стационаре – 48,8, что на 1,5% выше показателя 2022 года (48,1 – в 2022 году). Среднее пребывание больного на койке в 2023 году составило 8,5, что на 9,0% выше показателя 2022 года (7,8 – в 2022 году). Общее количество проведенных операций в круглосуточном стационаре ГУЗ ОКОД составило 6 158, что на 4,9% выше показателя 2022 года (5 872 в 2022 году). Хирургическая активность отделений – 64,1, что на 19,1% выше показателя 2022 года (53,8 в 2022 году). Количество курсов химиотерапии – 14 596, что на 11,2% выше показателя 2022 года (13 128 курса в 2022 году). Количество курсов лучевой терапии – 1 582, что выше на 10,2% показателя 2022 года (1 436 курсов в 2022 году). Высокотехнологичная медицинская помощь оказана 1 192 пациентам (100,0% плана ТППГ), что на 10,0% ниже показателя 2022 года (1 326 пациентов в 2022 году). Больничная летальность составляет 0,4 и остается стабильной на протяжении 5 лет.

Выводы. Увеличился показатель работы койки круглосуточного стационара, а также оборот койки дневного и круглосуточного стационара. Увеличилась хирургическая активность отделений за счет перераспределения химиотерапевтических пациентов. Число проведенных курсов лучевой терапии стабильно увеличивается за счет увеличения финансирования, лучшего обеспечения лекарственными препаратами и внедрения клинических рекомендаций по лечению пациентов с ЗНО. Число курсов лучевой терапии стабильно увеличивается за счет расширения показаний к методу лечения. Выполнение Территориальной программы государственных гарантий на 100% по круглосуточному и дневному стационарам, амбулаторной помощи и выделенным медицинским услугам.

Оценка эффективности онкоскрининговых программ, реализуемых на территории Ульяновской области в 2018–2023 гг.

¹ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»;

² ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Одной из задач региональной программы «Борьба с онкологическими заболеваниями», реализуемой в Ульяновской области в 2018–2023 гг. в рамках Национального проекта «Здравоохранение», является повышение удельного веса злокачественных новообразований (ЗНО), выявленных на ранних стадиях. Раннее выявление ЗНО является показателем эффективности массовых обследований, так называемых программ онкоскрининга, которые входят в число обязательных исследований при диспансеризации взрослого населения региона.

Цель – оценить эффективность программ онкоскрининга при раке желудка (С16), колоректальном раке (С18-С21), меланоме (С43), других ЗНО кожи (С44), раке молочной железы (С50), предстательной железы (С61) и раке шейки матки (С53).

Материал и методы. В исследование были включены случаи прижизненной диагностики ранних (I и II) стадий ЗНО следующих локализаций: С16, С18, С19, С20, С21, С43, С44, С50, С53, С61 у жителей Ульяновской области в 2018–2023 гг. Критерий включения – случай установления диагноза ранней стадии ЗНО. Парно сравнивали группы случаев (долю) ЗНО с ранними стадиями по каждой локализации за каждый год. При сравнении групп рассчитывали t-критерий Стьюдента. Различия между группами считали статистически значимыми при значении $p < 0,05$.

Результаты. В 2023 г., по сравнению с 2018–2022 гг., отмечено увеличение числа и доли пациентов с ранними стадиями при двух локализациях: С50, С61. При раке молочной железы (С50) число и доля пациентов в 2023 г. – 644 (72,2%) были больше ($p < 0,05$), чем в 2018 г. – 405 (66,5%), 2019 г. – 408 (70,6%), 2020 г. – 370 (70,4%), 2021 г. – 455 (72,5%). Число и доля пациентов с начальными стадиями рака простаты (С61) в 2023 г. составили – 398 (68,3%), что было существенно больше ($p < 0,05$) в сравне-

нии с 2018 г. – 126 (53,2%), 2019 г. – 150 (56%) и 2022 г. – 166 (55,2%). Эффективность диагностики меланомы (С43) была наилучшей в 2022 г.: пациентов с начальными стадиями было значимо больше – 74 (90,2%), по сравнению с 2018 г. – 55 (78,6%) и 2019 г. – 59 (77,0%) ($p < 0,05$). Показатели ранней диагностики меланомы в 2023 г. – 94 (86,1%) статистически значимо не отличались, в сравнении с предыдущими годами.

Отрицательная тенденция была отмечена для пациентов с С18-21, С44, С53. При раке ободочной кишки (С18) в 2023 г. было выявлено 173 случая в ранней стадии (37%), показатель ранней диагностики статистически значимо меньше ($p < 0,05$), чем в 2018 г. – 148 (48,8%), 2019 г. – 187 (48,3%), 2020 г. – 149 (46,1%) и 2022 г. – 151 (48,2%) годах. Для пациентов с С19-С21 наблюдалась аналогичная тенденция ($p < 0,05$) – в 2023 г. число и доля начальных стадий составили 78 (23,8%), что было меньше чем в 2018 г. – 112 (39,5%), 2019 г. – 104 (37,5%), 2020 г. – 94 (35,8%) и 2022 г. – 92 (34,2%). При других ЗНО кожи, кроме меланомы, (С44) в 2023 г. было отмечено статистически значимое снижение доли ранних стадий – 919 (93,5%), по сравнению с 2018 г. – 793 (97,5%), 2019 г. – 812 (97,5%), 2020 г. – 560 (95,9%) и 2022 г. – 679 (96,1%). Максимальное число пациентов с 1-2 стадиями рака шейки матки (С53) было зарегистрировано в 2018 г. – 145 (82,4%), в последующие годы было снижение числа и доли пациентов с ранними стадиями ($p < 0,05$): в 2019 г. – 94 (65,8%), 2020 г. – 90 (63,8%), 2021 г. – 84 (71,2%), 2022 г. – 72 (59,5%), 2023 г. – 90 (67,4%). Количество больных раком желудка (С16) с 1-2 стадиями заболевания остается неизменным год от года: в 2018 г. – 117 (37,2%), в 2023 г. – 119 (41,3%). Статистически значимых различий между годами не было ($p > 0,05$).

Вывод. Была продемонстрирована эффективность реализуемых онкоскрининговых программ в Ульяновской области для диагностики рака молочной железы, рака простаты и меланомы. Значимого улучшения ранней диагностики рака желудка продемонстрировано не было. Неудовлетворительные результаты онкоскрининга отмечены для рака ободочной кишки, рака ректосигмоидного отдела толстой кишки, рака заднего прохода и анального канала, других ЗНО кожи, кроме меланомы, и рака шейки матки. Следует в дальнейшем сосредоточить наши усилия на улучшении раннего выявления ЗНО этих локализаций.

Шарафутдинов М.Г.^{1, 2}, Матвеева Л.В.¹, Данилова Л.А.^{1, 2}, Панченко С.В.^{1, 2}

30 лет кафедре онкологии и лучевой диагностики

¹ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»;

² ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер»

В этом году кафедре онкологии и лучевой диагностики имени О.П. Модникова исполняется 30 лет. История кафедры неразрывно связана с именем её первого заведующего – профессора Олега Павловича Модникова. Заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук, профессор Олег Павлович Модников посвятил свою жизнь развитию методов диагностики и лечения онкологических заболеваний, стоял у истоков организации паллиативной медицины в нашей стране. Он основатель и первый заведующий кафедрой онкологии и лучевой диагностики, многое сделал для создания и развития Института медицины, экологии и физической культуры Ульяновского государственного университета.

Начало 1990-х... В те сложные первые годы становления медицинского факультета нашего университета идея создания кафедры, способной преподавать основы лучевой диагностики и лучевой терапии, а также такой особой клинической дисциплины, как онкология, была более чем актуальной. Необходим был высококлассный специалист, способный возглавить кафедру и наладить учебный процесс и, по возможности, научную работу.

Олег Павлович Модников до приезда в Ульяновск работал заместителем директора по науке НИИ онкологии и радиологии в Киргизии. После распада СССР этот известный во всём мире учёный был вынужден уехать из Бишкека и, хотя несколько крупных центров России были бы рады видеть его у себя, Олег Павлович остановил свой выбор на молодом ульяновском вузе.

В 1994 году была организована кафедра лучевой диагностики, лучевой терапии и онкологии (так она тогда называлась), и Олег Павлович стал её первым заведующим. Ульяновский областной онкологический диспансер, на базе которого располагалась кафедра, предоставил университету несколько помещений для занятий студентов 4 и 5 курсов – и учебный процесс начался. Первыми преподавателями кафедры, кроме самого профессора Модникова, были Р.Х. Мусина, М.М. Алиев, Д.И. Томниковский,

В.В. Родионов, О.Д. Алиева. Занятия проходили на базе онкодиспансера (ультразвуковая диагностика, лучевая терапия, онкология) и областной больницы (рентгенология, МРТ диагностика, компьютерная томография). Использовались все имеющиеся возможности для того, чтобы показать студентам диагностическую и лечебную аппаратуру, обеспечить курацию больных. В 1997 году первые выпускники медицинского факультета, пожелавшие продолжить своё обучение по специальностям «онкология», «лучевая диагностика» и «лучевая терапия», были зачислены в клиническую ординатуру, появилась возможность обучения и в интернатуре по лучевой диагностике.

Олег Павлович контролировал не только учебный процесс на кафедре, но лечебно-диагностический процесс в Ульяновском областном онкологическом диспансере, который благодаря кафедре получил статус клинического учреждения. Врачи и преподаватели кафедры, клинические ординаторы весьма активно включились в научную работу. Основным научным направлением кафедры явилась проблема оптимизации методов паллиативного лечения онкологических больных. Благодаря усилиям Олега Павловича, в Ульяновске был создан один из первых в России хосписов. Делегация из Ульяновска, возглавляемая первым проректором УлГУ Т.З. Биктимировым, побывала в Лондоне на стажировке по проблемам развития паллиативной медицины. В 1999 году успешно состоялась защита первого аспиранта кафедры ученика О.П. Модникова – В.В. Родионова. Вслед за «первой ласточкой» потянулись другие, количество защитившихся аспирантов и соискателей кафедры ежегодно увеличивалось. Активно велась научная работа, под руководством и постоянным контролем профессора Модникова разрабатывались и внедрялись новые методы лечения онкологических больных, публиковалось большое количество научных статей и тезисов в России и за рубежом. Однако на самом подъёме творческих сил, внезапно, оборвалась жизнь бессменного руководителя кафедры. 29 сентября 2003 года не стало профессора Модникова. Тем не менее, кафедра продолжала работу. С 2003 по 2008 год её возглавляла доцент Раиса Хасановна Мусина, с 2008 по 2015 год – доктор медицинских наук Валерий Витальевич Родионов, с 2015 года возглавляет кафедру доцент Марат Гакифович Шарафутдинов. Преподавателями кафедры защищены две докторские диссертации (в 2008 г. – В.В. Родионов, в 2010 г. – И.И. Антонеев).

ва). Ежегодно на кафедре обучаются клинические ординаторы по специальностям «Онкология» и «Рентгенология», многие из которых становятся врачами ведущих базовых лечебных учреждений региона и нашей страны. Начиная с 2004 года, сотрудники кафедры принимают непосредственное участие в организации и проведении Российской научно-практической конференции «Модниковские чтения» с привлечением ведущих экспертов в области онкологии, ежегодно посещают научные мероприятия, конференции и конгрессы, как в России, так и за рубежом.

В своих научных исследованиях сотрудники кафедры охватывают самые различные проблемы, связанные с онкологическими заболеваниями, вопросы канцерогенеза, профилактики, ранней диагностики и эффективного лечения. Прежде всего, нужно отметить такие перспективные направления, как маркеры химиорезистентности, жидкостная биопсия, иммуноонкология (профессор, доктор медицинских наук Антонеева И.И.), оптимизация режимов лечения пациентов при раке прямой кишки методом протонной терапии (доктор медицинских наук Удалов Ю.Д.), молекулярно-генетические кластеры трижды негативного рака молочной железы: их клинические и прогностические особенности (ассистент кафедры Панченко И.С.), паллиативная медицинская помощь онкологическим пациентам (доцент Шарафутдинов М.Г.), профилактика сосудистых нарушений у онкологических пациентов (доцент Матвеева Л.В.) и др.

Кафедра поддерживает сотрудничество с ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, ФГБУ ФНКЦРиО ФМБА России, ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России, Казанской государственной медицинской академией – филиалом ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения РФ, с Ассоциацией онкологов России, Российской Ассоциацией паллиативной медицины и др.

Решением Ученого совета Ульяновского государственного университета кафедра онкологии и лучевой диагностики в 2023 г. кафедре присвоено имя Олега Павловича Модникова.

Все 30 лет кафедра плодотворно сотрудничает со специалистами онкологической службы региона. В рамках реализации региональной про-

граммы «Борьба с онкологическими заболеваниями» сегодня большое внимание уделяется кадровому обеспечению онкологической службы. Ульяновский государственный университет участвует в решении важной задачи – комплектовании первичных онкологических кабинетов, дневных стационаров, центров амбулаторной онкологической помощи квалифицированными врачами-онкологами, владеющими профессиональными навыками для быстрой и точной диагностики и эффективного лечения пациентов.

*Жинов А.В., Городнов С.В., Казыханов Р.И.,
Мохаммад Сарвар Мохаммад Самир*

**Опыт наружного чрескожного чреспеченочного дренирования
желчных путей под контролем УЗИ у пациентов
с механической желтухой опухолевой этиологии в условиях
хирургического отделения абдоминальной онкологии
ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер»**

ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Лечение больных механической желтухой с первичным опухолевым и метастатическим поражением гепатопанкреатодуоденальной зоны (ГПДЗ) является одной из серьезных проблем современной онкологии. Опухоли данной зоны даже при небольших размерах могут вовлекать в опухолевый процесс сразу несколько анатомических структур. Кроме того, при новообразованиях ГПДЗ механическая желтуха наблюдается в 75–95% случаев. Радикальные операции при опухолях органов ГПДЗ даже в специализированных клиниках выполняются нечасто и возможны лишь в 15–20% случаев. Радикальные и паллиативные хирургические вмешательства в условиях механической желтухи, холангита и печеночной недостаточности весьма рискованны и сопровождаются большой частотой послеоперационных осложнений и высокой летальностью, достигающей 50%. В то же время при радикальных операциях, выполняемых после устранения механической желтухи, послеоперационные осложнения

наблюдаются значительно реже, также значительно ниже показатель послеоперационной летальности. В пользу эндобилиарных вмешательств на желчных путях говорит и тот факт, что осложнения и летальность при них составляют 3–10%.

Цель – оценить эффективность проведения чрескожной чреспеченочной холангиостомии (ЧЧХС) с возможностью последующего радикального или паллиативного противоопухолевого лечения в регионарном центре и представить результаты лечения.

Материал и методы исследования. За период с апреля 2021 г. по февраль 2024 г. в хирургическом отделении абдоминальной онкологии ГУЗ ОКОД было выполнено 57 наружных ЧЧХС под контролем УЗИ и под рентген-контролем, по поводу механической желтухи при злокачественных новообразованиях ГПДЗ первичного и вторичного характера с удовлетворительными ближайшими результатами. Больным проведено обследование согласно клиническим рекомендациям. Они были обсуждены на мультидисциплинарном консилиуме врачей ГУЗ ОКОД.

Показаниями к чрескожной холангистомии являлись: значительное (более 4-5 мм) расширение внутрипеченочных желчных протоков; наличие безопасной траектории пункции внутрипеченочных протоков.

К противопоказаниям выполнения чрескожных вмешательств мы относим: терминальное состояние больного; обширное опухолевое поражение печени с разобщением внутрипеченочных желчных протоков на уровне сегментарных ходов.

В зависимости от тяжести состояния пациентов ЧЧХС проводилось либо на следующий день после госпитализации, либо после проведенной предоперационной подготовки, в среднем 5-8 дней.

Все вмешательства выполнялись под сочетанным ультразвуковым и рентгеноскопическим контролем. Пункция желчных протоков осуществляется под контролем ультразвука, а введение дренажной трубки – под контролем рентгенотелевидения. Использовали УЗИ аппарат LOGIQ V2, оснащенный линейным пункционным датчиком, и рентгеновский аппарат с С-дугой APELEM APX HF2.

Дренирование осуществляли следующим образом. Под местной анестезией под УЗИ контролем пунктировали наиболее дилатированный желчный проток, затем игла удалялась. Далее проводилась фистулография

раствором йогексол TP 350-0,5 мл под С-дугой. После контрастирования желчного дерева в полость желчного протока вводили гибкий металлический проводник. По проводнику в проток устанавливали дренаж Teleflex SUPERGLIDE PCN-2 Step POLYURETAN Ch.8, далее проводилась контрольная фистулография под С-дугой и фиксировали дренаж к коже, подключенный к желчеприемнику.

Результаты. Из данной группы пациентов мужчин – 37 (64,9%), женщин – 20 (35,1%). Средний возраст составил $66,8 \pm 9,73$ лет. Средняя длительность желтухи составила 33,7 дня, уровень билирубина крови колебался от 72 до 489 мкмоль/л (в среднем – 190,1 мкмоль/л).

Вмешательства выполнены по поводу рака головки поджелудочной железы у 27 пациентов, рака холедоха – у 7, рака желудка с метастазами в ворота печени – у 18, саркомы мягких тканей с метастазами в ворота печени – у 1, метастазов из первично-невывявленного очага с метастазами в ворота печени – у 1, рака прямой кишки с метастазами в ворота печени – у 5, рака желчного пузыря – у 1, ХЦР – у 2, с неверифицированным холангиоцеллюлярным раком – у 1.

После проведенных чрескожных эндобилиарных вмешательств осложнений не было.

По результатам проводимого лечения проведено радикальное оперативное лечение – у 13, паллиативная ПХТ – у 23, на дообследовании – 1, наблюдаются – 8 пациентов. У 12 пациентов не удалось достигнуть целевых показателей общего состояния, что не позволило провести паллиативного специализированного противоопухолевого лечения.

Выводы. Таким образом, чрескожные эндобилиарные вмешательства значительно расширяют возможности комплексного лечения больных с механической желтухой. ЧЧХС способствует ликвидации желтухи, интоксикации, явлений печеночно-почечной недостаточности, улучшению функций печени, создает благоприятные условия для проведения радикальных и паллиативных оперативных вмешательств, характеризуется низким числом осложнений и летальности.

Жинов А.В., Городнов С.В., Романов Н.А., Камалов Б.Х., Аброськин Б.В.

Опыт формирования панкреатикоеюноанастомоза при панкреатодуоденальной резекции

ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Проблема лечения рака головки поджелудочной железы является актуальной. Это обусловлено не только заметно возросшей частотой заболевания, но и расширением возможностей радикальной панкреатодуоденальной резекции (РПДР). Недостаток всех ранее предложенных методов РПДР: возникновение участков некроза в местах наложения швов между серозной оболочкой трубчатого органа и паренхимой поджелудочной железы, с последующим развитием несостоятельности панкреатодигестивных анастомозов, культевого панкреатита, полиорганной недостаточности и наступлением летального исхода у половины этих больных. Вышесказанное послужило основанием для усовершенствования панкреатодигестивного соустья.

Цель – оценить непосредственные результаты внедренного в клинику наложение панкреатикоеюноанастомоза при панкреатодуоденальной резекции.

Материал и методы исследования. В 2023 году было проведено 15 гастропанкреатодуоденальных резекций. 12 больным панкреатодигестивный анастомоз был выполнен методом формирования панкреатикоеюноанастомоза в модификации Блюмгарта (мужчин было 5, женщин – 5). Формирование анастомоза производилось следующим образом: тонкая кишка с отступом на 15 см от края тонкой кишки подводилась к культе поджелудочной железы с наложением трех п-образных швов на кишку и проходящими через всю ткань поджелудочной железы, оставляя их. Предварительно введением дренажа в проток поджелудочной железы на время формирования анастомоза. После выполнения в кишке равным размером протока формируется панкреатикоеюноанастомоз. Удаляется дренаж из протока.

В дальнейшем ранее наложенными швами формируется передняя губа анастомоза с п-образным прошиванием стенки тонкой кишки.

Результаты. У больных с наложением данного погружного анастомоза осложнений отмечено не было. Надежность соустья сокращает продолжительность операции и постоперационного периода, не увеличивая при этом частоту послеоперационных осложнений.

Выводы. Панкратикоеюноанастомоз, несмотря на некоторые технические сложности, уменьшает сроки операции, без увеличения постоперационных осложнений.

Базюк А.А., Полякова Е.В., Волкова Е.Е.

Лимфосцинтиграфия при операциях с детекцией сторожевых лимфатических узлов при различной локализации первичного очага

ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. «Сторожевые» лимфатические узлы (СЛУ) представляют собой первые лимфатические узлы на пути оттока лимфы от злокачественного новообразования (ЗНО). Они являются препятствием для злокачественных клеток, поэтому определение их статуса является объективным диагностическим критерием для стадирования злокачественного процесса и выбора объема лечения. Лимфосцинтиграфия с различными лимфотропными радиофармпрепаратами (РФП) позволяет обнаружить СЛУ при различной локализации первичного очага.

Цель – определить возможности лимфосцинтиграфии в обнаружении СЛУ с использованием различных лимфотропных РФП.

Задачи исследования: определить предельные размеры СЛУ и их выявляемость на исследовании и при оперативном вмешательстве с использованием различных лимфотропных РФП.

Материалы и методы. Исследования проводились в отделении ОРД ГУЗ ОКОД на комбинированной системе ОФЭКТ-КТ GE Discovery 670 MN/CT с введением в нескольких точках 30 МБк РФП Тс-99m-технефита, Тс-99m-нанотопа и Тс-99m-сентискана с проведением ОФЭКТ-КТ зоны интереса.

Результаты. Проводился анализ результатов сцинтиграфических исследований СЛУ за 2023 год. Побочные и аллергические реакции не зарегистрированы ни на один РФП. Произведено исследование всего у 468 пациентов с применением нанотопа, сентискана и технефита. Из них: ЗНО молочной железы стадии I-IIa – 429 исследований, меланомы кожи 36 исследований, ЗНО боковой поверхности языка 2 исследования, ЗНО вульвы Ib стадии – 2 исследования. Лимфосцинтиграфия СЛУ с нанотопом: всего было обследовано 14 пациентов в 42% случаев выявлены единичные СЛУ (у 6 человек), в 78% случаев выявлены множественные СЛУ (у 7 человек).

Лимфосцинтиграфия СЛУ с сентисканом: всего было обследовано 46 пациентов, в 28% случаев выявлены единичные СЛУ (у 13 человек), в 55% случаев выявлены множественные СЛУ (у 25 человек), не выявлено СЛУ у 8 человек (17%)

Лимфосцинтиграфия СЛУ с технефитом: всего было обследовано 410 пациентов, в 53% случаев выявлены единичные СЛУ (у 216 человек), в 23% случаев выявлены множественные СЛУ (у 95 человек), не выявлено СЛУ у 99 человек (24%). Размеры выявляемых СЛУ на операциях составили от 3,0 мм до 28 мм.

Выводы: 1) Лимфотропный РФП нанотоп показал наибольшую чувствительность в определении СЛУ при различных ЗНО: у всех пациентов были выявлены СЛУ, у большинства пациентов (78%) были выявлены множественные лимфоузлы. 2) Сентискан также показал высокую эффективность в обнаружении СЛУ при различных ЗНО, но в 17% случаев СЛУ не были выявлены. 3) Самая низкая чувствительность в определении СЛУ в сравнении с вышеуказанными РФП была у технефита: значительный процент необнаруженных СЛУ (24%), в основном выявлялись единичные СЛУ (53%). 4) Размеры СЛУ не влияют на их выявляемость. 5) Выявляемость СЛУ позволяет обеспечить радикальность органосохраняющего лечения при широком спектре локализации первичного очага.

Музыкаев В.В.

Способ консервативной терапии сером в раннем и позднем послеоперационных периодах на молочной железе

ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер»

Формирование сером является наиболее частым послеоперационным осложнением после мастэктомии с частотой от 3 до 85%. Подобная распространенность переводит серомы из разряда осложнений в разряд побочных эффектов операции. На риск возникновения серомы косвенно влияют: возраст, размер груди, сопутствующие заболевания, наличие и количество лимфатических узлов в подмышечной области, пораженных метастазами рака молочной железы.

При рассмотрении патогенеза формирования серомы разные авторы считают, что это патологическое скопление жидкости из пересеченных во время операции лимфатических протоков, белковый и клеточный состав жидкости схож с раневым экссудатом при воспалении. Преобладающими клетками жидкости являются гранулоциты, а не лимфоциты, при этом отсутствует фибриноген. Скапливающаяся жидкость в операционной ране меняет свой состав уже в первые дни после операции. Сначала она идентична лимфе со сгустками крови, что указывает на повреждение лимфатических и кровеносных сосудов из-за рассечения, а через несколько дней имитирует раневой экссудат при остром воспалении. Серома или ограниченное скопление жидкости с большим количеством медиаторов воспаления в замкнутом пространстве является спутником любой хирургической операции, в ходе которой в результате диссекции или резекции тканей формируется межтканевая полость. В случае установки в сформированную полость инородных тел (силиконовый имплант, сетчатый эндопротез) последние являются дополнительным фактором, поддерживающим существование серомы.

Цель исследования – оценить эффективность использования 10%-го раствора бетадина для лечения сером, возникающих после радикальных мастэктомий и реконструктивных операций на молочной железе с использованием имплантов.

В настоящий момент существуют различные методы профилактики и лечения сером. Это различные способы уменьшения объема послеоперационной полости после лимфодиссекции, компрессионная терапия, фармакологические методы. К последним относят: склерозанты, фибриновый клей, препараты соматостатина. Однако применение гормональных препаратов (преднизолон, дипроспан, кеналог) в лечении сером после операции на молочной железе ограничено вследствие наличия у них побочных эффектов различного характера и отсутствия свойств противомикробного действия. Так, с осторожностью следует назначать препарат при гипотиреозе; циррозе печени; заболеваниях глаз, вызванных *Herpes simplex* (из-за риска перфорации роговицы); неспецифическом язвенном колите; угрозе перфорации; абсцессе или других гнойных инфекциях; дивертикулите; наличии недавно созданных кишечных анастомозов; активной или латентной язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки; почечной недостаточности; артериальной гипертензии; остеопорозе; тяжелой миастении; тромбоцитопенической пурпуре (в/м введение). Кроме того, противопоказано введение гормональных препаратов в инфицированные поверхности.

Наиболее близким аналогом можно признать способ лечения серомы антибиотиками, когда к серозной жидкости добавляют разовую, предельно допустимую дозу антибиотика широкого спектра действия, растворяют в стерильном сосуде и вводят инъекционным методом в полость серомы. Способ позволяет ускорить заживление раны, обеспечить формирование прочного рубца.

Однако использование антибиотиков – это профилактика микробного воспаления в ране после операции. Известно, что операции на молочной железе по поводу опухолей и установка имплантов относятся к «чистым» операциям, поскольку отсутствует микробное обсеменение, а реакции воспалительного характера возникают вследствие воздействия электрокоагулятора. Поэтому использование антибиотиков широкого спектра действия при серомах, возникающих после радикальной операции и (или) установки имплантов молочной железы, нецелесообразно.

Материалы и методы исследования. Техническая проблема заявленного способа – создание условий для сокращения сроков выработки лимфатической жидкости в области операционной раны, сокращение общего

времени заживления послеоперационной раны после радикальной мастэктомии, реконструкции молочной железы имплантом.

Технические результаты заявленного способа: устранение сером, возникающих в отдаленном периоде после радикальной мастэктомии, установки имплантов молочной железы, реализация указанной технической проблемы. Указанные технические результаты достигаются путем лечения сером в послеоперационном периоде на молочной железе, включающим пункцию полости серомы и эвакуацию серозной жидкости. Согласно заявленному изобретению, после эвакуации серозной жидкости в полость серомы вводят от 2,0 до 10,0 мл 10%-го раствора бетадина.

Количество вводимого раствора бетадина зависит от объема раневой полости. Экспериментально установлено, что после радикальной мастэктомии необходимо вводить 10,0 мл 10%-го раствора бетадина. После выполнения операций с использованием имплантов вводят от 2,0 мл до 10,0 мл 10%-го раствора бетадина, в зависимости от объема свободного пространства между имплантом и тканью железы.

Бетадин по химическому составу представляет собой комплексное соединение йода с поливинилпирролидоном (ПВП). Для лечения сером заявленным способом используют неразведенный 10%-й р-р бетадина. Разведенный бетадин обладает меньшей эффективностью. Основное активное вещество в составе бетадина – молекулярный йод – губительно для грамположительных и грамотрицательных бактерий, возбудителей грибковой инфекции. Высвобождаясь из комплекса с поливинилпирролидоном при контакте с кожей и слизистыми, йод образует с белками клетки бактерий йодамины, коагулирует их и вызывает гибель микроорганизмов. Оказывает быстрое бактерицидное действие на грамположительные и грамотрицательные бактерии (за исключением *M.tuberculosis*). Эффективен в отношении грибов, вирусов, простейших. Кроме того, бетадин оказывает местнораздражающее воздействие на ткани, благодаря которому усиливается микроциркуляция в травмированных тканях. Вследствие этого уменьшается отёк и скопление серозной жидкости. Таким образом, 10%-й р-р бетадина, обладая противомикробным и противоотечным действием, оказывает заявленный положительный эффект при лечении сером в послеоперационном периоде на молочной железе. Данный способ обеспечивает стабильное прекращение выработки серозной жидкости в раневой полости и кармане между капсулой и имплантом.

Тем самым достигаются заявленные технические результаты – устранение сером, возникающих в отдаленном периоде после радикальной мастэктомии, установки имплантов молочной железы, а также решается указанная техническая проблема – обеспечиваются условия для сокращения сроков выработки лимфатической жидкости в области операционной раны, сокращается общее время заживления послеоперационной раны после радикальной мастэктомии или реконструкции молочной железы имплантом.

Результаты исследования. Способ иллюстрируется следующими клиническими примерами:

Пациентка М., 76 лет. Диагноз «рак правой молочной железы 2-В ст/T2N1M0/». Выполнена операция – радикальная мастэктомия справа. Дренаж из раны удален на 6 сутки. Выписана на 7 сутки после операции на амбулаторное лечение по месту жительства. Обратилась на консультацию к маммологу через 3 недели после выписки с жалобами на припухлость в области послеоперационной раны. При осмотре выявлено скопление серозной жидкости в области операции. Произведена пункция с эвакуацией жидкости в объеме 500 мл (без признаков воспаления). Повторный осмотр через 3 дня, выявлено скопление серомы в прежних объемах. После удаления серозной жидкости в раневую полость ежедневно вводился 10%-го р-ра бетадина в объеме 10 мл. На третий день жидкость в раневой полости уменьшилась до 120 мл. Всего введено 3 раза по 10 мл 10%-го р-ра бетадина. При последней перевязке скопление жидкости уменьшилось в объеме до 10 мл. Пациентка отпущена под наблюдение. Период наблюдения – более 2 мес. Состояние стабильное.

Пациентка С., 48 лет. 5 лет назад ей была выполнена операция – увеличивающая маммопластика с использованием эндопротезов с обеих сторон. За неделю до обращения получила травму левой молочной железы, после чего железа увеличилась в размерах. По данным клиники и УЗИ-исследования выявлено скопление серозной жидкости под капсулой вокруг импланта. Произведена пункция тонкоигольная с эвакуацией около 80 мл прозрачной жидкости без признаков воспаления. Повторная пункция через 2 дня, удалено такое же количество жидкости, введен 10%-ный р-р бетадина в объеме 5,0 мл. Всего проведено трижды ТАБ (тонкоигольной аспирационной биопсии) с одномоментным введением 10%-го р-ра бетадина в объеме 5,0 мл. В дальнейшем пациентка не нуждалась в удалении жидкости, рекомендовано наблюдение. Состояние стабильное.

Пациентка М., 39 лет. Диагноз «рак левой молочной железы 2-В стадии». Выполнена операция – кожесохраняющая радикальная мастэктомия. Затем произведена еще одна операция – реконструкция левой железы с использованием эндопротеза. На 5-й день после операции удален дренаж (объем серозной жидкости около 50 мл в сутки). Одновременно с удалением дренажа в полость, где располагался располагается протез, введено 2,0 10%-го р-ра бетадина. В дальнейшем пациентка не нуждалась в повторном введении р-ра бетадина, т.к. скопление серозной жидкости не наблюдалось.

К настоящему времени предлагаемый способ профилактики и лечения сером после операций на молочной железе широко используется мною в условиях отделения опухолей молочной железы и кожи с хорошим положительным эффектом.

Выводы. Предлагаемый способ по сравнению с известными имеет ряд важных преимуществ, основные из которых следующие: 1) Способ позволил решить важную проблему – существенно сократить общее время накопления серозной жидкости в раневой полости после мастэктомии, тем самым сократить время начала лучевой терапии на область послеоперационного рубца. 2) Впервые предложен способ, который ускоряет время заживления и позволяет избежать повторных операций после имплантации при образовании сером.

Немчак А.Л.^{1,2}, Панченко И.С.^{1,2}, Суетин А.В.¹, Рахматуллина Э.Т.¹

Оценка качества жизни больных раком молочной железы после проведения реконструктивно-пластических операций

¹ ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер»;

² ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»

Актуальность. По данным Всемирной Организации Здравоохранения ежегодно в мире регистрируется более 2,3 млн новых случаев рака молочной железы (РМЖ). В связи с этим немаловажным аспектом является восстановление эстетического вида молочных желез после проведения радикальной мастэктомии путем выполнения реконструктивной операции. Оптимальным методом оценки степени удовлетворенности пациентов резуль-

татами операции является применение опросников, позволяющих количественно определить уровень качества жизни, связанного со здоровьем. В реконструктивно-пластической хирургии молочной железы особенно важно учитывать опыт пациента, так как основной целью операции является его удовлетворенность с точки зрения физического, психического, функционального и социального благополучия, а также восприятия эстетического результата.

Цель – оценить качество жизни (КЖ) и уровень тревожности у больных РМЖ.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 12 пациентов в возрасте от 32 до 53 лет с РМЖ, перенесших оперативное вмешательство в хирургическом отделении опухолей молочной железы и кожи ГУЗ ОКОД в течение 2022 года. Всем пациентам выполнялись отсроченные реконструктивно-пластические операции с использованием эндопротеза.

Распределение по стадиям было следующим: Tis– 1 (8,3%), I стадия – 5 (41,6%), II стадия – 5 (41,6%), III стадия – 1 (8,3%).

Иммуногистохимические подтипы опухоли: люминальный A подтип – 5 (41,6%), люминальный B Her 2 негативный – 1 (8,3%), Her 2 позитивный не люминальный – 1 (8,3%), трижды негативный – 4 (33,3%).

Нами было проведено добровольное анкетирование среди пациенток по краткому опроснику ВОЗ (WHOQOL) – BREF и методике Жанет Тейлор. Полученные данные после подсчета вносились в специальные бланки. Для анализа результатов и их наглядного представления в графическом виде использовалась программа «MSOfficeExcel».

Результаты. Проведя анализ данных, мы получили довольно высокие показатели уровня качества жизни во всех её сферах, особенно у пациенток с Tis и I стадией РМЖ. При этом снижение КЖ во всех случаях было связано с низкими значениями психологической его составляющей. Согласно методике Жанет Тейлор, мы не выявили ни одного случая с очень высоким уровнем тревожности. Высокий уровень тревоги отмечался у 33% женщин. Среди них были пациентки с РМЖ 2 и 3 стадиями, которые помимо хирургического лечения также получали курсы ПХТ. У 8,3% мы выявили средний с тенденцией к высокому уровень тревожности, а также средний с тенденцией к низкому у 58,3% пациенток.

По оценке всех опрошенных пациенток, уровень удовлетворенности внешним видом молочных желёз оказался высоким, так как благодаря реконструктивной операции с использованием импланта удалось достичь желаемого эстетического результата с учётом онкологической безопасности.

Выводы. Более низкий уровень тревоги свойственен пациенткам, у которых ЗНО молочной железы было выявлено на I стадии. Каждой женщине нужно внимательно относиться к состоянию своего здоровья и помнить о том, что ранний скрининг и периодическое самообследование помогут обнаружить заболевание на начальных этапах и вовремя начать терапию.

Высокие показатели качества жизни и уровня эстетической удовлетворенности пациентов результатами реконструкции связаны с восстановлением молочной железы после операции. Данный этап реабилитации больных РМЖ играет очень большую роль, так как позволяет избежать тяжелых психологических расстройств и депрессивных состояний, связанных с мастэктомией.

Панченко И.С.^{1,2}, Панченко С.В.^{1,2}, Шарафутдинов М.Г.^{1,2}, Музяков В.В.²

Взаимосвязь генов с прогрессированием у пациенток с трижды негативным раком молочной железы

¹ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»;

² ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Трижды негативный рак молочной железы (далее ТНРМЖ) является неоднородным по молекулярно-генетическому строению видом новообразования, для которого характерны высокие показатели прогрессирования.

Цель – определить гены ТНРМЖ, которые ассоциируются с прогрессированием.

Материал и методы. В настоящее исследование было включено 246 пациентов с ТНРМЖ. Под прогрессированием понимали возникновение локорегионарного рецидива и отдаленного метастазирования (n = 40). Методом обратной транскрипции и полимеразной цепной реакции иссле-

довалась экспрессия 45 генов, выполняющих различные функции: *ESR1*, *PGR*, *AR*, *ERBB2*, *GRB7*, *EGFR*, *FGFR4*, *MKI67*, *MYBL2*, *CCNB1*, *AURKA*, *BIRC5*, *MYC*, *CCND1*, *CCNE1*, *CDKN2A*, *KIF14*, *PPP2R2A*, *PTTG1*, *SFRP1*, *TMEM45B*, *TMEM45A*, *TPX2*, *MMP11*, *CTSL2*, *EMSY*, *PAK1*, *ANLN*, *BCL2*, *BAG1*, *PTEN*, *TYMS*, *EXO1*, *UBE2T*, *TPT1*, *SCGBA2*, *KRT5*, *MIA*, *GATA*, *FOXA1*, *ZNF703*, *NAT1*, *CD68*, *TRAC*, *PD-L1*. С помощью непараметрических методов статистики (U-критерий Манна-Уитни) определяли взаимосвязь между экспрессией генов и прогрессированием заболевания. Статистическую обработку полученных результатов проводили на персональном компьютере с использованием программы «IBM SPSS Statistics 20».

Результаты. При сравнении уровня экспрессии генов в зависимости от прогрессирования, было установлено статистически значимые различия. Было показано, что высокосвязно ($p < 0,01$) ассоциируются с прогрессированием следующие гены: *AR* ($p = 0,001$), *FOXA1* ($p = 0,001$), *TMEM45B* ($p = 0,001$), *FGFR4* ($p = 0,005$) статистически значимо ($p < 0,05$): *GATA3* ($p = 0,022$), *CCNB1* ($p = 0,036$), *MYC* ($p = 0,035$), *MIA* ($p = 0,044$), *ZNF703* ($p = 0,045$).

Выводы. Выявлена связь девяти генов (*AR*, *FOXA1*, *TMEM45B*, *FGFR4*; *GATA3*, *CCNB1*, *MYC*, *MIA*, *ZNF703*) с развитием прогрессирования при ТНРМЖ. Поиск ассоциации генов с отдельными клинико-морфологическими параметрами опухоли у этой неоднородной группы пациентов может быть объектом для дальнейшего углубленного изучения и построения прогностической панели прогрессирования.

Тонеев Е.А., Куликов В.Д., Данилова Л.А., Деньгина Н.В.

Результаты химиолучевого лечения больных раком грудиногидротического отдела пищевода с использованием схемы химиотерапии FolFox

ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер»

Цель – предоставить результаты лечения больных раком грудного отдела пищевода II-III стадии за период с 1.09.2022 г. По 1.09.2023 г., ко-

торым было выполнено химиолучевое лечение (ХЛТ) с использованием схемы химиотерапии FolFox в условиях регионального онкологического диспансера.

Материалы и методы: с 01.09.2022 г. по 01.09.2023 г. были пролечены 14 пациентов с диагнозом «рак пищевода II-III стадии». По половому признаку: мужчин было 11 (78,4%), женщин – 3 (21,4%). Возраст пациентов составил $59,3 \pm 6,7$ лет. Индекс коморбидности рассчитывался по классификации Charlson, он составил $4,28 \pm 1,63$. Средняя протяжённость опухоли по пищеводу составила 72 ± 31 см. Срок от момента обращения в онкологический диспансер до начала лечения составил 29 (16; 35) дней. Распределение по стадиям: II стадия – у 5 (35,7%), III стадия – у 9 (64,3%). По локализации: средне-грудной отдел – 8 (57,1%), ниже-грудной отдел – 42,9%. Дисфагия 1 степени была у 4 пациентов (28,4%), дисфагия 2-3 степени – у 7 (50%), у 3 (21,6%) явлений дисфагии не отмечалось. У всех исследуемых пациентов был представлен плоскоклеточный раком пищевода.

Результаты: из 14 начавших лечение пациентов полное лечение получили 13 (92,9%). Одному пациенту было остановлено лечение ввиду стоматита 3 степени, мукозита полости рта 2-3 степени, эзофагита 3 степени.

Лучевое лечение пациентов проводилось на ускорителе электронов Clinac iX, с использованием многопольной методики облучения и фиксирующих приспособлений (крыловидное приспособление для верхней части туловища, подголовник), РОД -1,8 Гр. Облучение проводилось на область первичного очага. Среди 13 получивших полное лечение у 8 (57,1%) пациентов получили СОД 50,4 Гр, 5 (35,7%) пациентов СОД 45 Гр, один пациент, не завершивший в полном объеме лечение получил 37,8 Гр.

Осложнения на фоне проводимого лечения были распределены следующим образом: 5 (35,8%) пациентов без осложнений, у 7 (50%) отмечалась тошнота, астенический синдром, у 1 (7,1%) пациента отмечалась рвота 2-4 степени, которая была купирована приемом блокатором серотониновых рецепторов (ондансетром 8 мг в/м 2 раза в день в течении трех дней) и 1 пациент (7,1%) с явлением стоматита 3 степени, мукозит полости рта 2-3 степени.

Лучевой эпидермит был отмечен у 13 пациентов (92,8%), у 8 (57,1%) пациентов на фоне лечения отмечен эзофагит 2 степени, который был купирован консервативными методами.

Регресс дисфагии с 2-3 степени до явлений отсутствия симптомов дисфагии или дисфагии 1 степени по завершения лечения отмечен у 6 (42,9%).

Была проведена оценка гематологической токсичности: лейкопения 1-2 степени отмечена у 5 (35,7%) пациентов, у 1 (7,2%) отмечена лейкопения 3 степени, данному пациенту для коррекции применялись Г-КСФ, у пациентов с лейкопенией 1-2 степени применялись ГКС (дексаметазон) в стандартной дозировке. Все явления лейкопении купированы без инфекционных осложнений. Тромбоцитопения отмечалась у 1 (7,2%) пациента, было снижение до уровня $41 \times 10^9/\text{л}$, данное осложнение купировано на фоне консервативной терапии ГКС, трансфузия тромбоцитарной массы не потребовалась. Анемия средней степени была отмечена у 1 (7,2%) пациента, железодефицитная, скорректирована приемом препаратов железа. По данным биохимических анализов, у 2 (14,4%) пациентов отмечалось нарастание показателей АЛТ и АСТ до максимального уровня 160 ед/л и 107 ед/л соответственно, проводилась консервативная терапия с положительным эффектом.

Были проанализированы данные клинического и патоморфологического ответа на фоне проведенного лечения. Из 14 пациентов радикальное хирургическое вмешательство было выполнено 4 пациентам (28,4%), у всех 4 пациентов при анализе операционного материала получена 4 степень патоморфоза по Mandard A.M.

Полный клинический ответ был получен после комплексного обследования через 6 недель после лечения у 10 (71,4%) пациентов, из которых было 4 пациента прооперировано, остальные 6 пациентов от оперативного лечения отказались в пользу динамического наблюдения. Частичный ответ получен у 3 (21,6%) пациентов, и 1 (7,2%) пациент умер через 3 недели после завершения лечения от несчастного случая. Пациентов, у которых отмечалось прогрессирование заболевания на фоне лечения не было.

За указанный период из пролеченных 14 пациентов умерли 3: один пациент от неонкологических явлений, 2 – от основного заболевания, медиана наблюдения составила 6,5 месяцев. Рецидив через 3 месяца после лечения отмечен у 4 (28,4%) пациентов, которые отказались от оперативного лечения в пользу динамического наблюдения.

Выводы. Использование схемы химиотерапии FolFox при ХЛТ больных раком грудного отдела позвоночника позволяет достичь приемлемого уровня клинического ответа, а также демонстрирует безопасную гематологическую и клиническую переносимость.

Тонеев Е.А., Мартынов А.А., Зарипов Л.Р., Лисютин Р.И.

Сравнительный анализ выполнения гибридной и стандартной эзофагэктомий по McKeown

ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Хирургическое лечение рака пищевода занимает ключевую позицию в комбинированном лечении данной категории пациентов. С развитием малоинвазивных технологий в хирургии пищевода широкое применение среди хирургов нашла гибридная эзофагэктомия, при которой один из доступов (в брюшную полость или грудную клетку) выполняется миниинвазивно, а второй выполняется традиционным «открытым» способом. По данным авторов, ближайшие хирургические результаты и отдаленные онкологические результаты имеют преимущества при выполнении гибридной эзофагэктомии.

Цель – провести сравнительный ретроспективный анализ хирургических результатов стандартной «открытой» и гибридной (торакоскопия / лапаротомия) эзофагэктомии.

Материалы и методы. В данное исследование были включены пациенты с 1.01.2015 по 1.12.2023 года, которым была выполнена гибридная и открытая эзофагэктомия по McKeown ГУЗ ОКОД. Всего в исследование было включено 58 пациентов. Гибридная эзофагэктомия (ГЭ) была выполнена 19 пациентам, стандартная «открытая» эзофагэктомия (ОЭ) 39. ГЭ выполнялась в виде лапаротомии и формирования трансплантата, далее – в положении пациента на боку выполнялась торакоскопия, мобилизация пищевода с систематической медиастинальной лимфодиссекцией. Анастомоз формировался ручным способом «конец пищевода в переднюю стенку желудка» узловыми швами.

Полученные результаты. Пациенты по полу были распределены следующим образом: в группе ГЭ – 9 женщин, 10 мужчин, в группе ОЭ – 8 женщин, 31 мужчина ($p = 0,035$). Возраст в группе ГЭ – $59,1 \pm 8,6$, в группе ОЭ – $60,3 \pm 6,8$ лет соответственно.

Средний ИМТ составил 23, причем пациентов с ожирением I степени было 5 пациентов (2 – в группе ОЭ и 3 – в ГМИЭ). Минимальный ИМТ составил 16,8 и 17,3 в группе ОЭ и ГМИЭ соответственно.

Распределение по ASA (American Society of Anesthesiologists (ASA) II и III класса преобладало в обеих группах (84,2% – в ГМИЭ и 92,3% – в группе ОЭ).

Количество удаленных лимфоузлов, в группе ГЭ (24 ± 9) и ОЭ (15 ± 7) соответственно ($p < 0,001$). Время оперативного вмешательства составило 377 ± 97 мин в группе ГЭ, и 269 ± 51 мин в группе ОЭ ($p < 0,001$).

Меньшее количество кровопотери были продемонстрировано в группе гибридной эзофагэктомии ($p = 0,014$).

Послеоперационной койко-день не был статистически различим между группами (ОЭ 20 ± 8 дня; НМИЭ 17 ± 7 дней; $p = 0,178$). При анализе кардиологических осложнений, нами была получена статистически значимая разница ($p = 0,044$). Несостоятельность анастомоза встречалась у 10 (17,2%) пациентов, при погрупповом анализе, не было выявлено статистически значимой разницы между несостоятельностью анастомоза у пациентов с ГЭ и ОЭ ($p = 0,385$).

Осложнения пациентов были стратифицированы по классификации Thoracic Morbidity and Mortality (ТММ). Умер в группе ГЭ 1 пациент (5,3%), в группе ОЭ – 4 пациента (10,2%). При анализе частоты осложнений была получена статистически значимая разница в тяжелых осложнениях – IIIA-V grade ($p = 0,031$).

Выводы. Использование гибридных подходов в хирургии пищевода позволяет снизить риск развития тяжелых послеоперационных осложнений, снизить объем интраоперационной кровопотери. Частота несостоятельности анастомоза не зависит от способа выполнения эзофагэктомии.

Хуртина Ю.Н.¹, Подъячева О.А.², Матвеева Л.В.²

Клинический случай лечения лимфомы Беркитта, ассоциированной с ВИЧ-инфекцией

¹ ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер»;

² ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»

Актуальность. Больные ВИЧ-инфекцией относятся к группе повышенного риска развития злокачественных новообразований, в том числе лимфом. Риск развития неходжкинских лимфом у больных ВИЧ-инфекцией в 101,8 раз выше, чем в общей популяции, лимфомы Ходжкина – в 34,3. При этом основную долю (70–90%) составляют В-клеточные лимфомы: диффузная В-крупноклеточная лимфома и лимфома Беркитта (ЛБ) (Михайлова и соавт., 2015). Реже встречаются плазмобластная лимфома (4%), лимфома Ходжкина (3%), Т-клеточные лимфомы (2%), первичная лимфома серозных полостей (1%). Лимфома Беркитта – высокоагрессивная лимфома из иммунологически зрелых В-клеток с преимущественно экстранодальной локализацией. Риск развития ЛБ у пациентов с ВИЧ в течение жизни составляет 10–20%, при этом нет строгой связи с количеством уровня CD4-лимфоцитов и назначением антиретровирусной терапии (АРВТ) (Попова и соавт., 2022). Клинически выделяют 3 варианта ЛБ, один из которых – иммунодефицит-ассоциированный, встречающийся чаще всего у ВИЧ-инфицированных больных. Кроме того, ЛБ является СПИД-индикаторной опухолью (Кулагин и соавт., 2020). Среди пациентов НХЛ с ВИЧ-инфекцией ЛБ по результатам российского многоцентрового исследования (2022 год) диагностируется в молодом возрасте с медианой 37 лет (21–58 лет), чаще у мужчин (75,7%), в распространенной стадии (IV стадия Ann Arbor – 64,7%) и с экстралимфатическими проявлениями (73,5%), включая поражение центральной нервной системы (16,1%). Лимфома Беркитта характеризуется специфической перестройкой гена MYC (Переводчикова и соавт., 2015). Патогенез ЛБ на фоне ВИЧ считается изученным не до конца. Среди факторов патогенеза выделяют иммуносупрессию, онкогенное действие ВИЧ и коинфекцию с другими онкогенными вирусами, в т.ч. с вирусом Эпштейна-Барр (Дудина и соавт., 2022). Клинически ЛБ характеризуется очень агрессивным течением, а симптомы связаны

с локализацией опухоли (Кулагин и соавт., 2020). Для ВИЧ-ассоциированного варианта характерны генерализованная лимфаденопатия, поражение селезенки и частое вовлечение в опухолевый процесс костного мозга (30–38%) (Стуклов и соавт., 2018). Были определены ключевые клинические прогностические факторы ЛБ: возраст ≥ 40 лет; повышенный уровень ЛДГ $>$ в 3 раза выше нормы и наличие поражения ЦНС (Климова и соавт., 2023). Лимфома Беркитта устанавливается на основании патологоанатомического исследования биоптата опухоли с применением иммуногистохимических методов. Лимфома Беркитта высоко чувствительна к химиотерапии (ХТ). Наиболее эффективны короткие интенсивные курсы, обеспечивающие высокую концентрацию цитостатиков в сыворотке крови в течение 48–72 часов (Кулагин и соавт., 2020). Так, Потапенко и соавт. в своей работе (2018) пришли к выводу об эффективности и переносимости курса «SC-EPOCH-RR» у пациентов с ЛБ, ассоциированных с ВИЧ-инфекцией.

Цель работы – продемонстрировать особенности диагностики и лечения лимфомы Беркитта, ассоциированной с ВИЧ-инфекцией, на примере клинического случая, оценить эффективность проведенного лечения.

Материалы и методы. Пациентка Б., 37 лет, в июле 2023 года обнаружила опухоль в области околоушной слюнной железы слева. Направлена на консультацию к онкологу ГУЗ ОКОД. Выполнена тонкоигольная пункционная биопсия образования околоушной области слева. Заключение цитологического исследования – без атипии. Спустя 1 месяц обнаружила увеличенные лимфатические узлы (л/у) шеи справа и слева. Повторный осмотр онколога ГУЗ ОКОД. Общее состояние удовлетворительное. Локальный статус: увеличены подчелюстные л/у с 2-х сторон до 1 см. В околоушной области слева опухоль до 1 см. Проведена КТ органов грудной клетки, мягких тканей шеи, органов брюшной полости. Заключение: КТ-картина может соответствовать лимфопролиферативному заболеванию с поражением внутригрудных лимфатических узлов, легких, печени. Выявлена ВИЧ-инфекция. Консультирована инфекционистом СПИД-центра. Уровень CD4 = $0,160 \times 10^9$ /л. Выставлен диагноз «ВИЧ-инфекция, 4Б стадия». Назначена АРВТ. В ГУЗ ОКОД выполнена эксцизионная биопсия подчелюстного л/у справа. Гистологическое заключение: «в слюнной железе опухоль, гистологическое строение и иммунофенотип которой соответствует лимфоме Беркитта». Выставлен клинический диагноз «С83.7

Лимфома Беркитта IV, А стадия с поражением поднижнечелюстной слюнной железы справа, подчелюстных лимфатических узлов с двух сторон, околоушных слюнных желез, внутригрудных лимфатических узлов, легких, печени. ВИЧ-инфекция 4Б стадия, прогрессирование на фоне начала АРВТ. Хронический поверхностный гастрит. Гиперпластический бульбит».

В период с 11.10.2023 по 19.02.2024 проведено 6 курсов индукционной иммунохимиотерапии по схеме SC-EPOCH-RR (с включением ритуксимаба, учитывая уровень CD4 > 100 клеток/мкл), с плановой поддержкой ростовыми факторами, на фоне сопроводительной терапии, включающей в себя профилактику пневмоцистной пневмонии, грибковых и герпетических инфекций. С целью профилактики нейтропении проведено 4 интратекальных введения цитостатиков (цитарабин 30 мг, метотрексат 15 мг, дексаметазон 4 мг). С учетом межлекарственного взаимодействия, пациентке проводилась АРВТ по схеме: тенофовир, лавимудин, долутегравир. Лечение осложнялось гематологической токсичностью 3-4 степени, проводились заместительные трансфузии эритроцитов. По данным КТ, после 4-х курсов ПХТ признаков лимфомы не выявлено. Запланировано проведение ПЭТ/КТ всего тела после окончания всей программы лечения для оценки полноты ремиссии заболевания.

Выводы. Лечение лимфом у ВИЧ-инфицированных пациентов представляет собой сложную задачу. Выявление лимфомы на фоне ВИЧ является самостоятельным показанием для назначения АРВТ вне зависимости от уровня CD4+ лимфоцитов. Приведенный клинический пример демонстрирует особенности диагностики и лечения лимфомы Беркитта, ассоциированной с ВИЧ-инфекцией, в том числе необходимость планового использования ростовых факторов, а также проведение профилактики оппортунистических инфекций. Проведенное лечение (6 курсов ХТ по схеме SC-EPOCH-RR) оказалось в данном случае высокоэффективным.

Раздел 13. Организация здравоохранения и общественное здоровье

Корнилова Н.Н., Филиппова С.И., Милашина А.А.

Причины демографических проблем глазами женщин

ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»

В современном постоянно меняющемся беспокойном мире существует огромное количество проблем, таких как войны, преодоление отсталости развивающихся стран, продовольственная и энергетическая, экологическая проблемы, ликвидация особых опасных инфекций и конечно особое место среди них занимает демографическая проблема. Она вытекает из всех создавшихся глобальных проблем человечества. Демографические проблемы известны всем странам земного шара как наиболее значимые. О них сегодня говорят во всех средствах массовой информации журналисты, пишут довольно известные ученые и писатели, политические деятели, известные молодежные блогеры. Резко возросла актуальность данной проблемы, а в нашей стране достигла критического уровня и требует всевозможных исследований, изучений причин, принятия мер поддержки рождаемости, чтобы выйти из создавшегося положения. Поэтому на сегодняшний день актуальным остается вопрос изучения причин нежелания рождения детей у молодого поколения, а также у женщин зрелого репродуктивного возраста.

Цель исследования – проанализировать сложившуюся демографическую ситуацию в Российской Федерации, в частности в Ульяновской области, определить основные причины отказа женщин репродуктивного возраста от деторождения и предложить практические рекомендации, способствующие решению демографической проблемы.

В исследовании принимали участие 50 женщин различного возраста, образования, материального положения и достатка, проживающих на территории Ульяновской области. Использовались следующие методы иссле-

дования: теоретический (анализ), количественный (опрос и анкетирование), статистический.

Современная демографическая ситуация в Ульяновской области показала (по результатам Росстата), что за 2023 год рождаемость составила 8 243 человек, а смертность – 15 152 человека, естественная убыль составила 6 909 человек. Надо отметить, что такая противоестественная убыль населения ведет к сокращению численности постоянного населения области и другим неблагоприятным демографическим явлениям в области.

В результате исследования выявили, что среди основных причин отказа женщин репродуктивного возраста к деторождению отмечаются разные предпосылки. Женщины от 18 до 25 лет желают получить образование, престижную высокооплачиваемую работу, материальный достаток и не стремятся к рождению детей. Женщины от 26 до 35 лет среди основных причин отмечают проблемы со здоровьем и отсутствие надежного партнера для рождения детей. Женщины от 36 до 45 лет отметили, что имеют детей и больше не планируют в силу своего немолодого возраста.

Таким образом, для того чтобы предлагать практические рекомендации по улучшению демографической ситуации в Ульяновской области и в целом по РФ, необходимо в первую очередь учитывать возрастные потребности женщин. Как показало исследование, молодым семьям необходима в первую очередь материальная поддержка от государства, семьям более зрелого возраста необходима медицинская поддержка, решение проблем со здоровьем, повышение качества медицинского обслуживания для дальнейшего повышения деторождения.

Большое количество мер поддержки предлагает Ульяновская область, но эффективность этих мероприятий остается явно недостаточной, что показывает необходимость проведения активной региональной демографической политики.

Верушкина А.С.^{1,2}, Горбунов В.И.¹, Французов Д.С.¹, Кузьмина А.А.¹

Направления повышения эффективности медицинской организации

¹ ГУЗ «Городская клиническая больница святого апостола Андрея Первозванного»;

² ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»

Актуальность. Общественное здоровье – важнейшая составляющая, характеризующая уровень развития государства, его демографический и, соответственно, трудовой потенциал. На страже сохранения, укрепления, восстановления здоровья – система здравоохранения, эффективность функционирования которой обусловлена эффективностью деятельности медицинских организаций. Специфика финансирования медицинских организаций, сохраняющийся недостаточный объем финансирования из государственных фондов и необходимость разработки мер по решению объективно существующих проблем функционирования учреждений определяют дальнейший поиск путей и направлений повышения эффективности деятельности медицинских организаций.

Цель работы состояла в определении направлений повышения эффективности медицинской организации на примере ГУЗ «Городская клиническая больница святого апостола Андрея Первозванного». При выполнении работы были использованы методы исследования: аналитический, статистический, математический, графический методы обработки и предоставления информации, а также сравнительно-экономический анализ.

Результаты. Объект исследования представляет собой крупный уникальный объединенный больничный комплекс, специализирующийся на оказании медицинской помощи населению города Ульяновска и Ульяновской области (в том числе высокотехнологичной) более чем по 36 профилям в амбулаторных, стационарных условиях и условиях дневного стационара. Мощность учреждения составляет 1 286 посещений в смену по амбулаторно-поликлиническому блоку; 375 коек круглосуточного стационара и 114 коек дневного стационара. В ходе анализа эффективности ГУЗ «Городская клиническая больница святого апостола Андрея Первозванного» были рассмотрены и оценены основные направления деятельности с позиций эффективности использования организацией ресурсов для повышения качества лечебно-диагностических процессов, совершенствования системы

управления медицинской организацией: финансовая устойчивость учреждения (основные фонды, материальные, денежные ресурсы), кадровое обеспечение (кадровые ресурсы), организация контроля качества в учреждении, разработка и внедрение проектов (интеллектуальные ресурсы). Путем соотношения доходов и расходов учреждения был рассчитан коэффициент финансовой устойчивости, по итогам 2022 года он составил 1,06 (2021 год – 1,06), что свидетельствует об относительно устойчивом положении учреждения по данным оценки. Однако анализ доходов и расходов учреждения в динамике последних 3-х лет показывает, что не исключены риски снижения коэффициента финансовой устойчивости ввиду отсутствия роста доходной части при сохранении на прежнем уровне расходов. Исходя из выявленных в ходе анализа деятельности проблем, выделены в качестве направлений повышения эффективности ГУЗ «Городская клиническая больница святого апостола Андрея Первозванного» следующие: 1. Повышение финансовой устойчивости медицинской организации путем наращивания доходной части бюджета. 2. Улучшение системы управления кадровым обеспечением. 3. Развитие проектной деятельности (разработка и внедрение новых проектов в работу учреждения). 4. Совершенствование процессов по управлению качеством и безопасностью медицинской деятельности. По каждому направлению повышения эффективности медицинской организации предложены мероприятия.

Выводы. На основании выделенных направлений по повышению эффективности ГУЗ «Городская клиническая больница святого апостола Андрея Первозванного» руководством учреждения разработан проект «дорожной карты» мероприятий по повышению эффективности учреждения, содержащий перечень мероприятий по каждому направлению повышения эффективности со сроками реализации и планируемым результатом. Следование указанным рекомендациям, несомненно, повысит эффективность медицинской организации, что позволит учреждению осуществлять функционирование в условиях достаточности ресурсов, повысит доверие пациентов, сотрудников и контрагентов. Все это будет способствовать достижению главной и основной цели организации – обеспечению населения качественной, безопасной и доступной медицинской помощью.

Бакумцева Н.Н, Соломянная Н.О., Гусейнова Ч.А.

Анализ больничной летальности от острого нарушения мозгового кровообращения в ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска» в зависимости от удаленности («плечо доставки») прикрепленных районов к первичному сосудистому отделению

ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска»

ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска» участвует в реализации мероприятий по совершенствованию оказания медицинской помощи пациентам с острым нарушением мозгового кровообращения (далее – ОНМК) с 2009 года, когда в структуре круглосуточного стационара было создано неврологическое отделение для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения (далее – ПСО ОНМК) конечной мощностью 30 коек (в т.ч. 6 коек реанимации). Основным нормативным документом, регламентирующим организацию работы ПСО, является Приказ Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г. № 928н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения» (Зарегистрировано в Минюсте России 27.02.2013 № 27353). Приказом определен норматив расчета численности прикрепленного взрослого населения к одному ПСО: 30 коек на 150 тысяч взрослого населения. Распоряжением Министерства здравоохранения Ульяновской области от 31.01.2023 № 115-р «О совершенствовании оказания медицинской помощи пациентам с острыми нарушениями мозгового кровообращения на территории Ульяновской области» зонами ответственности ПСО ОНМК ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска» установлены следующие муниципальные образования: Заволжский район г. Ульяновска, Чердаклинский, Старомайнский, Мелекесский и Новомалыклинский районы области, г. Димитровград общей численностью прикрепленного взрослого населения 350,6 тыс. чел. Максимальная удаленность населенных пунктов зон прикрепления от ПСО ОНМК ГУЗ ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска» составляет 125 км.

Проведен анализ показателей больничной летальности от ОНМК в зависимости от удаленности («плечо доставки») прикрепленных районов к первичному сосудистому отделению. Так, всего за 2023 год в ПСО ОНМК ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска» было госпитализировано 1 182 чел. с направительным диагнозом «острое нарушение мозгового кровообращения», в том числе из «дальних» районов зоны прикрепления (г. Димитровград, Мелекесский и Новомалыклинский районы) – 287 человек; умерли 74 чел., больничная летальность составила 26% (при целевом показателе 19,3%, утвержденном Минздравом РФ). Из числа умерших на долю лиц, скончавшихся в течение первых суток с момента госпитализации, приходится 16% (12 чел.). Для сравнения: в группе пациентов зоны прикрепления, попадающей в «терапевтическое окно» (Заволжский район г. Ульяновска, Чердаклинский и Старомайнский районы), больничная летальность составила 13,8%.

Таким образом, проведенный анализ свидетельствует о том, что именно территориальная удаленность г. Димитровграда, Мелекесского и Новомалыклинского районов является тем существенным фактором, который напрямую определяет показатель госпитальных потерь от ОНМК, в два раза превышая аналогичный по «ближним» районам зоны прикрепления.

Данный вывод полностью коррелируется с результатами многочисленных исследований экономически развитых стран мира – Simonsen et al. 2009 года (Дания, Копенгаген), Mosley et al. (Австралия, Мельбурн) и др.: помощь при инсульте должна быть экстренной с минимизацией задержек при транспортировке – временные затраты на транспортировку (от момента получения вызова на диспетчерский пункт до прибытия в инсультный центр) в интервале от 41 до 44-х минут обеспечивают соблюдение требований «терапевтического окна» (концепция «Время – мозг»; общее время от момента появления первых признаков заболевания до госпитализации – не более 4-х часов).

Очевидно, что для обеспечения равных возможностей доступности качественной специализированной медицинской помощи целесообразно рассмотрение вопроса об открытии первичного сосудистого отделения, отвечающего требованиям действующего законодательства, в том числе в части соблюдения «терапевтического окна» доставки пациента. Решением

вопроса может обсуждаться возможность открытия первичного сосудистого отделения в г. Дмитровграде на базе ФГБУ ФНКЦ ФМБА России с прикреплением близлежащих районов (Мелекесского и Новомалыклинского), что полностью соответствует Приказу МЗ РФ от 15 ноября 2012 г. № 928н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения». Это позволит объективно снизить госпитальную летальность и показатели смертности и инвалидизации населения, особенно трудоспособного возраста.

Верушкина А.С.^{1,2}, Горбунов В.И.¹, Французов Д.С.¹, Кузьмина А.А.¹

Эффективность реализации проекта по организации отделения неотложной медицинской помощи детям

¹ ГУЗ «Городская клиническая больница святого апостола Андрея Первозванного»;

² ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»

Актуальность. В 2016 году на Петербургском международном экономическом форуме Президент РФ В.В. Путин выступил с инициативой о внедрении проектного подхода для эффективной реализации ключевых направлений государственной политики. Глава государства указал: «Задачи, которые стоят перед нами, требуют и новых подходов к управлению развитием, и здесь мы намерены активно использовать проектный принцип». ГУЗ «ГКБ св. ап. Андрея Первозванного» успешно использует проектную деятельность. Помимо участия в четырех федеральных проектах национального проекта «Здравоохранение», в медицинской организации разрабатываются и реализуются проекты, направленные на повышение качества и доступности медицинской помощи населению, сбережение кадров, внедрение новых форм, видов, профилей оказания медицинской помощи.

Цель работы состояла в изучении эффективности внедрения проекта по организации отделения неотложной медицинской помощи в структуре детской поликлиники ГУЗ «ГКБ св. ап. Андрея Первозванного». При выполнении работы были использованы методы исследования: аналитический,

статистический, математический, графический методы обработки и предоставления информации, а также сравнительно-экономический анализ.

Результаты. В рамках реализации проекта на базе детского поликлинического отделения № 1 организовано отделение неотложной медицинской помощи, основную структуру которого составили 4 кабинета врачей-педиатров для приема детей с внезапными острыми заболеваниями или с обострением хронических. Обслуживание вызовов на дому возложено на обученных фельдшеров. Отделение имеет отдельный вход, что позволяет разводить потоки здоровых и больных посетителей. Пациенты могут обращаться в отделение неотложной помощи самостоятельно, по рекомендации дежурного администратора или сотрудника регистратуры. По показаниям выдается листок нетрудоспособности. Ожидание посетителей в очереди – не более часа. При необходимости привлекаются врачи-специалисты, проводится лабораторная экспресс-диагностика. Вызовы на дом принимаются опытным средним медицинским работником. Во время разговора он оперативно оценивает состояние ребенка и решает, нет ли необходимости передавать вызов на подстанцию скорой медпомощи. Определяет, направить фельдшера к ребенку домой или попросить пациента самостоятельно прийти в кабинет неотложной помощи. Внедрение данной практики позволило значимо разгрузить врачей-педиатров участковых и освободить их от необоснованных вызовов на дом, теперь доктора практически не занимаются обслуживанием вызовов на дому (исключения – патронажи и сложные случаи). При этом достигли увеличения ежедневного времени приема в поликлинике врачами-педиатрами участковыми по предварительной записи, что добавило время ценности на приеме пациентов врачом. Участковый педиатр задействован в основном на профилактических приемах по медосмотрам, вакцинации, диспансерному наблюдению за пациентами с хронической патологией.

Выводы. Реализация проекта по организации отделения неотложной помощи представила собой эффективное управленческое решение, эффективность реализации которого можно разделить на медицинскую, социальную и экономическую. Медицинская – в том, что сократилась продолжительность заболевания, частота осложнений, назначение антибиотикотерапии стало более обоснованным. Социальная – в уменьшении длительности пребывания родителей на листе временной нетрудоспособности,

увеличении доступности оказания медицинской помощи (ребенку в течение часа в отделении неотложной помощи проводится обследование и назначается лечение). Экономическая эффективность состоит в том, что за один час врач-педиатр в поликлинике может принять 5–6 пациентов по неотложной помощи, в то время как на дому он бы принял 1–2 пациентов. Тариф неотложной помощи в поликлинике или на дому практически одинаков для фельдшеров и врачей (разница 163,94 руб.). Но зарплата фельдшеров почти в 2 раза ниже, чем у врачей, а они обслуживают больше половины всех вызовов. При этом, экономическая эффективность реализации проекта «Организация отделения неотложной медицинской помощи детям» составила 3 023 544,43 руб. в год.

Фирсов П.А., Соломянная Н.О., Дементьев И.Н.

Организация работы центра амбулаторной онкологической помощи в ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска»

ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска»

Одно из важных направлений нацпроекта «Здравоохранение» – повышение доступности оказания медицинской помощи пациентам с онкозаболеваниями. Ключевым направлением в повышении ранней выявляемости и диагностики онкологических заболеваний является организация центров амбулаторной онкологической помощи. В ноябре 2022 года на базе поликлиники по обслуживанию взрослого населения по адресу: ул. Оренбургская, 27 – открыт Центр амбулаторной онкологической помощи (далее – ЦАОП) для оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара взрослым жителям микрорайонов Верхняя и Нижняя терраса города Ульяновска, Старомайнского, Тереньгульского, Чердаклинского, Мелекесского районов Ульяновской области. С целью открытия ЦАОП были реализованы следующие мероприятия: проведен ремонт помещения, обучение персонала, выполнено оснащение необходимым оборудованием, создана

нормативно-правовая база, организована информационная кампания. Функционально и технологически с ЦАОП объединены кабинеты рентгеновского и эндоскопического отделений, отделений ультразвуковой и функциональной диагностики, клиничко-диагностическая лаборатория. Обеспечена возможность проведения консультаций пациентов врачами-специалистами по профилям «акушерство и гинекология», «дерматовенерология», «кардиология», «колопроктология», «медицинская реабилитация», «неврология», «оториноларингология», «паллиативная медицинская помощь», «пульмонология», «терапия», «урология», «хирургия», «эндокринология». Структура, штатная численность, оснащение ЦАОП определены с учетом рекомендуемых нормативов, предусмотренных приложениями к Порядку оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология», утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 915н. В ЦАОП работают 3 врача-онколога, диагностика состояния здоровья пациентов проводится на современном медицинском оборудовании, поставленном по программе модернизации первичного звена здравоохранения (эндоскопическая система, видеогастроскоп, видеоколоноскоп, цифровые рентгеновский аппарат и маммограф, система ультразвуковой визуализации).

Основными функциями ЦАОП являются диагностика онкологических заболеваний, направление больных с онкологическими заболеваниями в онкологический диспансер на взятие биопсийного (операционного) материала, проведение противоопухолевой лекарственной терапии, осуществление оценки эффективности и переносимости проводимого лечения, оказание паллиативной помощи, включая назначение противоболевой терапии, осуществление диспансерного наблюдения, участие в оформлении медицинской документации больных со злокачественными новообразованиями для направления на медико-социальную экспертизу и др.

Сотрудники ЦАОП получили возможность отслеживать пациента на всем его пути – от момента подозрения на онкологическое заболевание. Поэтому особое внимание уделено их включению в единую информационную систему региональной медицинской службы. Кроме этого, специалисты имеют доступ к рубриктору клинических рекомендаций, классификатору МКБ и др. справочникам. Работа ЦАОП предусмотрена в течение всего рабочего дня поликлиники и в субботу. Организация записи на при-

ем, распределение потоков пациентов и создание условий для оказания медицинской помощи в ЦАОП осуществляются с учетом принципов «Бережливой поликлиники». Так, при записи на прием обеспечено использование инфоматов, колл-центров, портала ГОСУСЛУГИ, а также запись непосредственно лечащим врачом при проведении приема пациента, с использованием региональной медицинской информационной системы. Таким образом, доля записей в ЦАОП, произведенных без посещения регистратуры, составляет 95%. Для пациентов с подозрением на ЗНО при проведении обследования применяется принцип «зеленого коридора», т.е. обеспечено проведение полного объема диагностических исследований (в соответствии с клиническими рекомендациями) в сроки, установленные Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в соответствии с которой сроки проведения диагностических инструментальных и лабораторных исследований в случае подозрения на онкологические заболевания не должны превышать 7 рабочих дней со дня назначения исследований.

В ЦАОП ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска» с начала его работы обратилось 4 516 человек, выявлено 483 новых случая онкозаболеваний. Под наблюдением состоит 2 856 человек, из них паллиативных – 81, с четвертой клинической группой – 461 человек. Выполнено 2 700 ультразвуковых исследований, 1 260 эндоскопических и 3 652 рентгенологических (КТ) исследований. Дневной стационар ЦАОП в 2023 году функционировал на 13 коек, пролечено 837 пациентов, из них в возрасте старше трудоспособного – 595 человек (71%). По результатам первого года работы ЦАОП увеличен годовой план случаев лечения до 1014, мощность дневного стационара увеличена до 22 коек. Оценены показатели мониторинга реализации мероприятий по снижению смертности от основных причин: доля ЗНО, выявленных на I-II стадиях, составила 56,5%, что на 1% выше целевого значения.

Создание и функционирование ЦАОП – это большая междисциплинарная задача для всех специалистов, работающих в сфере охраны здоровья. ЦАОП решает задачи сокращения сроков проведения диагностики до начала лечения, повышение его доступности, приближение возможности проведения химиотерапии к месту жительства пациента, а также предоставление реабилитации онкологическим больным.

Рекина Е.Л.¹, Исаева И.Н.², Возженникова Г.В.²

Актуальность и эффективность раннего выявления социально значимых заболеваний при диспансеризации взрослого населения

¹ ГУЗ «Городская поликлиника № 6»;

² ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»

Актуальность. В структуре причин смертности населения Российской Федерации ведущие места занимают сердечно-сосудистые заболевания и злокачественные новообразования, в связи с чем раннее выявление и снижение смертности от этих заболеваний является одним из критериев эффективности диспансеризации.

Цель исследования – изучить результативность диспансеризации взрослого населения за 2019–2023 гг. в отношении раннего выявления социально значимых заболеваний с целью совершенствования диагностики, дифференцированной технологии профилактического консультирования в процессе выявления и диспансерного наблюдения пациентов в структурах первичной медико-санитарной помощи.

Материал и методы. В анализ включены обобщенные результаты диспансеризации определенных групп взрослого населения, прикрепленного к ГУЗ «Городская поликлиника № 6» за 2019–2023 гг.

Результаты. Проведен анализ диспансеризации в ГУЗ «Городская поликлиника № 6» с 2019 по 2023 год. Всего осмотру подлежало в 2019 году 9 967 человек, в 2022 году 12 878 человек, в 2023 году – 16 677 человек. Первый этап диспансеризации включает в себя скрининг с целью выявления признаков хронических неинфекционных заболеваний и факторов риска их развития. Второй этап – более тщательное обследование с привлечением узких специалистов с целью уточнения и подтверждения заболеваний, выявленных на первом этапе. На первом этапе в 2023 году было обследовано 100% подлежащих диспансеризации. Прошли второй этап диспансеризации в 2023 году 4 184 человека (25%), что на 1,5% выше чем в 2022 году (2 971 человек) и на 16,8% выше, чем в 2021 году (475 человек). По сравнению с предыдущим годом увеличилось число выявленных заболеваний: онкология, артериальная гипертензия, сахарный диабет. Увеличилась выявляемость злокачественных

новообразований при профилактических осмотрах и диспансеризации до 32,8%, в том числе на 1-2 стадиях опухолевого процесса. За последние 2 года на 74% увеличилось число лиц, имеющих два и более фактора риска здоровья. Среди них отмечается увеличение модифицируемых факторов: курение, ожирение, гиперхолестеринемия, гиподинамия, употребление алкоголя.

Анализируя показатель заболеваемости, можно отметить его снижение на 33,6% в 2023 году (383,5 на 1000 населения) по сравнению с 2022 годом (577,9 на 1000 населения). Отмечается рост показателей болезненности за счет болезней системы кровообращения, органов дыхания, снижение в классе болезней органов пищеварения.

За последние два года показатель общей смертности снизился с 11,8 на 1000 населения в 2022 году до 9,54 на 1000 населения в 2023 году. За этот же период отмечается снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний на 11,8%, от злокачественных новообразований – на 10,3%.

Выводы. Таким образом, проводимая диспансеризация в ГУЗ «Городская поликлиника № 6» показывает свою эффективность. В 2023 году план по дополнительной и углубленной диспансеризации выполнен на 100%.

Полученные данные могут быть использованы для совершенствования дифференцированной технологии углубленного профилактического консультирования в процессе выявления и диспансерного наблюдения пациентов с социально значимыми заболеваниями в структурах первичной медико-санитарной помощи.

Воробьева Л.В., Хапман М.Э.

Организация рекрутингового центра в Федеральном регистре доноров костного мозга и (или) гемопоэтических стволовых клеток на базе ГУЗ «Ульяновская областная станция переливания крови»

ГУЗ «Ульяновская областная станция переливания крови»

Актуальность. Ежегодно более 29 тысяч человек в России заболевают болезнями системы крови, из них 1/5 пациентов ежегодно нуждаются в

трансплантации гемопоэтических стволовых клеток от донора. В настоящее время трансплантация костного мозга (КМ) и гемопоэтических стволовых клеток (ГСК) периферической крови один из эффективных методов лечения злокачественных заболеваний крови и тяжелых состояний, вызванных угнетением костного мозга облучением, химиотерапией или действием токсичных веществ. К нему прибегают тогда, когда стандартная химиолучевая терапия и операции недостаточно эффективны и добиться ремиссии заболевания другими путями нельзя. В этом случае неправильно работающий костный мозг заменяют донорским, что дает начало новому, здоровому кроветворению и позволяет пациенту выздороветь.

По статистике, только 15–20% пациентов с перечисленными заболеваниями находится совместимый по HLA-системе донор в семье. В случае несовпадения или отсутствия родственного донора приходится искать неродственного. Шанс найти человека с подходящим генотипом примерно 1:10 000.

С 01.09.2022 года в рамках исполнения Постановления Правительства Российской Федерации от 12.04.2022 г. № 640 оператором Федерального регистра назначено Федеральное медико-биологическое агентство России. Применение Федерального регистра в настоящее время осуществляется 213 медицинскими учреждениями, расположенными во всех регионах Российской Федерации.

Методы исследования. ГУЗ «Ульяновская областная станция переливания крови» (ГУЗ УОСПК) вошла в программу развития донорства костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток в качестве рекрутингового центра в сентябре 2022 года. ГУЗ УОСПК поставляет информацию о потенциальных донорах в Федеральный регистр. Задачами рекрутингового центра являются:

- информирование лиц, изъявивших намерение стать донорами КМ и (или) ГСК, по вопросам донорства, противопоказаниям и особенностям процедуры донации посредством общения, лекций, акций;

- анкетирование указанных лиц о здоровье и подписание информированных добровольных согласий на вступление в Федеральный регистр, на обработку персональных данных, разрешенных для распространения, на медицинское вмешательство;

– обработка заявлений на включение в регистр, поданных через личный кабинет в федеральной государственной информационной системе «Единый портал государственных и муниципальных услуг(функций)» (ЕПГУ), с заполнением электронной формы заявлений или при очном обращении в рекрутинговый центр ГУЗ УОСПК с паспортом и СНИЛС;

– внесение информации (персональные данные, адрес места жительства, контактные данные) о лицах, изъявивших намерение стать донорами КМ и (или) ГСК в Федеральный регистр;

– актуализация информации о донорах в целях их активации;

– медицинское обследование врачом-трансфузиологом с целью выявления абсолютных медицинских противопоказаний к донорству КМ и (или) ГСК;

– забор биологических образцов (венозная кровь) в одноразовые пробирки с ЭДТА в объеме 4 мл, их маркировка и регистрация в Федеральном регистре, временное хранение при температуре не выше -18°C и последующая их отправка в специальном термоконтейнере с хладоэлементом курьером транспортной компании на НЛА – типирование в типизирующую лабораторию ФГБУН «Кировский научно-исследовательский институт гематологии и переливания крови ФМБА».

Результаты. По итогам 2022–2023 гг. посредством ЕПГУ было подано порядка 600 электронных заявлений, которые были обработаны сотрудниками ГУЗ УОСПК. Граждане, не имеющие абсолютные противопоказания к донорству КМ и (или) ГСК в автоматизированной информационной системе трансфузиологии и по данным регионального сегмента медицинской информационной системы, посредством телефонной связи приглашены в рекрутинговый центр. Всего в результате работы сотрудников, акций, проведенных совместно с Ульяновским региональным отделением ООО «Российский красный крест», была занесена информация и направлены образцы крови от 273 потенциальных доноров Ульяновского региона.

Заключение. В программу развития донорства костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток в настоящее время включены все регионы страны. Общее количество рекрутинговых центров насчитывает 132 организации. Число записей о донорах костного мозга, включенных в Федеральный регистр, составляет 321 741. Ближайшая цель Федерального

регистра – привлечь 500 000 доноров, что позволит отказаться от обращения к зарубежным регистрам.

Также важна необходимость активизации работы по информированию и пропаганде донорства костного мозга с привлечением некоммерческих, общественных, волонтерских организаций. В этом направлении будет продолжена работа. Для пациента, нуждающегося в трансплантации костного мозга, наиболее результативен поиск неродственного донора в том регионе, где он проживает. Поэтому важно участие в социальной миссии донорства жителей каждого региона страны.

Горбунов В.И., Возженникова Г.В., Камардин С.В., Сухих С.С.

Врач-хирург Поленов А.Л. в Симбирске: диапазон хирургической деятельности

ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»

Имя профессора Андрея Львовича Поленова – русского учёного-хирурга, основоположника отечественной травматологии и нейрохирургии, создателя первого в мире института нейрохирургии, действительного члена АМН СССР золотыми буквами вписано в историю отечественной и мировой науки, однако истоки его творчества заложены в провинции.

Окончив с отличием военно-медицинскую академию в 1896 году, военный врач Поленов А.Л. был назначен в полк, военный лазарет в г. Орел. С первых же дней службы здесь он «проникся любовью к научно-исследовательской работе» и не оставлял её до последних лет жизни. Работая в последующем в Кронштадском морском госпитале, Поленов А.Л. проводит научные исследования и в 1901 году блестяще защищает докторскую диссертацию на тему «Симпатэктомия. Влияние этой операции на экспериментальную эпилепсию животных». В 1904 году А.Л. Поленова отправляют в заграничную командировку во Францию и Швейцарию, где он посещает клиники, знакомится с новейшими достижениями терапии, с оборудованием специализированных кабинетов по долечиванию опериро-

ванных больных, слушает лекции классиков хирургии, ассистирует при проведении операций в их клиниках.

Эта деятельность наложила на молодого доктора неизгладимый отпечаток и сделала его на всю жизнь поклонником французской школы, которая легла в основу его дальнейшей научно-практической деятельности в области хирургии. В связи с началом войны с Японией А.Л. Поленов был отозван из командировки для вступления в должность хирурга Кронштадтского морского госпиталя.

Обогащенный новыми знаниями, Андрей Львович воплотил наиболее важные идеи в практическую деятельность госпиталя, в котором он руководил крупным хирургическим отделением. За период с 1905 по 1910 гг. им был сделан ряд докладов в научных обществах, опубликованы статьи в различных журналах. Итогом его работы стала полная реорганизация всей хирургической работы в госпитале на основе внедрения в практику новейших методов обследования, обезболивания и лечения.

Годы работы в Кронштадтском военном госпитале были годами формирования А.Л. Поленова как врача, организатора, клинициста, новатора.

В 1911 году после смерти главного врача Исаева В.И. обстановка в госпитале резко ухудшилась. Поленов А.Л. не мог мириться с подобным положением и подал рапорт об увольнении с военной службы.

Трудно было Андрею Львовичу расставаться с Кронштадтом, с товарищами по хирургическому отделению госпиталя, где он прослужил почти 12 лет. В январе 1911 года Поленов по конкурсу избирается старшим врачом Симбирской губернской земской больницы.

Левое крыло земства, наиболее прогрессивная часть гласных (депутатов Губернского собрания), считая больницу ведущим лечебным учреждением, находило, что она «должна удовлетворять требованиям науки, в известных случаях заменить клинику, и чтобы население уездов могло обращаться в неё за специальной помощью». Такая мотивировка приводилась в докладе губернской управы собранию гласных, поставив вопрос о выборе старшим врачом лица, имеющего учёную степень, зарекомендовавшего себя крупным специалистом, чтобы он в больнице мог быть «настоящим хозяином»: таким требованиям отвечала кандидатура доктора Поленова. На него и пал выбор губернского земского собрания. А.Л. Поле-

нов к этому времени прибыл в Симбирск и был представлен управой губернскому земскому собранию на сессии в январе 1911 года.

Застав больницу в очень запущенном состоянии, А.Л. Поленов с огромной энергией приступил к коренной её реорганизации. Хирург по специальности, он оказался талантливым организатором. По его планам и под его личным руководством больница была капитально перестроена, расширена и заново оснащена по образцу передовых клинических научных учреждений. При ней были построены здания клинической лаборатории, прозекторской, открыто глазное отделение, организовано лечение электричеством (гальванизация, фарадизация, электростатические ванны, электрический ветер), лучами Рентгена, введено лечение вибрационным массажем.

Диапазон хирургической деятельности А.Л. Поленова был велик. Он и его ученики оперировали на всех органах человеческого тела (кроме сердца). Уже тогда производились операции по наложению желудочно-кишечного соустья, вшиванию мочеточников в прямую кишку, резекция прямой кишки при раке, трепанация черепа при травмах и кровоизлияниях, операции на грудной клетке, костях конечностей. А.Л. Поленовым были предложены новые методики в хирургии: аппендэктомия специальным инструментом энтеротрибом, свободная пересадка жира из ягодиц в костные полости при секвестрэктомии, свободная костная пластика, гвозди и скобки при лечении осложнённых переломов. В больнице был создан первый виварий, где врачи производили эксперименты. А.Л. Поленов и врач М.И. Ладыгин, изучая вопрос об использовании жира в качестве кровоостанавливающего средства, произвели серию опытов на кроликах, после чего они стали применять жировую клетчатку при ранениях печени, почек, лёгких у людей.

При А.Л. Поленове в отделении начали делать операции на щитовидной железе и производить хирургическую обработку при проникающих ранениях черепа. Трепанации черепа осуществляли и при кровоизлияниях в мозг. Впервые были успешно выполнены операционные вмешательства при ранениях сердца и лёгких, а также по поводу абсцесса лёгкого. В течение 1912–1913 гг. в отделении под руководством А.Л. Поленова было выполнено огромное количество операций на конечностях как вследствие травм, так и при заболеваниях костей и суставов. При секвестрэктомии А.Л. Поленов применял свободную пластику жира из ягодичной области в

костные полости. При лечении заболевания конечностей им накладывались костные швы, стержень Штейнмана, производились остеопластические операции по Н.И. Пирогову, свободная пластика костей. В отделении применялись неподвижные повязки, корсеты, гипсовые кровати для больных туберкулёзом позвоночника. Для лечения осложнённых переломов со значительными смещениями костных обломков А.Л. Поленов использовал скобки с 4 ножками, изготовленные по его чертежам.

В Симбирской земской больнице А.Л. Поленов впервые стал заниматься костной хирургией (как он её называл).

Оперативные вмешательства в больнице, как правило, производили под общим обезболиванием, чаще всего применяли хлороформ, однако с приходом А.Л. Поленова стал применяться внутривенный гедоналовый наркоз. Небольшие операции в отделении выполнялись под местным обезболиванием с помощью кокаина или хлорэтила.

А.Л. Поленов налаживает в Симбирской больнице и экспериментальную работу. Создаётся виварий с чистой операционной и специальной клиникой для содержания животных. Врачи отделения по предложению А.Л. Поленова широко использовали экспериментальную операционную для решения многих клинических вопросов.

Одновременно А.Л. Поленов возглавил и фельдшерскую школу. По положению тех лет, земская фельдшерская школа находилась при губернской земской больнице, и старший врач больницы был её директором. Здесь доктор Поленов со своими коллегами произвёл огромную реорганизацию, направленную на улучшение подготовки средних медицинских кадров: были привлечены новые преподаватели, заново переработан учебный план и расширена программа обучения.

Наряду с напряжённой организационной, лечебной и педагогической деятельностью А.Л. Поленов не забывает и о научной работе. Под его председательством оживает и развивается научная деятельность общества симбирских врачей, продолжается связь с академическим миром, он ежегодно выезжает в Петербург для чтения лекций своего приват-доцентского курса.

Особо надо отметить научные конференции врачей, проводимые Поленовым в строго регламентированное время, один раз в месяц. Эти «Поленовские конференции» были очень популярны в городе, и в губернии. Тематика конференций отвечала требованиям жизни, задачам врачебной практи-

ки, а потому они были разнообразны и интересны. Кроме специальных научных сообщений на конференциях, демонстрировались больные, рентгенограммы, цветные фотографии, изготавливаемые лабораторией больницы. В научную работу больницы был вовлечён весь врачебный коллектив. С августа 1911 г. труды конференции стали печататься отдельными книжками «Труды Симбирской Губернской земской больницы» один раз в месяц.

Андрей Львович Поленов проработал в Симбирске более трёх лет, с 1911 по 1914 гг., впитав все лучшие традиции земской медицины и оставив в истории здравоохранения Симбирского края и губернской земской больницы (ныне Ульяновская областная больница) неизгладимый след, показав себя замечательным хирургом, новатором, талантливым организатором и зрелым учёным.

Горбунов В.И.¹, Кощеев С.П.², Рогова Ю.Ю.², Исаева И.Н.¹

Дело Е.М. Чучкалова продолжается

ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»

ГУЗ «Ульяновский областной клинический центр специализированных видов медицинской помощи имени заслуженного врача России Е.М. Чучкалова»

Значимость исторических событий оценит время. Пять лет назад прогрессивное медицинское сообщество нашего региона отмечало 100-летний юбилей со дня рождения заслуженного врача России, Почётного гражданина г. Ульяновска, много лет возглавлявшего областную больницу № 2 кандидата медицинских наук Чучкалова Евгения Михайловича. Была проведена масштабная научная конференция, издана монография «Врач, учёный, организатор», его имя присвоено областному клиническому центру специализированных видов медицинской помощи и областному социально-реабилитационному центру в с. Ундоры. Учреждена стипендия его имени студентам медицинского факультета. Обновлена экспозиция в музее областного госпиталя ветеранов войн.

Прошло 105 лет со дня рождения, 18 лет со дня смерти врача, учёного, организатора, а дела, начало которым положил Евгений Михайлович, живут и развиваются.

Успешно функционируют санатории имени В.И. Ленина и «Дубки», Ульяновский областной социально-реабилитационный центр в Ундоровской курортной зоне. Здесь используется минеральная вода «Волжанка», полезность которой доказал благодарным потомкам Е.М. Чучкалов. Он дал научное обоснование применения Ундоровской минеральной воды, защитив кандидатскую диссертацию. Круглосуточно продолжается разлив минеральной воды «Волжанка» на заводе.

Областная больница № 2, которую 32 года возглавлял Евгений Михайлович, превратилась в современный Ульяновский областной клинический центр специализированных видов медицинской помощи.

Много лет тому назад, в 1979 году Е.М. Чучкалов произвел первую в области эндоскопию. Сегодня сформирована мощная эндоскопическая служба, причём не только диагностического, но и лечебно-хирургического профиля. Выделилась детская эндоскопическая служба, эндоскопический метод занял достойное место в практике хирургов, онкологов, оториноларингологов, урологов и врачей других специальностей.

Характерной чертой Е.М. Чучкалова была тяга к новаторству, инициативе.

Работая врачом оториноларингологом в областной больнице № 1, он овладел операциями на придаточных пазухах носа, на гортани, впервые в области внедрил операцию на ухе (искусственная барабанная перепонка – тимпанопластика, 1957 г.), создал первый с Советском союзе прибор для пневмомассажа барабанной перепонки, который впоследствии стал выпускаться медицинской промышленностью, предложил полуавтоматическую иглу для ушивания при кровотечении дужек после удаления миндалин, предложил аэроионотерапию с помощью гидроионизатора (1959 г.).

В областной больнице № 2, где он стал главным врачом, Евгений Михайлович открывает ЛОР кабинет, в котором обследовал и лечил больных такого профиля прикрепленного контингента.

Коллектив больницы, продолжая традиции Е.М. Чучкалова, активно внедряет новые, прогрессивные, наукоемкие методы лечения заболеваний и травм по всем профилям оказания медицинской помощи, является одним

из основных многопрофильных медицинских учреждений, оказывающих экстренную и плановую специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь более чем 20 000 человек взрослого населения ежегодно.

С 2012 года в больнице оказывается высокотехнологичная медицинская помощь (ВМП). В 2012 году выполнено 48 оперативных вмешательств по эндопротезированию тазобедренного сустава. За полные 12 лет истории оказания ВМП в учреждении количество операций выросло с 48 в 2012 году до 1 109 в 2023 году, с одного профиля ВМП до шести. В практику внедрены высокотехнологичные операции на коленном, тазобедренном и голеностопном суставах, при травмах и заболеваниях позвоночника, при наличии дефектов костей черепа, освоены операции на женских половых и мочевыводящих органах, при наличии эпителиального копчикового хода и кисты.

Активно развивается бариатрическая хирургия (лапароскопическая резекция желудка), направленная на снижение избыточного веса. В 2023 году выполнено 115 таких операций. Выполняются операции абдоминопластики – удаление кожно-жирового фартука гигантских размеров.

В 2023 году проведена реорганизация неврологического отделения в отделение медицинской реабилитации взрослых с нарушением функций периферической нервной и костно-мышечной системы.

Чучкалов Е.М. активно пропагандировал необходимость научного осмысления отдельных признаков болезни, написание статей, выступления с докладами, сохранения отдельных экспонатов в музее. Он способствовал организации научных конференций, публиковал научные труды, создал музей истории областного госпиталя ветеранов войн.

Следуя традициям Е.М. Чучалова ежегодно проводятся межрегиональные медицинские научно-практические конференции, публикуются сборники, успешно функционирует музей в областном клиническом госпитале ветеранов войн. В поддержку подготовки высококвалифицированных кадров в регионе с 2012 года Правительством Ульяновской области учреждена стипендия губернатора им. Е.М. Чучалова «Жизнь продолжается».

Научное издание

ГОД СЕМЬИ: ВЕКТОР ДЛЯ РЕШЕНИЯ ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ЗАДАЧ

**Сборник тезисов 59-й научно-практической медицинской
конференции в Ульяновской области
(23–24 мая 2024 г.)**

В 2 частях

Часть 1

Электронное текстовое издание

Под редакцией В.Г. Карауловой, В.В. Машина

Издается в авторской редакции

**ПРАВИТЕЛЬСТВО УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ
УЛЬЯНОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
ЦЕНТР ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ
УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ
АССОЦИАЦИЯ СОДЕЙСТВИЯ РАЗВИТИЮ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
«МЕДИЦИНСКАЯ ПАЛАТА УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ»**

ГОД СЕМЬИ: ВЕКТОР ДЛЯ РЕШЕНИЯ ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ЗАДАЧ

**Сборник тезисов 59-й научно-практической медицинской
конференции в Ульяновской области
(23–24 мая 2024 г.)**

В 2 частях

Часть 2

Электронное текстовое издание

Под редакцией В.Г. Карауловой, В.В. Машина

Ульяновск
2024

УДК 614.39(063)
ББК 51.1(2Рос)я433
Г59

Рецензенты:

В.Г. Караулова, председатель Ассоциации содействия развитию здравоохранения «Медицинская палата Ульяновской области», исполняющий обязанности главного врача ГУЗ «Центр общественного здоровья и медицинской профилактики Ульяновской области»;

В.В. Машин, директор Института медицины, экологии и физической культуры ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет», д.м.н., профессор;

В.И. Мидленко, научный руководитель Института медицины, экологии и физической культуры ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет», д.м.н., профессор;

С.Н. Милашина, начальник отдела коммуникационных и общественных проектов ГУЗ «Центр общественного здоровья и медицинской профилактики Ульяновской области»;
М.Е. Шалягина, первый заместитель министра здравоохранения Ульяновской области

Г59 **Год семьи: вектор для решения демографических задач :**
сборник тезисов 59-й научно-практической медицинской конференции в Ульяновской области (23–24 мая 2024 г.) : в 2 частях. Часть 2 : электронное текстовое издание / под редакцией В.Г. Карауловой, В.В. Машина. – Ульяновск : УлГУ, 2024. – 328 с. – URL: <http://lib.ulsu.ru/MegaPro/Download/MObject/15833>. – Текст : электронный.

В настоящий сборник включены статьи и тезисы научных исследований врачей, преподавателей, ученых, практиков, среднего медицинского персонала по актуальным вопросам организации здравоохранения и общественного здоровья, оказания первичной медико-санитарной помощи, а также вопросам повышения доступности и качества оказания медицинской помощи в Ульяновской области.

Издание предназначено для руководителей системы здравоохранения, специалистов амбулаторно-поликлинического звена и стационаров медицинских организаций, работников сферы науки и образования, студентов и аспирантов медицинских вузов, а также адресовано широкому кругу читателей, интересующихся исследованиями и разработками в сфере здравоохранения.

УДК 614.39 (063)
ББК 51.1(2Рос)я433

© Ульяновский государственный университет, 2024
© Министерство здравоохранения Ульяновской области, 2024
© Центр общественного здоровья и медицинской профилактики Ульяновской области, 2024

Содержание

Раздел 14. Оториноларингология	16
<i>Калегин Е.Е., Гришина Е.Ф., Митченко И.В.</i>	
Патогенетическое обоснование комбинированной терапии в лечении келоидных рубцов	16
<i>Кулагин А.М., Родионов Н.Ф., Холев Д.В., Семёнов А.Д.</i>	
Успешное лечение комбинированного проникающего огнестрельного ранения шеи, полости рта, носа, решетчатого лабиринта и клиновидной пазухи.....	18
<i>Митченко И.В.</i>	
Клинический случай сочетания системного васкулита, менингоэнцефалита и грибкового поражения слизистой верхних дыхательных путей.....	21
<i>Кулагин А.М., Бакумцев А.Н., Холев Д.В., Бегешева И.А.</i>	
Виды повреждений носа и околоносовых пазух при черепно-мозговой травме. Тактика лечения	23
Раздел 15. Офтальмология	25
<i>Библаев П.В., Ковеленова И.В., Тимофеев А.А.</i>	
Наш опыт трансклеральной фиксации ИОЛ, первые результаты.....	25
<i>Зайнетдинов Р.Г., Ковеленова И.В., Бударина С.И., Тимофеев А.А.</i>	
Макулярная телеангиэктазия 2-го типа. Клинический случай	27
<i>Ковеленова И.В., Косенко Ю.С., Богданова И.Г., Шарафетдинова Д.Д.</i>	
Антиангиогенная терапия в лечении эластической псевдоксантомы. Клинические наблюдения	31
<i>Кузнецов С.Л., Болдырева Е.А.</i>	
Посттравматические фистулы склеры переднего отрезка глаза.....	33
<i>Михайлов Н.О., Поздеева Н.А., Горбунова Н.Ю.</i>	
Влияние имплантации ИОЛ с ротационно-асимметричной оптикой на показатели светочувствительности сетчатки у пациентов с глаукомой	34
<i>Романчева М.А., Чукалина И.В., Никифорова В.А., Безик С.В.</i>	
Занимательная авторефкератометрия	36
<i>Степанова С.С., Шишкина И.К., Охотникова Н.В.</i>	
Оценка эффективности лечения дакриоцистита новорожденных на базе ГУЗ «Ульяновская областная детская клиническая больница имени политического и общественного деятеля Ю.Ф. Горячева»	38
<i>Ковеленова И.В., Сулеева И.Г., Зайнетдинов Р.Г.</i>	
Ретинопатия Пурчера. Клинический случай.....	40

<i>Ковеленова И.В., Шайдуллина А.Д., Малиновский К.О.</i>	
Сравнительный анализ лечения возрастной макулярной дегенерации в условиях ОМХГ ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»	43
<i>Ковеленова И.В., Шарафетдинова Д.Д., Богданова И.Г., Косенко Ю.С.</i>	
Сочетание невуса и возрастной макулярной дегенерации, сложности диагностики.....	46
<i>Евтушенко М.Ю., Шленкина Н.А., Титов Н.А.</i>	
Клинический случай двустороннего эндогенного эндофтальмита	49
<i>Яфясова Г.Р., Булгакова И.А., Абульханова Г.Ш., Ковеленова И.В.</i>	
Сравнительный анализ бесконтактной и аппланационной тонометрии у разных групп людей среди взрослого населения	51
<i>Возженников А.Ю., Мидленко Т.А., Соловьева Е.С.</i>	
Микроимпульсная контактная транссклеральная циклокоагуляция в лечении терминальной вторичной рефрактерной болящей неоваскулярной глаукомы у пациентов с постстромботической ретинопатией	53
Раздел 16. Патологическая анатомия	56
<i>Хамидов А.В., Юдин А.Н., Абдусалямова Л.И.</i>	
Анатомия двойного и «парашютообразного» митрального клапана сердца при атриовентрикулярной коммуникации	56
<i>Ваулина Т.Н., Хамидов А.В., Абдусалямова Л.И.</i>	
Особенности анатомии проводящей системы сердца при общем атриовентрикулярном канале	57
<i>Андреева М.В., Балацук Е.В., Понякшова А.И., Волженцев А.С.</i>	
Случай MALT-лимфомы лоханки почки	58
<i>Анисимова С.В., Поддубный В.Б.</i>	
Случай генерализованной формы саркомы Капоши у ВИЧ-инфицированного умершего	60
<i>Злобина Н.С., Карабанова Ю.А., Уренева Р.В., Романова О.Н., Куликов В.Д.</i>	
Особенности постановки диагноза «аденокарцинома предстательной железы»	62
<i>Попов В.В., Горбикова Н.П.</i>	
Возрастная морфология щитовидной железы у детей	64
<i>Уренева Р.В., Карабанова Ю.А., Злобина Н.С., Романова О.Н., Куликов В.Д.</i>	
Макроскопическое и микроскопическое исследование опухолей толстой кишки.....	65

Раздел 17. Педиатрия и неонатология	68
<i>Мелекова Е.А., Павхун Т.В.</i>	
Особенности течения врожденного порока сердца коарктация аорты у новорожденного ребенка.....	68
<i>Безик В.В., Кондратьева О.В., Ерусова А.Б.</i>	
Клинический случай вирусного гепатита G с тяжёлым фульминантным течением	70
<i>Павхун Т.В., Мкртчян С.В.</i>	
Онкологические заболевания под маской кардиологической патологии	71
<i>Будылёва И.А., Мухитов А.А., Лаврик М.В.</i>	
Связь между размером тромбоцитов и геморрагическим синдромом у новорожденных	73
<i>Безик В.В., Кондратьева О.В., Минаева А.В., Мкртчян С.В.</i>	
Клинический случай наследственной метгемоглобинемии	75
<i>Суханов М.А., Дубовицкая Е.Н.</i>	
О некоторых сравнительных данных состояния питания школьников Ульяновской области по результатам социологических исследований, проведенных в 2016 и 2023 годах	77
<i>Юсупова М.Х., Павхун Т.В.</i>	
Особенности течения геморрагического васкулита в сочетании с герпетиформным дерматитом Дюринга	80
<i>Белькова Е.А., Зубцова Е.В.</i>	
Оздоровительное лечение в условиях реабилитационного отделения	82
<i>Калинникова Н.В., Абдуллова Н.Ф., Салахиева А.М.</i>	
Перинатальная профилактика и особенности развития ВИЧ-инфекции у детей в Ульяновской области	84
<i>Илендеева Н.В., Павхун Т.В., Плужник В.И.</i>	
Синдром Бланда – Уайта – Гарланда у новорожденного ребёнка.....	86
<i>Миронова К.О., Мишкина Ю.С.</i>	
Опыт удаления инородного тела из дивертикула пищевода у ребенка оптическими щипцами ригидного бронхоскопа	88
<i>Левагина Е.С., Никонов М.Е.</i>	
Клинический случай. Поиск взаимосвязи развития мочекаменной болезни и иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции у недоношенного ребенка	91

<i>Легошина И.Н., Хлюнева Н.М., Королькова Н.А., Никонов О.А.</i> Клинический случай болезни Гиршпрунга в отделении патологии новорожденного	93
<i>Павхун Т.В., Мкртчян С.В., Тимофеева В.Н.</i> Онкологические заболевания под маской ювенильного артрита	95
<i>Никонов О.А., Ахметишина Г.Р., Легошина И.Н., Бехтина О.Ю.</i> Диагностика и лечение опухолевидных образований яичников у новорожденных	97
<i>Романова А.Г., Смирнова А.В., Яковлева С.В.</i> Сравнительный анализ постнатального роста поздних недоношенных, ранних доношенных и доношенных новорожденных в ОПННД ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»	99
<i>Червонная Д.В., Полуэктова Н.В., Леонидова Т.А., Яровых М.А.</i> Анализ структуры врождённых пороков развития в Перинатальном центре «Мама» ГУЗ «Ульяновская областная детская клиническая больница имени политического и общественного деятеля Ю.Ф. Горячева» за 2023 год	101
<i>Куташова Е.А., Овсянникова М.Н., Бектимирова Л.А.</i> Болезнь Гоше – важность ранней диагностики	103
Раздел 18. Профилактика заболеваний, формирование здорового образа жизни и спортивная медицина	106
<i>Караулова В.Г., Глуценко Н.П., Усманова Е.В., Чеберова Ю.С.</i> Итоги проведения проекта «Дистанционный контроль процесса снижения избыточной массы тела» на базе консультативной поликлиники ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница» в 2023 году	106
<i>Караулова В.Г., Казакова Е.В., Денисова Е.В.</i> Опыт использования передвижного мобильного Центра здоровья при проведении скрининговых обследований населения Ульяновской области	108
<i>Кирилина Л.Ю., Сорокина М.Н.</i> Сравнительный анализ результатов исследования «Дистанционный контроль веса тела» в Ульяновской области в 2020-2023 годах	111
<i>Маланин А.А., Вакаев Е.Е., Степанова М.А.</i> Опыт работы врачей ГУЗ «Областной врачебно-физкультурный диспансер» в составе спортивно-функциональной классификационной группы на Всероссийских соревнованиях по паратлетике лиц с поражением опорно-двигательного аппарата	113

<i>Филиппова С.И., Бугеро С.С., Мерчина П.А.</i>	
Здоровый образ жизни – путь к повышению качества жизни семьи	115
<i>Лукичева Л.Ю., Ветчанинова Е.И.</i>	
Распространённость факторов риска неинфекционных заболеваний в Ульяновской области в 2023 году	117
<i>Филиппова С.И., Голобородько О.В., Садикова А.А.</i>	
Анализ репродуктивных установок студентов МК УлГУ	119
<i>Филиппова С.И., Лобина А.А., Анполонова О.С., Россопуло М.Г.</i>	
Особенности формирования здорового образа жизни у студентов.....	121
Раздел 19. Психиатрия, наркология.....	123
<i>Акимов В.В., Гаврилина О.В., Миронова Е.В.</i>	
Опыт применения антидепрессантов Флувоксамина и Миртазапина в геронтопсихиатрической практике	123
<i>Волкова С.Б., Волков Д.В., Макарова Й.А., Сухорукова М.В.</i>	
Психолого-педагогические, психологические тренинги для формирования здорового образа жизни в реабилитации подростков	125
<i>Журина Л.И., Сидорова М.В., Крупченко В.В.</i>	
Опыт применения Карипразина при биполярном расстройстве с континуальной сменой фаз. Описание клинического случая.....	128
<i>Кельса Е.В., Некрасова О.М., Красавина А.В., Шайхалова Э.А.</i>	
Психосоциальная структура отношения к лечению и клиническим проявлениям зависимости женщин с химической зависимостью, лишенных или ограниченных в родительских правах.....	130
<i>Коваленко О.В., Сироткина Л.Ю., Гаврилина О.В.</i>	
Комплексный подход в решении экспертных вопросов в судебной психолого-психиатрической экспертизе потерпевших по делам о мошенничестве	132
<i>Кормишин В.А., Белянкин М.В., Волков Д.В.</i>	134
Оценка актуальности действующих приказов в области диагностики психоактивных веществ	134
<i>Кузьмина А.Г., Махмутова Н.Н., Ведянова О.П., Тихонова М.Н.</i>	
Исследование адаптационного потенциала у пациентов с химическими зависимостями. Опыт работы отделения медицинской реабилитации стационарной ГУЗ «Ульяновская областная клиническая наркологическая больница».....	136
<i>Мушарапова А.С., Пронько Е.А., Астасенко А.В., Матейко И.Н.</i>	
Влияние наследственной отягощенности на формирование алкоголизма	

в более раннем возрасте на примере пациентов отделения неотложной нарколо­гической помощи (ОННП) ГУЗ «Ульяновская областная клиническая нар­кологическая больница» (УОКНБ).....	138
<i>Писарева Л.А., Белянкин М.В., Волков Д.В., Дёмин А.В.</i>	
Использование лабораторных биомаркеров в диагностике хронического злоупотребления алкоголем.....	140
<i>Сидоров И.А.</i>	
Анализ результатов обследования у лиц допризывного и призывного возраста, проходивших обследование в условиях дневного стационара ГКУЗ «Ульяновская областная клиническая психиатрическая больница имени В.А. Копосова», за 2023 год.....	142
<i>Сабитов И.А., Майер Э.И., Богданова Л.Д., Белянкин М.В., Волков Д.В.</i>	
Исследование нейрофизиологических особенностей у лиц, страдающих алкогольной зависимостью	144
<i>Сильверстова Ю.В., Кузнеченкова Л.В.</i>	
Опыт применения препарата Вортиоксетин в практике врача-психиатра	146
<i>Сабитов И.А., Коновалова О.В., Майер Э.И., Демин А.В.</i>	
Комплексная оценка тяжести алкогольных психозов с использованием калькулятора СКД-ЕРІ	148
<i>Шашункова С.В.</i>	
Медицинские и социальные проблемы лиц с психическими заболеваниями, коморбидными с употреблением психоактивных веществ	151
Раздел 20. Ревматология	154
<i>Дубягина И.С., Прокофьев Г.Н., Кузнецова Е.А., Науметов И.Ф.</i>	
Возможности применения ингибитора рИЛ-6 (Левилимаба) при ревматоидном артрите в реальной клинической практике	154
<i>Сальникова О.В., Лежень Е.М., Калагина Н.В., Шонина Е.В.</i>	
Применение алгоритма FRAХ в условиях отделения профилактики амбулаторного учреждения как инструмента выбора пациентов, нуждающихся в терапии остеопороза	156
Раздел 21. Сестринское дело	159
<i>Александрова О.А., Лебедева Т.В., Угарина М.А.</i>	
Алкогольная деградация личности	159
<i>Атауллина Е.Ю., Клюенкова Н.П., Ульянова О.И.</i>	
Эффективность применения теле-ЭКГ на ФАПх	161
<i>Батищева О.Н., Никитина Н.В., Кузнецова Е.В.</i>	
Флегмоны челюстно-лицевой области	162

<i>Борисова Е.А., Сиплатова А.С., Зуевская Ю.Н.</i>	
Партнерские роды – польза родителям или модная тенденция?	164
<i>Филиппова С.И., Бугеро С.С., Митюшкина О.Н., Трунова А.А.</i>	
Профессиональная адаптация молодых специалистов в медицине	166
<i>Филиппова С.И., Бугеро С.С., Атласова И.В.</i>	
История медицинского колледжа имени А.Л. Поленова	
ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет» – 155 лет.....	168
<i>Васильева Т.А., Сизова Ю.А.</i>	
Роль медицинской сестры при эндопротезировании тазобедренных суставов .	170
<i>Козырев П.М., Ерошкина Т.В.</i>	
Особенности выездной паллиативной медицинской помощи взрослым в сельской местности Инзенского района Ульяновской области.....	172
<i>Покровская Л.М., Ключева Т.А., Туманян Н.Р., Топорова С.Г.</i>	
Роль медицинской сестры в проведении электрокардиографических исследований в ГУЗ «Областной кардиологический диспансер»	173
<i>Токунова Ю.А., Ульянова О.И.</i>	
В ногу со временем – применение палатной сигнализации в кардиологическом отделении для больных с острым коронарным синдромом	175
<i>Толчкова С.В., Суворова О.Ю.</i>	
Преимущества видеоконтролируемого лечения больных туберкулёзом в амбулаторных условиях	177
<i>Филиппова С.И., Атласова И.В., Бахитова А.Р.</i>	
Пути совершенствования медико-социальной помощи инкурабельным больным и членам их семей на дому как неотъемлемая часть повышения качества жизни	179
<i>Четкасова Д.С., Каргина Н.В., Иванова И.С.</i>	
Виртуальная колоноскопия – скрининговый метод выявления патологии толстого кишечника.....	181
<i>Шайхутдинова Р.К., Артимовичус Е.Н., Шакшина А.Н.</i>	
Особенности работы среднего медицинского персонала травматолого-ортопедического отделения № 2.....	182
<i>Ширманова Н.О., Сосина Л.А.</i>	
Физиотерапия при травмах у спортсменов	184
<i>Юсупова Е.В., Батяйкина И.В.</i>	
Центр здоровья как помощь в реализации здорового образа жизни среди детей и подростков.....	186

<i>Ямщикова А.В., Якушкина Е.В., Штенура Я.В.</i>	
Организация идентификации личности пациента при диагностических процедурах в ГУЗ «Городская поликлиника № 1 имени С.М. Кирова»	188
Раздел 22. Скорая медицинская помощь и медицина катастроф	190
<i>Золотарёв Д.А., Шаповал А.А.</i>	
Оказание скорой медицинской помощи пациентам с бронхиальной астмой.....	190
<i>Колонтай Н.Н., Арапов Д.А., Колесникова М.В.</i>	
Анализ обращаемости беременных женщин с поводом «домашние роды» за 2023 год по г. Ульяновску	192
<i>Никишин К.Е.</i>	
Причина конфликтов между врачом приемного отделения стационара и фельдшером скорой медицинской помощи. Доказательство профессиональной значимости сотрудников скорой медицинской помощи	194
<i>Черевко В.Е.</i>	
Дополнительный потенциал решения демографических задач в Год Семьи в актуализации нормативной базы по оказанию первой помощи	197
<i>Шimina М.А., Хуторова В.В., Тиханов А.А., Имангулов А.М.</i>	
Оказание медицинской помощи больным в агональном состоянии или в состоянии клинической смерти на догоспитальном этапе за 2023 год	200
<i>Барсукова И.М., Полюкова М.В., Бумай А.О., Рысев Г.А.</i>	
Роль среднего медицинского персонала в системе оказания скорой медицинской помощи	202
<i>Барсукова И.М., Рысев Г.А., Бумай А.О.</i>	
Суточные колебания госпитализации пациентов с алкогольным фактором, доставленных бригадами скорой медицинской помощи	204
<i>Лукогорская Н.Н., Бумай С.О., Барсукова И.М.</i>	
Острый коронарный синдром в работе отделения скорой медицинской помощи районного подчинения Санкт-Петербурга	206
<i>Барсукова И.М., Тявокина Е.Ю., Бумай А.О.</i>	
Анализ показателей смертности от случайных отравлений алкоголем	208
<i>Тявокина Е.Ю., Барсукова И.М., Бумай А.О.</i>	
Анализ показателей смертности от случайных отравлений алкоголем среди детского населения	210
<i>Барсукова И.М., Лукогорская Н.Н., Бумай С.О.</i>	
Острый коронарный синдром в работе бригад скорой медицинской помощи Российской Федерации	212

<i>Полюкова М.В., Барсукова И.М., Рысев Г.А., Бумай А.О.</i>	
Анализ кадрового состава скорой медицинской помощи: фельдшер (медсестра) по приему вызовов и передаче их выездным бригадам скорой медицинской помощи	214
<i>Рысев Г.А., Барсукова И.М., Бумай А.О.</i>	
Половозрастная характеристика пациентов с диагнозом «токсическое действие этаноло», доставленных бригадами скорой медицинской помощи.....	216
<i>Полюкова М.В., Барсукова И.М., Рысев Г.А., Бумай А.О.</i>	
Анализ кадрового состава скорой медицинской помощи: медсестры-анестезисты	219
<i>Рысев Г.А., Барсукова И.М., Бумай А.О.</i>	
Оценка степени тяжести пациентов с признаками алкогольного опьянения (отравления) этанолом, доставленных бригадами скорой медицинской помощи	221
Раздел 23. Стоматология	223
<i>Филиппова С.И., Шмойлова Е.П., Преснякова Л.Н., Мельников Ю.Е.</i>	
Распространённость кариеса среди студентов медицинского колледжа имени А.Л. Поленова Института медицины, экологии и физической культуры ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»	223
<i>Гафурова Г.М., Парфёнова Н.Н., Кулишкина О.В.</i>	
Применение стоматологического материала «Апексдент» при лечении деструктивных форм периодонтита	224
<i>Физюкова Г.Г., Семёнов А.А., Филиппов М.В., Валитов И.Ф.</i>	
Комплексный подход в реабилитации пациентов с отсутствием зубов в дистальных отделах челюстей с применением внутрикостных имплантатов	227
<i>Соломатина Н.Н., Ахметова Э.В., Баширова Н.Ф., Горбунова В.Ю.</i>	
Влияние употребления снюса на состояние слизистой полости рта.....	230
<i>Рязапова И.И., Сметанина М.Б.</i>	
Анализ наиболее частых причин поломок съёмных протезов.....	233
<i>Физюкова Г.Г., Низамова Ф.Ф., Соломатина Н.Н.</i>	
Лечение и профилактика вторичной адентии у пожилого населения.....	235
Раздел 24. Травматология	237
<i>Шевалаев Г.А., Сорокин О.И., Дашкин В.В., Ермоленко А.С.</i>	
Коррекция расстройств гомеостаза у пациентов с переломами длинных трубчатых костей	237

<i>Шевалаев Г.А., Сафетов М.Р., Манин А.В., Элли А.С.</i>	
Переломы лодыжек у взрослых.....	239
<i>Кузин А.А., Мигуков К.А., Настиев Р.Д., Савельев А.С.</i>	
Анализ хирургической коррекции основных врожденных аномалий развития кисти в условиях травматолого-ортопедического отделения ГУЗ «Ульяновская областная детская клиническая больница имени политического и общественного деятеля Ю.Ф. Горячева».....	240
<i>Гришин В.В., Земсков А.Ю., Попов А.А., Королев Д.С.</i>	
Чрескостный спицевой остеосинтез при лечении переломов лучевой кости в типичном месте.....	242
<i>Мухамметжанов Р.К., Земсков А.Ю., Попов А.А., Королев Д.С.</i>	
Анализ лечения заболевания и травм коленного сустава.....	244
<i>Попов А.А., Земсков А.Ю., Мухамметжанов Р.К., Королев Д.С.</i>	
Вопросы о тактике лечения закрытых переломов лодыжек.....	245
<i>Инкин Е.В., Железняков А.Е., Асташкин П.А., Замальдинов Р.А.</i>	
Селективная денервация кистевого сустава при хроническом болевом синдроме.....	247
<i>Жадяев Н.А., Кондратьев С.П., Канаев Ю.Н.</i>	
Результаты лечения адгезивного капсулита плечевого сустава с применением обогащенной тромбоцитами плазмы.....	249
<i>Спассков А.А., Ельяттар Сальман А.Х., Адайкин С.В., Вертьянов В.Д.</i>	
Прогнозирование риска возникновения постоперационной пневмонии у пациентов пожилого и старческого возраста с переломами проксимального отдела бедренной кости.....	251
<i>Королев Д.С., Земсков А.Ю., Попов А.А., Гришин В.В.</i>	
Применение компрессионно-дистракционного аппарата внешней фиксации при ранней нестабильности надкостного остеосинтеза костей голени.....	252
<i>Жадяев Н.А., Кондратьев С.П., Канаев Ю.Н.</i>	
Результаты лечения гонартроза с применением обогащенной тромбоцитами плазмы.....	254
Раздел 25. Урология.....	257
<i>Беляков Н.Ф., Каманцева С.М., Вагаев В.Д., Фролов О.А., Пыдин А.Н., Малянков Е.Н.</i>	
Организация оказания урологической помощи населению Ульяновской области.....	257

<i>Беляков Н.Ф., Каманцева С.М., Заирова Н.С.</i> Организация уроandroлогической помощи мужскому населению Ульяновской области.....	259
<i>Беляков Н.Ф., Каманцева С.М., Вагаев В.Д., Фролов О.А., Пыдин А.Н., Малянков Е.Н.</i> Факторы, влияющие на репродуктивную функцию мужчин	261
<i>Беляков Н.Ф., Каманцева С.М., Вагаев В.Д., Фролов О.А., Пыдин А.Н., Малянков Е.Н.</i> Эндоскопическое лечение послеоперационных стриктур уретры	263
<i>Карпухина Е.В., Каманцева С.М.</i> Подготовка мужчины к программе ЭКО.....	264
<i>Клочков А.В., Шмырин А.Г., Измаилов Д.Н., Саттаров Р.Ш.</i> Гистоморфологические и функциональные изменения в почках крыс после дистанционного ударно-волнового воздействия в динамике.....	266
<i>Коньшин И.И., Соловьёв Д.А.</i> Нарушения регионарной гемодинамики при острых эпидидимоорхитах	268
<i>Фомин М.О.</i> Терапия острого пиелонефрита беременных. Особенности ведения беременных с нарушением уродинамики верхних мочевых путей.....	269
<i>Суворов Д.В., Гаврилов А.В., Пахалин Н.М., Кутковой П.Ю.</i> Основные аспекты диагностики и лечения гестационного пиелонефрита в условиях круглосуточного стационара.....	272
Раздел 26. Фтизиатрия	274
<i>Колчин Д.В., Савоненкова Л.Н., Рузов В.И., Прохоров О.Ю.</i> Протеины и цитокины крови в оценке выраженности системного воспалительного ответа у пациентов с туберкулезом легких	274
<i>Ледяева О.Ю., Ерастова Н.В.</i> Проблемы, возникающие при госпитализации гражданина в медицинскую противотуберкулезную организацию в недобровольном порядке	276
<i>Утемишева В.Н.</i> Тактика ведения детей и подростков, законные представители которых отказались от скрининга на туберкулёз.....	279
<i>Панкова Т.Б.</i> Актуальные вопросы внелёгочного туберкулёза	281
Раздел 27. Хирургия	284
<i>Хамидов А.В., Юдин А.Н., Баранов А.А., Тулупов И.Д.</i> Клинический случай хирургического лечения оторвавшейся гигантской	

миксомы правого предсердия в сочетании с протезированием трикуспидального клапана.....	284
<i>Бесов В.А., Нуштаев Н.С., Ахмадуллоев И.Т.</i>	
Клинический случай: кишечное кровотечение из дивертикула Меккеля.....	286
<i>Чавга А.И., Щеголев В.Ю., Шамсутдинов С.М., Сесин В.В.</i>	
Хирургическое лечение ожирения. Региональный опыт	289
<i>Шагдалеев Р.Ф., Тонеев Е.А., Мартынов А.А., Мидленко О.В.</i>	
Анализ частоты и индикаторов возникновения затяжного плеврального выпота у пациентов после проведенной лобэктомии	291
<i>Сотникова Е.В., Петренко В.Г., Лапшаев Д.Н., Пахарев О.И.</i>	
Хирургическое лечение острого панкреатита.....	292
<i>Евтушенко Е.Г., Карташев А.А., Ярков С.В., Файзуллин И.Р.</i>	
Сравнение использования монополярной коагуляции и ультразвуковой диссекции при геморроидэктомии	294
<i>Зарипов Л.Р., Шагдалеев Р.Ф., Тонеев Е.А., Нуретдинов Д.И.</i>	
Анализ частоты и индикаторов риска развития острого панкреатита у пациентов после выполненной гастрэктомии.....	296
<i>Долгов О.А., Григорьев К.Ю., Ванюшин П.Н., Бекин В.Ю.</i>	
Возможности хирургического лечения заболеваний щитовидной железы и паращитовидных желез из мини-доступа	298
<i>Евтушенко Е.Г., Файзуллин И.Р., Карташев А.А., Ярков С.В.</i>	
Применение устройства для зондирования свищевых ходов и проведения лигатуры для лечения пациентов с острым парапроктитом.....	299
<i>Чавга А.И., Мидленко О.В., Мидленко В.И., Белоногов Н.И.</i>	
Лечение поражения печени при тяжелом остром панкреатите	301
<i>Шагдалеев Р.Ф., Тонеев Е.А., Мартынов А.А., Мидленко О.В.</i>	
Сравнительный анализ частоты развития затяжного плеврального выпота у пациентов после видео-ассистированной и открытой лобэктомии.....	303
<i>Зубарев А.П., Абрамов Д.В., Смолькина А.В., Константинов С.Н., Бондаренко П.И., Безъязычный А.В.</i>	
Клинический случай перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки у пациента с ишемическим инсультом	305
<i>Курбанова С.Г., Смолькина А.В., Чебыкин С.Г., Евсеев Р.М., Барбашин С.И.</i>	
Опыт применения тангенциальной некрэктомии и аутодермопластики при лечении гнойных ожоговых ран.....	307

<i>Чавга А.И., Мидленко О.В., Мидленко В.И., Рузов В.И.</i>	
Прогностическое значение эхокардиографического определения дисфункции миокарда при остром панкреатите	309
<i>Макаров С.В., Сибиркин В.П., Смолькина А.В., Белова С.В., Филиппова С.И.</i>	
Опыт применения гипербарической оксигенации и внутривенного лазерного облучения крови у пациентов с облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей	311
<i>Сунисон В.А., Баринов Д.В., Афанасьев Е.А., Ахмадуллоев И.Т.</i>	
Черескожная череспеченочная холангиостомия в условиях экстренного стационара.....	313
<i>Абдужалилов Р.З., Мидленко О.В., Мидленко В.И., Чавга А.И.</i>	
Тяжелые неврологические расстройства в послеоперационном периоде после бариатрической операции	318
<i>Фирстов А.А., Тонеев Е.А., Мартынов А.А., Жинов А.В.</i>	
Гастрэктомия, шестилетние результаты регионального онкологического центра	320
<i>Файзуллин И.Р., Евтушенко Е.Г., Карташев А.А., Ярков С.В.</i>	
Анализ работы детского колопроктолога в Ульяновской области.....	322
<i>Котелевская И.И., Бесов В.А.</i>	
Проглотил иглу – получил перитонит. Уникальный случай в условиях районной больницы.....	324
<i>Брижак Т.Ю., Белозеров Д.А.</i>	
Проблема лечения пациентов с гнойно-некротическими осложнениями мягких тканей в амбулаторной практике	326

Раздел 14. Оториноларингология

Калегин Е.Е., Гришина Е.Ф., Митченко И.В.

Патогенетическое обоснование комбинированной терапии в лечении келоидных рубцов

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»

По данным современных исследований, образование келоидных рубцов наблюдается у 1,5–4,5% лиц в общей популяции.

Келоиды могут быть активными (растущими) и неактивными (стабилизированными), независимо от давности рубца. В основе формирования келоидного рубца лежит высокая активность фибробластов, превышающих показатели нормы в 4 раза. Но нужно отметить, что в развитии келоидообразования имеет значение не столько увеличение числа фибробластов, сколько извращенная реакция на травму в виде синтеза большого количества коллагена, что и обуславливает массу рубца. Кроме того, в тканях келоидных рубцов определяется увеличение числа тучных клеток, ассоциированных с повышенным уровнем таких промоторов фиброза, как индуцируемый гипоксией фактор-1 α , сосудистый эндотелиальный фактор роста и ингибитор активатора плазминогена-1.

Использование кортикостероидов в решение вопроса в лечении келоидных рубцов является патогенетически обоснованным, так как при их применении уменьшается синтез коллагена, глюкозаминогликанов, медиаторов воспаления, а также пролиферация фибробластов в процессе заживления. Хирургическое лечение келоида, как монотерапия, на сегодняшний день считается неэффективным и приводит к рецидиву по данным различных источников от 45 до 100% случаев.

Наши задачи: продолжить наблюдение и формирование патогенетически обоснованного алгоритма в лечении келоидных рубцов ЛОР органов.

Представлен клинический случай. Пациентка Н. поступила в отоларингологическое отделение ГУЗ УОКБ на плановое оперативное лечение. Жалобы на момент осмотра: наличие опухолевидного образования правой

ушной раковины, деформация ушной раковины справа. Считает себя больной с 2010 года, когда впервые обратилась в ЛПУ по месту жительства по поводу наличия келоидного рубца мочки уха правой ушной раковины. Проведено оперативное лечение по удалению келоидного рубца. Через три месяца отмечался рецидив с отрицательной динамикой в виде активного роста келоидного рубца. За весь вышеуказанный период заболевания пациентка неоднократно проходила курсы лечения с кратковременным эффектом.

На момент осмотра правая ушная раковина полностью деформирована рубцом, преддверие слухового прохода просматривается частично. Отмечается сохранившийся остов ушной раковины в области чаши (рис. 1).

Проведено оперативное лечение в объеме выделение кожного лоскута на питающей ножке, иссечение келоидного рубца с частичным удалением пораженного хряща, пластика правой ушной раковины в виде формирования завитка (рис. 2). Послеоперационный период прошел без осложнений, через 10 дней в мягкие ткани сформированного завитка введен раствор триамцинолона. На второй, шестой месяцы месяца повторное введение триамцинолона.



Рис. 1. На момент поступления



Рис. 2. После хирургической пластики

На сегодняшний день достигнутый эффект расценивается как удовлетворительный. Роста рубца не отмечается. Форма ушной раковины максимально приближена к естественной. Кожа в области симитированного завитка с незначительно выраженными явлениями телеангиоэктазии (рис. 3).



Рис. 3. Через 6 месяцев

Период активной терапии должен начаться на второй стадии формирования рубца, т.е. на 10–30 сутки. При сформировавшемся рубце (с длительностью существования до 12 месяцев), а также длительно существующем образовании (более 12 месяцев), наиболее эффективны только агрессивные методы воздействия. Косметические процедуры (мезотерапия, дермабразия) не несут какой-либо терапевтической цели, а порой, наоборот приводят к ухудшению состояния и прогрессии роста.

Кулагин А.М., Родионов Н.Ф., Холев Д.В., Семёнов А.Д.

**Успешное лечение комбинированного проникающего
огнестрельного ранения шеи, полости рта, носа, решетчатого
лабиринта и клиновидной пазухи**

ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска»

Целью данного сообщения является привлечение внимания врачей ЛОР специальности и врачей смежного профиля (челюстно-лицевых хирургов, окулистов, нейрохирургов) к случаям комбинированного травматического повреждения шеи, околоносовых пазух, глаза и полости рта и

внутричерепных осложнений в мирное время. Приводится наблюдение обширной травмы шеи, полости рта, твердого неба и глубокое проникновение крупного инородного тела, с разрушением твердого неба, носовых раковин с повреждением решетчатого лабиринта и основной пазухи.

1. Опасность ранений околоносовых пазух с анатомопографическими особенностями данной области: близостью сонной артерии и кавернозного синуса, перекреста зрительных нервов, глазодвигательного, отводящего, лицевого, тройничного и слуховых нервов, а также всех трех черепных ямок.

2. Огнестрельные ранения ЧЛЮ (челюстно-лицевой области) бывают проникающими в полость рта, носа и околоносовых пазух) и непроникающими. По характеру раневого канала, различают: слепые, сквозные, касательные ранения.

3. Ранения ЧЛЮ могут сопровождаться жизнеугрожающими последствиями (аспирационная асфиксия и продолжающееся кровотечение), повреждением слюнных желез, при проникающих в полости рта гнойно-воспалительных процессов шеи и средостения.

Огнестрельные ранения ЧЛЮ во время Великой Отечественной войны составили 3,5% от общего числа ранений.

В локальных войнах последних лет чистота ранений ЧЛЮ возросло в 1,5-2 раза, а удельный вес всех ранений достигает от 9% до 15,6%

Приводим случай успешного лечения больного с огнестрельным ранением, ранением шеи, проникающим в полость рта, носа, решетчатого лабиринта и клиновидной пазухи.

Больной Щ., 49 лет, поступил в приемное отделение ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска» с жалобами на затруднение носового дыхания, кровянистые выделения из носа, боли в области лица, полости рта.

Во время обслуживания пневматического оружия случайно нажал на курок и совершил выстрел в подбородочную область.

Доставлен в ЧЛХ отделение областной больницы, где выполнено ПХО ран шеи, полости. На дальнейшее лечение доставлен в оториноларингологическое отделение ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска».

Больной в сознании. Адекватен. Кожные покровы бледно-розового цвета.

АД – 120/80, ЧСС 79 уд/мин, ЧДД – 16 в минуту.

Слизистая носа: отечная, слизисто-геморрагическое отделяемое слева. Носовое дыхание затруднено. Глотка розовая. По задней стенке сгустки засохшей крови. АД, АС – барабанные перепонки серые. Имеются швы на коже шеи, слизистой полости рта и языка.

Компьютерная томография головного мозга от 30.12.2023. Иностранное тело размерами 2×1,1 см плотностью 7000 едН в области задних клеток решетчатого лабиринта перед клиновидной пазухой слева. Перелом решетчатой кости и передней стенки клиновидной пазухи без смещения.

Клинический диагноз «комбинированное проникающее огнестрельное ранение шеи, полости рта, носа, решетчатого лабиринта и клиновидной пазухи».

Под местной анестезией, выполнено эндоскопическое исследование полости носа под контролем риноскопа 0 градусов. Удалены частицы пули, обрывки нижних средних носовых раковин слева, костный фрагмент твердого неба, после чего обнаружено иностранное тело, располагающееся частично в задних клетках решетчатого лабиринта и сфеноэтмоидальной ямке слева (перед основной пазухой в поперечно-косом направлении). После ревизии раневого канала иностранное тело извлечено щипцами Блэксли, произведена передняя тампонада полости носа.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Проводилось промывание полости носа, антибактериальная терапия. Выписан домой в удовлетворительном состоянии.

Особенностью данного наблюдения является использование эндоскопической техники. Своевременное хирургическое вмешательство челюстно-лицевого хирурга и оториноларинголога, правильный выбор доступа к иностранному телу и последующая терапия в послеоперационном периоде, предотвратили развитие серьезных внутричерепных и септических осложнений, что привело к выздоровлению больного.

Митченко И.В.

Клинический случай сочетания системного васкулита, менингоэнцефалита и грибкового поражения слизистой верхних дыхательных путей

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»

В практике врача нередко встречаются случаи коморбидных пациентов, когда одновременного имеются поражения двух и более органов и систем организма. Данные состояния могут протекать по типу синтропии – поражения органов под влиянием общих патогенетических факторов или интерференции – возникновения одного заболевания под влиянием другого.

Именно взаимосвязь заболеваний и усугубление одного другим делают лечение таких пациентов непростой задачей.

Представляем клинический случай сочетания нескольких патологий. Пациентка К., 56 лет, поступила в приемное отделение в тяжелом состоянии, с угнетением сознания на уровне сопора. Со слов, сопровождавшего родственника, пациентка резко почувствовала себя плохо в 5 часов утра того же дня. В экстренном порядке машиной СМП пациентка была доставлена в мед. учреждение с диагнозом «гипогликемическая кома», по результатам экспресс-определения глюкозы крови, при проведении КТ ГМ в приемном отделении, была обнаружена гипоплазия (случайная находка) и затемнение левой верхнечелюстной пазухи, при пункции которой в условиях приемного отделения получено скудное слизисто-гнойное отделяемое. При объективном осмотре при передней риноскопии было обнаружено некротическое изменение слизистой левой половины носа: отсутствие средней носовой раковины, темно-синюшный цвет слизистой перегородки носа, а также слизистой левой половины твердого неба, с наличием участков грибкового роста белого мицелия на слизистой полости носа, экзофтальм слева с признаками воспаления роговицы. Также отмечались явления ригидности затылочных мышц. Пациентка была экстренно госпитализирована с диагнозом «риногенный гнойный менингит».

В анамнезе пациентки отмечались такие факты, как наличие сахарного диабета 2 типа неинсулинопотребного, перенесенный атопический дерматит кожи нижних конечностей около месяца назад и амбулаторное лечение его

глюкокортикостероидами, а также перенесенная вирусная инфекция верхних дыхательных путей неясной этиологии около недели назад.

Таким образом, можно сделать вывод, что имела место иммунокомпromетированность пациентки, то есть имелся повышенный риск возникновения инфекций, в том числе и грибковой, вследствие дефектов иммунной системы.

Однозначно сразу назвать причину тяжести состояния не представлялось возможным. Конкурирующими диагнозами выступали:

1. Внутричерепные осложнения острого гнойного синусита в виде тромбоза кавернозного синуса.

2. Мукормикоз, так как присутствовал эпизод инфекции верхних дыхательных путей в анамнезе (не исключался COVID-19), в сочетании с сахарным диабетом 2 типа.

3. Гранулематоз с полиангиитом, в связи с наличием участков некроза слизистой полости носа и эпизода кожных высыпаний неясной этиологии.

В рамках диагностического поиска пациентке были проведены следующие обследования:

– Компьютерная томография с контрастным усилением в венозную фазу, для определения дефекта наполнения кавернозного синуса для исключения синустромбоза. Результат: очагов патологического накопления или дефекта наполнения контрастного вещества не выявлено, признаки гиподенсивного участка височной доле слева.

– Мазок из носа на грибковую флору и чувствительность к антимикотикам. Результат: *candida krusei*, чувствительность к вориконазолу.

– Биопсия слизистой носа и анализ крови на ANCA для определения признаков гранулематозного полиангиита. Результат: 0.4 МЕ/мл (при норме 0-1.00).

По данным прочих проведенных анализов, было выявлено наличие цитоза в общем анализе спинномозговой жидкости, общие признаки воспаления в ОАК и повышенные показатели прокальцитонина.

В период ожидания результатов биопсии и бакпосева проводилось этиологическое и симптоматическое лечение по уже установленному диагнозу «менингоэнцефалит», а также профилактика грибковых осложнений, с положительным эффектом в виде уменьшения регидности затылочных мышц, снижения цитоза, слизистая носа очистилась от грибкового поражения.

На 10-е сутки были получены противоречивые данные обследований: биопсии (заключение: некротизированная полипозная ткань с дегенеративными изменениями, костными балками по периферии, тромбозом мелких сосудов капиллярного типа без воспалительной реакции, очаговыми отложениями гемосидерина. Морфологическая картина может соответствовать диагнозу «болезнь Вегенера») и анализа крови на ANCA. Однако отсутствие положительной динамики по уровню сознания и снижение воспалительных маркеров ОАК и СМЖ позволили эмпирически начать стероидную терапию по жизненным показаниям в режиме пульс-терапии.

Несмотря на проводимую терапию, пациентка скончалась через две недели интенсивной терапии. При патологоанатомическом вскрытии и последующем гистологическом исследовании аутопсийного материала выявлена морфологическая картина гранулематозного ангиита в тканях носа, что дает основание выставить диагноз «срединная (злокачественная) гранулема носа (лица)». Заболевание протекало крайне агрессивно, усугублялось имеющимся у пациентки сахарным диабетом, сопровождалось некрозами мягких тканей носа, костных структур верхней челюсти и решетчатой кости и присоединением вторичной бактериальной инфекции, с последующим развитием сепсиса, тяжелого гнойного менингоэнцефалита со вторичной ишемией головного мозга, двухсторонней нижнедолевой пневмонией.

Кулагин А.М., Бакумцев А.Н., Холев Д.В., Бегишева И.А.

Виды повреждений носа и околоносовых пазух при черепно-мозговой травме. Тактика лечения

ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска»

Проблема травматизма остается не только актуальной, но и проблемой социальной. Следует отметить, что повреждение носа и околоносовых пазух – лишь частный вид черепно-мозговой травмы (ЧМТ), они имеют большое значение в диагностике и лечении больных с данными повреждениями. Цель нашей работы – показать виды травм носа и околоносовых пазух, определить частоту и особенности их сочетанного взаимодействия.

Нами обследованы 1 560 пациентов с ЧМТ, из них было выявлено 336 (21,5%) больных с повреждениями наружного носа и околоносовых пазух. Мужчин было 216 (64,7%), женщин – 120 (35,3%). Возраст – от 18 до 75 лет. В возрасте 18-19 лет было 36 (10,7%) пациентов, 20-29 лет – 69 (20,5%), 30-39 лет – 76 (22,6%), 40-49 лет – 58 (17,3%), 50-59 лет – 49 (13,1%), 60-69 – 38 (11,3%), старше 70 лет – 15 (4,5%) человек. Больше травм приходится на молодой работоспособный возраст. При изучении причин травматизма установлено, что у 80,1% пациентов была бытовая травма, у 13,2% – уличная, у 6,1% – производственная, у 0,6% пациентов – спортивная. Среди больных с травмой носа и околоносовых пазух было выявлено сотрясение головного мозга у 205 (61%) пациентов. Ушиб головного мозга был у 131 (38,9%) больного, в том числе, внутримозговые гематомы у 46 (35,1%) и переломы костей черепа у 27 (20,6%) пострадавших. Для обследования больных с травмой носа и околоносовых пазух использовалась рентгенография и, при необходимости, КТ, которые помогали определить характер и особенности травмы.

Повреждения носа выявлены были у 210 (62,5%) пациентов, из них у 93 (44,3%) человек были переломы костей носа с западением спинки носа, а в 117 (53,7%) случаях наблюдалось смещение костных отломков в сторону. Переломы верхнечелюстных пазух встречались у 46 (10,7%) пациентов, на втором по частоте месте были переломы лобных пазух – у 31 (9,2%) пострадавшего. Переломы решетчатого лабиринта наблюдались совместно с переломами лобных и верхнечелюстных пазух в 17 (9%) случаях, а только решетчатого лабиринта – у 4 (1,2%) больных. При ЧМТ повреждения носа и околоносовых пазух усугубляют течение травматической болезни и осложняют диагностику в начальном периоде травмы. Безусловно, параллельно с проводимыми реанимационными и нейрохирургическими мероприятиями проводилась остановка кровотечения из носа, околоносовых пазух, проводилась трахеостомия. Устранение последствий переломов носа, околоносовых пазух откладывали на 2-3 недели, в зависимости от состояния больного. Тактика выжидания при дальнейшем лечении позволяла проводить наблюдение за больным и помогала избегать нанесение ненужного, поспешного воздействия в раннем периоде травмы.

Выводы: при повреждении носа и околоносовых пазух, связанных с ЧМТ, лучшие результаты лечения были достигнуты, когда оториноларинголог и нейрохирург строго придерживались четкой согласованности в своих совместных действиях.

Раздел 15. Офтальмология

Библаев П.В., Ковеленова И.В., Тимофеев А.А.

Наш опыт транссклеральной фиксации ИОЛ, первые результаты

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»

Актуальность. Факоэмульсификация катаракты из «золотого стандарта» хирургии перешла в рутинное вмешательство, доведенное до совершенства, однако патология связочного аппарата хрусталика остается одной из самых сложных проблем данной операции. Технические приемы и инструменты позволяют имплантировать ИОЛ (интраокулярная линза) даже при самых грубых подвывихах хрусталика, однако без дополнительной фиксации ИОЛ существует высокий риск дислокации ИОЛ в послеоперационном периоде и необходимости повторного вмешательства. Различные виды хирургии при дислокации ИОЛ имеют свои преимущества и недостатки: замена ИОЛ на переднекамерную сопряжена с риском развития эндотелиопатии, гифемы, вторичной глаукомы; замена на зрачковую ИОЛ связана с утратой диафрагмальной функции зрачка, вероятностью зрачкового блока, кератопатии, индуцированного астигматизма, иридоциклита; интрасклеральная фиксация ИОЛ связана с риском гемофтальма, увеальных явлений, подшивание к радужной оболочке – с нестабильностью положения ИОЛ, гифемы и т.д. Наиболее физиологическим и безопасным на наш взгляд остается транссклеральная фиксация ИОЛ с использованием минимально травматичных техник.

Цель работы – представить первые собственные результаты транссклеральной фиксации заднекамерной ИОЛ в различных модификациях при первичных имплантациях и при дислокации имеющейся ИОЛ.

Материалы и методы. Нами проанализированы результаты хирургического лечения 14 пациентов с дефектами связочного аппарата хрусталика, прооперированных в 2023 году, всем проводилась транссклеральная фиксация заднекамерной ИОЛ различных моделей. Всего прооперировано

пациентов, из них 13 мужчин и 3 женщины, средний возраст – 70 лет. 9 человек прооперировано по поводу подвывиха нативного хрусталика различной степени методом факоэмульсификации с использованием ирис-сретракторов и внутрикапсульного кольца во всех случаях. 5 человек прооперировано по поводу дислокации ранее имплантированной ИОЛ, при этом ее замены не проводилось, подшита имеющаяся ЗКЛ (заднекамерная линза), что является экономически целесообразным, более щадяще для эндотелия роговицы и не требует дополнительных тоннельных разрезов роговицы.

Исходная острота зрения была до 0,1 в 9 случаях, до 0.5 - 3, до 0.8 – у 2 пациентов. Офтальмогипертензия на момент осмотра отмечалась в 5 случаях, медикаментозно компенсировалась в 4 случаях, у одного пациента отмечался травматический мидриаз. Выбор метода подшивания определялся по типу ИОЛ и степени подвывиха: S-образные ЗКЛ при наличии факодонеза без дислокации нативного хрусталика подшивались только в верхнем отделе, при наличии децентрации или дислокации – бификсация (в верхнем и нижнем отделе), при использовании 4-опорной ЗКЛ – 4-точечная фиксация. Техническая сложность при подшивании ИОЛ заключается в проведении нити интрасклерально и интракамерально ввиду малого объема пространства, гибкости нити (полипропилен 9:00), риска геморрагических осложнений, однако при оттачивании навыка длительность операции значительно сокращается. Стоит отметить, что все операции прошли по намеченному плану, геморрагические осложнения купировались консервативно, в одном случае потребовалось промывание гифемы.

Результаты: Все пациенты выписаны с улучшением остроты зрения, нормальным или стабильным офтальмотонусом до 20 мм рт.ст. Цилиндрический компонент рефракции у всех пациентов был не более 1,5Д, что говорит о стабильном и относительно правильном положении ИОЛ. Прирост остроты зрения был в пределах 3 строк – у 7 пациентов, более 7 строк – также в 7 случаях. Послеоперационных воспалительных или геморрагических осложнений не отмечалось, терапия не отличалась от стандартной при неосложненной катаракте.

Выводы. Трансклеральная фиксация ИОЛ при осложненных случаях хирургии катаракты и дислокации ИОЛ является безопасным, патогенетически обоснованным и экономически целесообразным методом лечения,

однако требует определенных навыков и опыта хирурга, в связи с деликатностью манипуляций и микроинвазивностью вмешательства.

Зайнетдинов Р.Г., Ковеленова И.В., Бударина С.И., Тимофеев А.А.

Макулярная телеангиэктазия 2-го типа. Клинический случай

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»

Актуальность. Макулярная телеангиэктазия (MacTel) типа 2 – идиопатическое двустороннее нейродегенеративное заболевание с характерными изменениями в макулярной капиллярной сети, включая нейросенсорную атрофию. Следует отметить, что на ранних стадиях заболевания диагностика MacTel 2-го типа вызывает значительные трудности, так как пациенты не предъявляют субъективных жалоб, а изменения, выявляемые при обследовании, минимальны. На более поздних стадиях часто ошибочно диагностируется как возрастная дегенерация желтого пятна или другие нарушения сетчатки, особенно при наличии неоваскуляризации. Новые методы визуализации позволили раньше обнаружить MacTel путем выявления специфических особенностей заболевания и стали важными диагностическими инструментами.

Цель – представить редкий клинический случай макулярной телеангиэктазии 2-го типа у женщины 53 лет.

Материалы и методы. В клинику обратилась женщина 53 лет с жалобами на низкое зрение правого глаза, на постепенное ухудшение зрения левого глаза, метаморфопсии, нарушение способности к чтению и трудности с работой на компьютере. Снижение зрения отмечает в течении двух лет, ни с чем не связывает. Длительное время наблюдалась с диагнозом «ретинохориоидит неинфекционный, осложненный субретинальной неоваскулярной мембраной левого глаза. Субретинальный рубец неизвестной этиологии правого глаза». Из сопутствующих заболеваний: сахарный диабет 2 типа и гипертоническая болезнь 2 степени, по поводу которых она принимала метформин, телмисартан, бисопролол. Семейный анамнез отрицает. Операции и травмы глаз отрицает.

Офтальмологическое обследование включало визометрию с определением максимальной корригированной остроты зрения (МКОЗ), авторефрактометрию, тонометрию, пахиметрию и ОКТ, в т.ч. с ангиографией (Optopol REVO NX, Польша).

Результаты и обсуждение. Острота зрения правого глаза – 0.02 эксцентрично не корригирует. Острота зрения левого глаза с максимальной коррекцией sph (-)1.75 cyl(-)1.50ax71 составляет – 0.16. Результаты тонометрии и пахиметрии правого глаз: 17 мм рт.ст.; 553 мкм; левого глаз: 19 мм рт.ст.; 545 мкм.

При проведении теста Амслера определяются метоморфопсии левого глаза. Биомикроскопия переднего отрезка обоих глаз без особенностей, оптические среды прозрачные.

В макулярной зоне правого глаза определяются сформированный дисциформный рубец, кристаллиновые отложения, «ныряющие» расширенные вены.

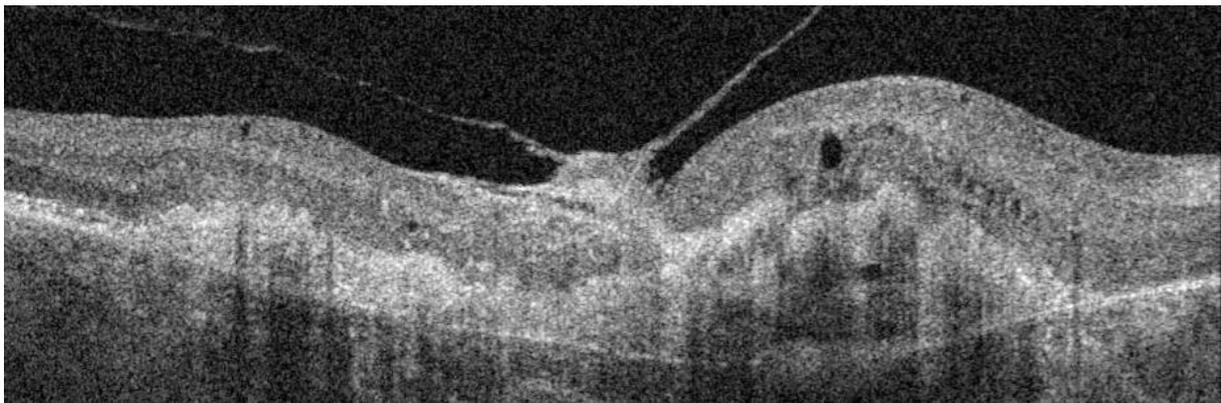


Рис. 1. Спектральная ОКТ (SD-ОКТ) с использованием горизонтального скана показала деформацию профиля сетчатки с витреомакулярной тракцией. Субретинально определяется плотная гиперрефлективная масса, в проекции которой просматриваются интравитреальные псевдокитозные полости, гиперрефлективные фоции и дезорганизация слоев сетчатки

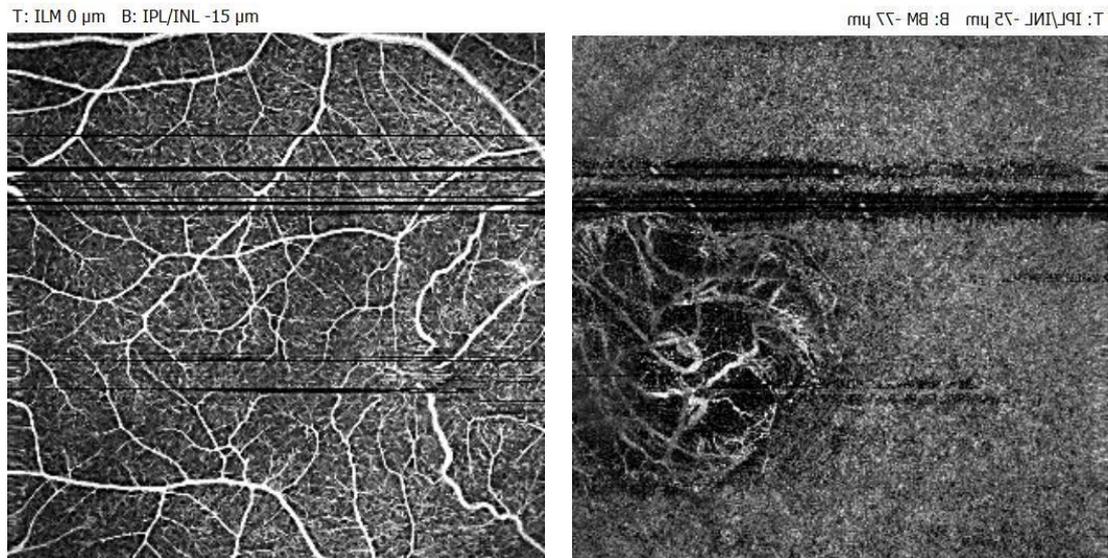


Рис. 2. ОКТ ангиография правого глаза – массивный субретинальный анастомоз с формированием петлевидной новообразованной сосудистой сети по типу «мертвое дерево»

При офтальмоскопии глазного в макулярной зоне левого глаза определяются диспигментация, кристаллиновые отложения, «ныряющие» расширенные венулы.

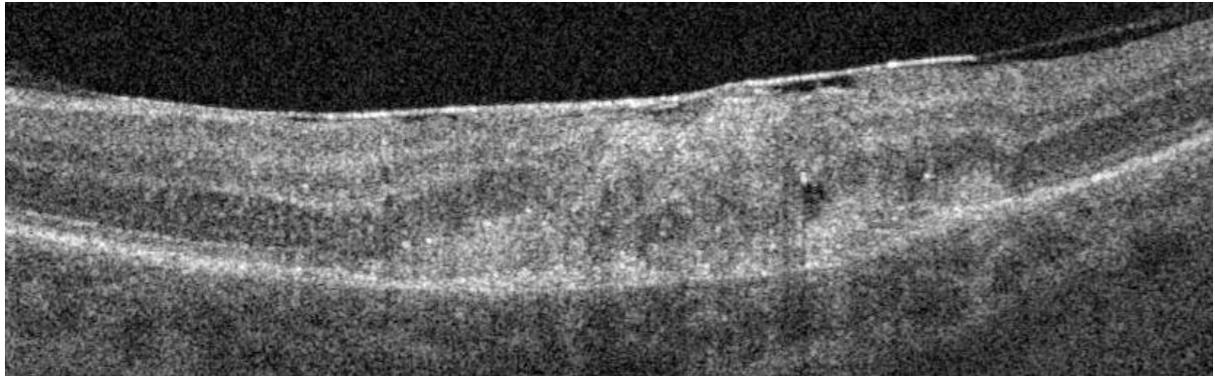


Рис. 3. Спектральная ОКТ (SD-ОКТ) с использованием горизонтального скана показала сглаженный профили сетчатки, фовеа не определяется. К ВПМ прилегает эпиретинальная мембрана с тракционным компонентом. Мы видим некое «сжатие», «стягивание» нейросенсорной сетчатки, разрушение эллипсоидного слоя зоны фоторецепторов, дезорганизацию внутренних слоев сетчатки. Интраретинально псевдокитозные полости, гиперфлективные фоции

T: ILM 0 μm B: IPL/INL -15 μm



T: BM 30 μm B: BM -45 μm

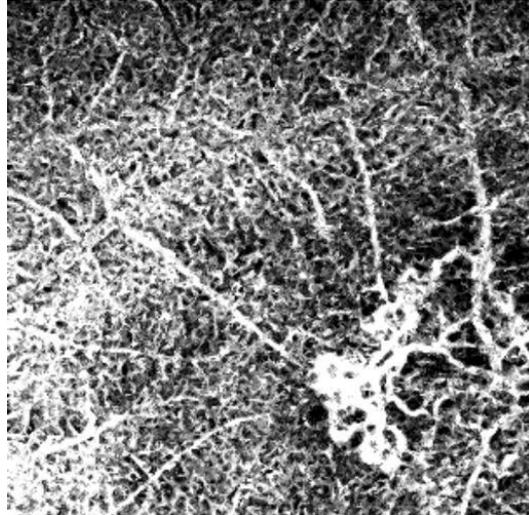


Рис. 4. ОКТ ангиография левого глаза показывает нам утолщение парафовеальных сосудов и изменение их хода, деформация и изменение курса поверхностных капилляров. Интратетинально массивный субретинальный анастомоз с формированием петлевидной новообразованной сосудистой сети без признаков активности

На основании жалоб, анамнеза, клинических и инструментальных методов обследования был установлен диагноз «макулярная телеангиэктазия 2-го типа с формированием дисциформного рубца правого глаза. Макулярная телеангиэктазия 2-го типа осложненная макулярной неоваскуляризацией, ЭРФ с тракционным синдромом левого глаза».

Пациенту было рекомендовано динамическое наблюдение и в случае выявления активности неоваскулярной мембраны левого глаза по данным ОКТ – antiVEGF терапия.

Заключение. Макулярная телеангиэктазия 2-го типа часто диагностируется на более поздних стадиях заболевания, когда клинические проявления становятся более очевидными и у пациента появляются симптомы. Это состояние имеет общие клинические проявления с другими дегенеративными состояниями желтого пятна и с его началом – в более позднем возрасте его часто ошибочно диагностируют как возрастную дегенерацию желтого пятна. С появлением новых методов визуализации были идентифицированы определенные специфические характеристики заболевания, и MacTel типа 2 можно диагностировать на более ранних стадиях.

Ковеленова И.В.¹, Косенко Ю.С.¹, Богданова И.Г.², Шарафетдинова Д.Д.¹

Антиангиогенная терапия в лечении эластической псевдоксантомы. Клинические наблюдения

¹ ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»;

² ООО «Прозрение»

Псевдоксантома эластическая (ПКЭ, Синдром Гренблада – Страндберга) – это редкое наследственное системное заболевание с ауто-сомно-рецессивным типом наследования. В основе лежит патологическая минерализация соединительной ткани, с поражением кожи, органа зрения и сердечно-сосудистой системы. Распространенность в популяции 1:25 000 – 100 000. Женщины болеют чаще мужчин (2:1).

Макулярная неоваскуляризация (МНВ) является наиболее частым глазным осложнением ПКЭ. Процесс протекает на фоне ангиоидных полос с суб-ретинальными кровоизлияниями, экссудацией, формированием фиброваскулярных рубцов и последующим необратимым снижением остроты зрения.

Клинический случай. Больная Щ., 51 год, наблюдается в лазерном кабинете ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница» с апреля 2021 г. Страдает заболеванием кожи с 12 лет, наблюдается у дерматолога. Изменения кожи имеют характерный вид для ПКЭ (рис. 1).



Рис. 1

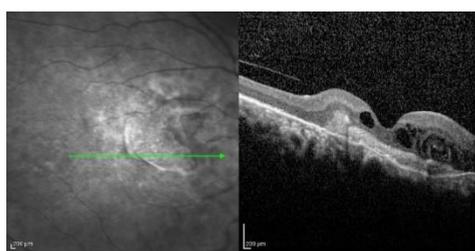


Рис. 2

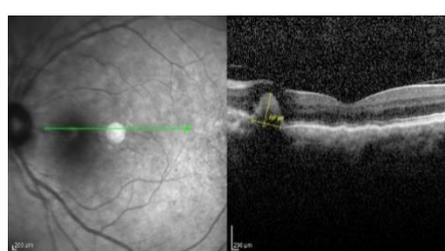


Рис. 3

На момент первичного обращения острота зрения правого глаза 0,05(-)3.0Д = 0.1, левого глаза 0,1(-)2.0Д = 0.4, ВГД 17/21.

Офтальмологический статус: передний отрезок без патологии, оптические среды прозрачные. На глазном дне обоих глаз – ангиоидные полосы, в центральной зоне атрофические изменения. В макулярной зоне левого глаза проминирующий сероватый очаг ½ РД, с нечетким контуром, с кровоизлиянием в толще.

ОКТ правого глаза: профиль деформирован, дифференциация слоев нарушена, слой пигментный эпителий (ПЭ) + мембрана Бруха частично разрушен, гиперрефлективная мембрана (рис. 2).

ОКТ левого глаза: профиль деформирован, фовеа сглажена, фиброваскулярная отслойка пигментного эпителия (ОПЭ) с неоднородным содержанием, с нечетким куполом, слой ПЭ + мембрана Бруха волнообразно деформирован (рис. 3).

Рекомендована анти-VEGF терапия левого глаза. В период с мая 2021 г. По октябрь 2023 г. было выполнено 9 интравитреальных инъекции препарата Афлиберцепт 2.0 мг в левый глаз, по 1 курсу трехкратных ежемесячных инъекций в год с последующим динамическим наблюдением. Ремиссия в среднем составляла 12 месяцев. На фоне лечения отмечалась положительная динамика. Острота зрения левого глаза повышалась до 0.7 с коррекцией, на глазном дне геморрагии рассасывались. На ОКТ левого глаза ОПЭ сохранялась, приобретала четкие контуры, по данным ОКТ-А новообразованные сосуды заустевали.

В январе 2024 г. проведен очередной осмотр. Острота зрения правого глаза 0,05(-)3.0Д = 0.1, левого глаза 0,16(-)2.0Д = 0.7, ВГД 18/19. На рисунке 4 фото глазного дна пациентки: ангиоидные полосы, в центральной зоне атрофические изменения. По данным ОСТ-ангиографии на левом глазу в фовеа визуализируются новообразованные сосуды (субретинальная неоваскулярная мембрана) без признаков активности (рис. 5).

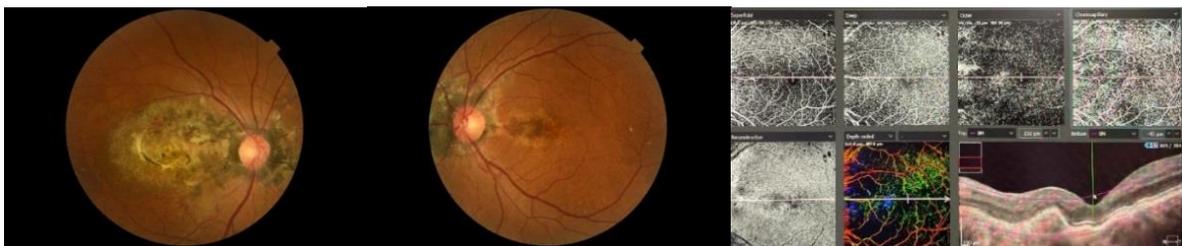


Рис. 1

Рис. 2

Рекомендовано динамическое наблюдение.

Выводы.

- ПКЭ характеризуется хроническим прогрессирующим течением. Поражение органа зрения без адекватного лечения приводит к ухудшению качества жизни, инвалидизации пациентов.

- Антиангиогенная терапия эффективна в лечении осложненных случаев эластической псевдоксантомы.
- С применением современных методов диагностики (ОКТ, ОКТ-А) возможно выявить риски осложнений на начальных стадиях. Своевременная диагностика и раннее начало лечения МНВ позволяет сохранить высокую остроту зрения.

Такие пациенты нуждаются в постоянном медицинском наблюдении, должны быть обучены навыкам самоконтроля.

Кузнецов С.Л., Болдырева Е.А.

Посттравматические фистулы склеры переднего отрезка глаза

ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

Актуальность. Субконъюнктивальные фистулы склеры (СФС) переднего отрезка глаза как отдаленные последствия травмы в отличие от стафилом встречаются не часто и недостаточно освещены в литературе. Вместе с тем особенности кровоснабжения, иннервации и трофических процессов в склере влияют на регенеративные процессы в ней и могут приводить к нарушениям ее целостности в отдаленном периоде. Поэтому изучение клинических случаев СФС и разработка мер, направленных на своевременность их диагностики и повышение эффективности хирургического лечения является актуальным направлением.

Цель – анализ клинических случаев посттравматических фистул склеры переднего отрезка глаза, развившихся в отдаленном периоде.

Материал и методы. Под наблюдением находились два пациента у которых в анамнезе в отдаленные сроки от 16 до 54 лет после травмы глаз развились СФС. Проводили комплексное обследование с ультразвуковой биомикроскопией (УБМ) в виде радиальных срезов в области СФС и реконструктивную склеропластику аллоплантом для пластики склеры и роговицы.

Пациент Б. 31 год. Диагноз: «СФС, артифакция (2012 г.) OS». Острота зрения 0.8 н.к., ВГД-18 мм рт.ст. В 15 лет – контузия OS (дробь из пневматического пистолета).

Пациентка П. 65 лет. Диагноз: «СФС с вставлением цилиарного тела, артифакия (2013 г.), дистрофия роговицы, ОД». Острота зрения 0,2 н.к., ВГД-19 мм рт.ст. В 11 лет «на улице что-то попало в глаз, инородное тело удалили в домашних условиях», за медицинской помощью не обращалась. Результаты. При биомикроскопии обнаружены фильтрационные подушки. При УБМ выявлены СФС с частично вставленными внутренними оболочками размером от 0,7 до 1,0 мм. Внутренний размер фистул превышал наружный в 2,5-3 раза. Фистулы располагались в 3 и 5 мм от лимба. По показаниям выполнены склеропластические вмешательства в виде пломбирования фистул склеры «Аллоплантом» для пластики склеры и роговицы с их шовной фиксацией к склере, а также конъюнктивальная аутопластика. Операции прошли без осложнений, острота зрения и ВГД в срок наблюдения от 6 мес. До 3 лет существенно не изменились.

Заключение. Установлено, что посттравматические фистулы склеры переднего отрезка глаза могут развиваться в отдаленном периоде после закрытой и открытой травмы глаза. Это подчеркивает актуальность диспансерного наблюдения и выполнения УБМ в комплексном обследовании таких пациентов для своевременной объективной диагностики и разработки оптимальной тактики мероприятий, направленных на профилактику и лечение посттравматических дефектов склеры переднего отрезка глаза. Склеропластические операции при фистулах склеры в отдаленные сроки после травм с использованием «Аллопланта» для пластики роговицы и склеры позволяют успешно устранить данное осложнение.

Михайлов Н.О., Поздеева Н.А., Горбунова Н.Ю.

Влияние имплантации ИОЛ с ротационно-асимметричной оптикой на показатели светочувствительности сетчатки у пациентов с глаукомой

Чебоксарский филиал ФГАУ НМИЦ МНТК Микрохирургия глаза
имени академика С.Н. Федорова

Актуальность. В эпоху активного использования смартфонов и других гаджетов пациенты все чаще хотят иметь высокие зрительные функции

не только на дальней, но и на ближней дистанциях. В настоящее время наиболее распространенным способом коррекции пресбиопии является имплантация мультифокальной ИОЛ или ИОЛ с увеличенной глубиной фокуса, после имплантации которых у большинства пациентов отсутствует необходимость в очковой или контактной коррекции зрения на различных дистанциях. И конечно же возникает вопрос о возможности имплантации данных ИОЛ у пациентов с глаукомой. Пациенты с глаукомой зачастую имеют выраженное снижение светочувствительности сетчатки. Lee J. с соавторами указывает, что у пациентов с мультифокальной ИОЛ отмечаются более низкие показатели светочувствительности по сравнению с монофокальными ИОЛ и ИОЛ с расширенной глубиной фокуса.

Цель – провести сравнительный анализ результатов имплантации ИОЛ с расширенной глубиной фокуса (ротационно-асимметричной оптикой) и монофокальной ИОЛ у пациентов с катарактой на фоне глаукомы.

Материалы и методы. Всего было прооперировано 129 пациентов. В I группе, где была имплантирована ИОЛ с расширенной глубиной фокуса Lentis Comfort (Teleon), было 69 глаз (69 пациентов), во II группе (контрольной) была имплантирована монофокальная ИОЛ РРР-2 (Репер-НН) – 60 глаз (60 пациентов). В I группе некорригированная острота зрения (НКОЗ) и максимально корригированная острота зрения (МКОЗ) составляли $0,38 \pm 0,31$ и $0,66 \pm 0,25$ соответственно. Во II группе НКОЗ и МКОЗ составляла $0,26 \pm 0,47$ и $0,58 \pm 0,13$ соответственно.

В I группе 42 глаза имели закрытоугольную форму и 27 – открытоугольную форму глаукомы, во II группе 31 и 29 соответственно. Среднее значение ВГД по Маклакову составило в I группе $19,46 \pm 7,1$, во II группе $19,1 \pm 4,4$ мм рт. ст.

Всем пациентам в обеих группах, у кого была закрытоугольная форма глаукомы, была проведена комбинированная операция: реконструкция передней камеры + ФЭК + ИОЛ + трабекулотомия. Пациентам с открытоугольной формой глаукомы, у которых ранее была АГО, проводилась стандартная ФЭК+ИОЛ. Пациентам с гипотензивной терапией проводилась комбинированная операция: Yag-лазерная активация трабекулы с последующей ФЭК+ИОЛ. Срок наблюдения составил 12 месяцев.

Результаты. В обеих группах мы отмечаем улучшение показателей остроты зрения вдаль (I гр. – НКОЗ $0,91 \pm 0,1$; МКОЗ $0,94 \pm 0,03$; II гр. –

НКОЗ $0,89 \pm 0,16$; МКОЗ $0,90 \pm 0,13$). Но в группе Lentis Comfort пациенты имеют более высокие показатели остроты зрения вблизи $0,45 \pm 0,08$ и на средней дистанции $0,51 \pm 0,08$ по сравнению с группой, где была имплантирована монофокальная ИОЛ $0,13 \pm 0,14$ и $0,13 \pm 0,1$ соответственно. Также в обеих группах отмечается компенсированное значение ВГД.

Отмечается улучшение показателей светочувствительности сетчатки по данным компьютерной периметрии в обеих группах, что связано с восстановлением прозрачности оптических сред глаза: I группа – до операции $-4,7 \pm 5,26$ dB, через 12 месяцев $-2,78 \pm 2,8$ dB; II группа – до операции $-4,5 \pm 4,4$ dB, через 12 месяцев $-2,8 \pm 1,9$ dB.

Выводы. Имплантация ИОЛ с ротационно-асимметричной оптикой увеличивает остроту зрения вдаль и на промежуточной дистанции, устраняет необходимость в дополнительной очковой коррекции для промежуточной дистанции, не снижает светочувствительность сетчатки в сравнении с монофокальной ИОЛ.

Романчева М.А., Чукалина И.В., Никифорова В.А., Безик С.В.

Занимательная авторефкератометрия

ООО «Центр оперативной офтальмологии»

Актуальность. Рефрактометрия – это диагностический метод в офтальмологии, направленный на измерение оптической силы глаза. На данном временном этапе в распоряжении офтальмолога имеется современное компьютерное оборудование, позволяющее быстро и точно получать необходимые результаты и предоставляющее специалисту значимый объем информации.

Вместе с тем можно констатировать, что не всегда полученные данные авторефкератометрии должным образом определяются и подвергаются критическому анализу.

Цель – изучить возможности авторефкератометра и показать его диагностический потенциал, обратить внимание специалистов на необходимость подробного анализа получаемых данных.

Материалы и методы. В данной работе проведен ретроспективный анализ данных авторефкератометрии 67 амбулаторных карт пациентов с различными аномалиями рефракции с учетом возраста, пола, наличия сопутствующих соматических и глазных заболеваний, оперативных вмешательств в анамнезе, динамики заболевания и зрительных функций.

В работе использованы данные, полученные при работе с авторефкератометрами Huvitz HRK 7000A и UNICOS URK 800F. Возраст пациентов от 18 до 92 лет.

При анализе учитывались статистические данные об анатомии глаза, распространенности рефракционных нарушений, изменении рефракции у пациентов в возрасте старше 65 лет, суточных изменениях рефракции, зависимости рефракции от состояния передней поверхности глаза, уровня ВГД и наличия сопутствующих заболеваний.

Обсуждение. При проведении обязательной при рутинном обследовании авторефкератометрии отмечено, что у молодых пациентов без сопутствующих заболеваний в большинстве случаев регистрируется прямой регулярный астигматизм. Обратный или косой астигматизм с несимметричным направлением оси астигматизма характерен для пожилых пациентов. При близких к одинаковым значениях кривизны роговицы парных глаз и невозможности определения рефракции одного глаза предполагается значительная непрозрачность преломляющих сред (катаракта, гемофтальм). Миопизация рефракции с увеличением общего (рефракционного) астигматизма, несовпадающего по силе и направлению с роговичным, говорит о наличии той или иной стадии развития катаракты глаза. Плоская роговица может свидетельствовать о предшествовавшем рефракционном вмешательстве. Нативная роговица с оптической силой около 39.0Д при эмметропической рефракции говорит о большей чем обычно переднезадней оси. Этот факт, в свою очередь, позволяет предположить наличие периферической хориоретинальной дистрофии и большой риск отслойки сетчатки. В то же время роговица с оптической силой более 45.0Д при слабой или средней степени рефракционной миопии говорит о близкой к нормальной длине глаза и меньшей вероятности наличия ПХРД. Плоская роговица при высокой гиперметропии предполагает наличие мелкой передней камеры с узким или закрытым углом передней камеры и необходимо-

сти выполнения базальной иридотомии. Крутая роговица в случае высокой гиперметропии может предполагать наличие нанофтальма.

Выводы. Качественное выполнение и подробный анализ результатов рутинно проводимой авторефкератометрии позволяет предположить наличие или отсутствие многих заболеваний и состояний глаза. Знание нормальных значений и критическое осмысление получаемых результатов рефракции в сопоставлении с результатами кератометрии могут служить ключом к постановке правильного диагноза.

Степанова С.С., Шишкина И.К., Охотникова Н.В.

**Оценка эффективности лечения дакриоцистита
новорожденных на базе ГУЗ «Ульяновская областная детская
клиническая больница имени политического
и общественного деятеля Ю.Ф. Горячева»**

ГУЗ «Ульяновская областная детская клиническая больница имени политического
и общественного деятеля Ю.Ф. Горячева»

Актуальность. Дакриоцистит – это воспаление слезного мешка. Заболевание особенно часто встречается у новорожденных, но может развиваться у детей любого возраста и у взрослых.

Дакриоцистит новорожденных связан с врожденной блокадой выхода носослезного протока зародышевой желатинообразной пробкой из слизи и омертвевших эмбриональных клеток или эмбриональной рудиментарной мембраной, не успевшей рассосаться к моменту рождения. С этой мембраной рождаются около 35% новорожденных. Если она не претерпевает обратного развития, то возникает препятствие к оттоку слезы, которая скапливается в полости слезного мешка. При этом содержимое слезного мешка (слизь, детрит эмбриональных, эпителиальных клеток и др.) является благоприятной средой для роста микрофлоры с последующим развитием гнойного воспаления – дакриоцистита новорожденных. Кроме того, причиной дакриоцистита у новорожденных может быть врожденная и наследственная патология слезоотводящих путей: дивертикулы, складки

слезного мешка, узкий, извитой носослезный проток, аномальный выход его в полость носа, нередко прикрытый слизистой носа или выход несколькими выводными каналцами, отсутствие костного канала, возрастные особенности (узкие носовые ходы, малая высота нижнего носового хода), патология носа и окружающих тканей вследствие воспаления (утолщенная слизистая нижнего носового хода, грануляции), неправильная закладка зубов и повреждения лица при наложении щипцов во время родов и др.

Признаки дакриоцистита у новорожденных:

- постоянное выделение слезной жидкости из глазной щели;
- припухлость в проекции слезного мешка;
- слизистые и гнойные отделения из слезных точек, которые усиливаются при ощупывании назального угла глаза, что может привести к склеиванию ресниц.

Основным отличием дакриоцистита является положительная компрессионная проба (выделение гноя или слизи из слезных точек при надавливании на область слезного мешка).

Цель исследования – проанализировать результаты зондирования носослезного канала и провести сравнительный анализ эффективности проведения данной манипуляции над другими методами лечения.

Материал и методы. В ходе работы было исследовано 697 пациентов с дакриоциститом новорожденных за 2023 год. Возраст пациентов – от 1 недели до 1 года. Дети других возрастов не вошли в анализ обследования. Всем детям до зондирования назначалось закапывание антибактериальных глазных капель и массаж слезного мешка.

Результаты. Проведенный нами анализ показал, что применение антибактериальных капель оказалось эффективным у 15 детей, с помощью массажа слезного мешка излечились 22 детей, а проведение массажа области слезного мешка в сочетании с закапыванием антибактериальных глазных капель помогло 32 детям. Массаж слезного мешка эффективен на ранних стадиях (до трёхмесячного возраста), при легко преодолимой обструкции, при корректно выполняемых манипуляциях. Проведение массажа детям старше трёхмесячного возраста нецелесообразно, так как может привести к активизации гнойной инфекции. При гнойных дакриоциститах он противопоказан из-за возможности возникновения флегмоны слезного мешка.

Зондирование оказалось наиболее эффективным у 628 детей, что составляет 90% от общего количества исследуемых. Оптимальным для этой процедуры следует считать возраст от 3 до 6 месяцев. Чем старше ребенок (особенно после года), тем эффективность зондирования меньше. Однако его не следует исключать из плана лечения до 3-5-летнего возраста.

Критерием оценки эффективности зондирования являлась положительная динамика состояния пациентов и объективного глазного статуса.

Раннее зондирование слезоотводящих путей – залог полного излечения дакриоциститов новорожденных.

Выводы: 1. Зондирование слезно-носового канала является наиболее эффективным и радикальным способом лечения дакриоциститов новорожденных. Его эффективность достигает 90%. 2. Потеря эластичности слезного мешка приводит к его увеличению в размерах. При распространении воспалительного процесса за пределы слезного мешка может развиваться флегмона, которая требует хирургического вскрытия, что приводит к образованию рубцовых изменений. Правильно поставленный диагноз дакриоцистита новорожденных и своевременное выполнение зондирования слезно-носового канала позволяет избежать растяжения слезного мешка.

Ковеленова И.В., Сулеева И.Г., Зайнетдинов Р.Г.

Ретинопатия Пурчера. Клинический случай

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»

Актуальность. Ретинопатия Пурчера (РП) – это редкое микроциркуляторное заболевание глаз, которое вызывает внезапную безболезненную потерю зрения, характеризующееся изменениями на глазном дне (белые ватообразные очаги, кровоизлияния в сетчатку, отек диска зрительного нерва и пятна Пурчера в виде ишемических зон в глубоких слоях сетчатки). Данное состояние не является следствием прямой механической травматизации глаз. Чаще всего оно развивается при компрессионных травмах, остром панкреатите, почечной недостаточности, преэклампсии, родах, краш-синдроме и других состояниях. Острый панкреатит является одним из заболеваний, приво-

дящих к активации системы комплемента посредством увеличения содержания в крови ферментов, таких как трипсин. На сегодня известно более 50 случаев ретинопатии Пурчера на фоне поражения поджелудочной железы. Это, в свою очередь, сопровождается гиперкоагуляцией и формированием лейкоцитарных агрегантов, приводящих к эмболизации ретинальных препиллярных артериол и развитию клиники ретинопатии Пурчера.

Ретинопатия Пурчера – это редкое заболевание, частота патологии составляет около одного случая на 4 млн населения. Чаще наблюдается у мужчин молодого или среднего возраста с распространенностью 0,24 человека на миллион в год. Точный патогенез ретинопатии Пурчера неизвестен, но считается, что это микроангиопатия, возникающая вследствие окклюзии, вызванной эмболизацией терминальных артериол сетчатки, которые снабжают поверхностные перипапиллярные капилляры. Эти артериолы сетчатки присутствуют в слое нервных волокон сетчатки (RNFL) внутри сосудистого сплетения, называемого сетью радиальных перипапиллярных капилляров (RPC).

Цель – предоставить клинический случай течения Ретинопатии Пурчера на фоне острого панкреатита у пациента, находившегося на стационарном лечении в хирургическом отделении.

Материалы и методы. Мужчина, 43 года, находился на стационарном лечении в хирургическом отделении с диагнозом «острый панкреатит, парапанкреатит, геморрагический панкреонекроз» на фоне злоупотребления алкоголем. С момента поступления больной предъявлял жалобы на резкое безболезненное снижение зрения обоих глаз. После купирования явлений острого панкреатита больной был переведен в офтальмологическое отделение.

Офтальмологический статус: Vis OD = счет пальцев у лица, Vis OS = 0,16 н/к. OU-Биомикроскопия переднего отрезка без особенностей, оптические среды прозрачные.

Глазное дно OD (рис. 1): ДЗН бледно-розовый, контуры четкие, артерии сужены, вены расширены, в МЗ множественные ишемические экссудативные очаги различного размера и формы, на периферии единичные ишемические экссудативные очаги различного размера и формы с кровоизлияниями вокруг них. Глазное дно OS (рис. 2): ДЗН бледно-розовый, контуры четкие, артерии сужены, вены расширены, в МЗ ишемические экссудативные очаги различного размера и формы, на периферии единичные ишемические экссудативные очаги различного размера и формы с незначительными кровоизлияниями вокруг них.



Рис. 1. Октябрь 2023 г.



Рис. 2. Октябрь 2023 г.

На основании жалоб, анамнеза, клинических и инструментальных методов обследования был выставлен диагноз Ретинопатия Пурчера.

В офтальмологическом отделении больной получал лечение в виде инфузионной терапии, системного и местного применения глюкокортикостероидов, нестероидных противовоспалительных средств, также проводилась нейрпротекция. На фоне проводимой терапии отмечалась положительная динамика.

Результаты. На контрольном осмотре в ноябре 2023 г. отмечается положительная динамика (рис. 3-4) в виде улучшения зрительных функций ($\text{vis OD/OS} = \text{счет пальцев у лица} / 0,6 (+) 0,75 = 0,7$), изменения картины глазного дна (уменьшение ишемических экссудативных очагов, площадь экссудатов).

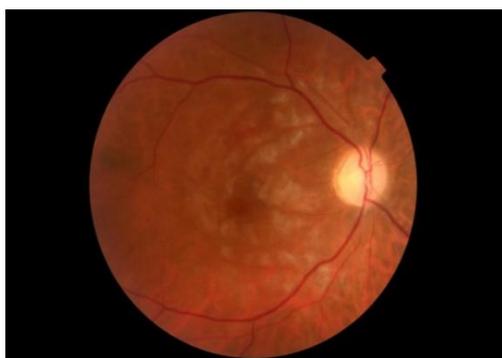


Рис. 3. Ноябрь 2023 г.

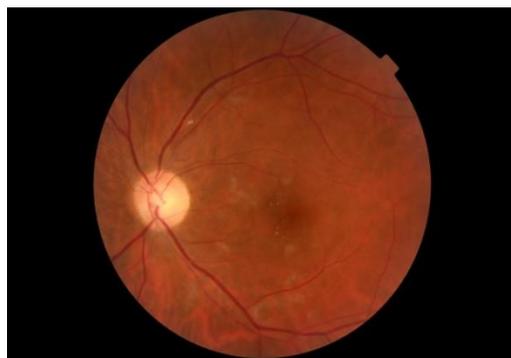


Рис. 4. Ноябрь 2023 г.

Через 4 месяца острота зрения составляет $\text{OD}=0,02 \text{ нк/OS} = 0.7-0.8 \text{ н/к}$.

На контрольном осмотре при визуализации глазного дна отмечается отсутствие множественных ишемических экссудативных очагов и кровоизлияний вокруг них.



Рис. 5



Рис. 6

Заключение.

- Представленный клинический случай ретинопатии Пурчера на фоне острого панкреатита может сопровождаться внезапной потерей зрения.
- Двусторонность и безболезненность процесса, наличие экссудативных очагов и кровоизлияний, преимущественно вокруг ДЗН, полнокровие вен должны склонять офтальмолога в пользу ретинопатии Пурчера.
- В задачи офтальмолога входит не только правильная трактовка результатов офтальмологического статуса, но и учет инструментальных и лабораторных данных, который позволяет правильно выставить диагноз и назначить необходимое лечение.
- Своевременно начатое лечение и его результат – стабилизация функций поджелудочной железы – делает процесс возможно обратимым и восстанавливает зрительные функции в относительно короткие сроки.

Ковеленова И.В., Шайдуллина А.Д., Малиновский К.О.

Сравнительный анализ лечения возрастной макулярной дегенерации в условиях ОМХГ ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»

Актуальность. Возрастная макулярная дегенерация (ВМД) – прогрессирующее хроническое заболевание, выражающееся дегенеративными процессами в пигментном эпителии сетчатки (ПЭС), мембране Бруха (МБ),

хориокапиллярном слое. На сегодняшний день ВМД – наиболее частая причина прогрессирующего снижения зрения. В последние годы наметилась отчетливая тенденция к «омоложению» данного заболевания. Социально-медицинская значимость ВМД характеризуется быстрой потерей центрального зрения и утратой трудоспособности. Более 80% потерь зрения при ВМД происходит из-за хориоидальной неоваскуляризации (ХНВ) и ее последствий. Эффективным, доказанным и патогенетически обоснованным методом лечения «влажной» ВМД является анти-VEGF-терапия.

Цель – провести сравнительный анализ клинической эффективности антиангиогенной терапии в лечении возрастной макулярной дегенерации при различных типах неоваскуляризации с использованием препаратов Афлиберцепт, Бролуцизумаб. Оценить изменения функциональных и анатомических показателей макулы после переключения пациентов с нВМД с Афлиберцепта на Бролуцизумаб.

Материал и методы. На базе отделения микрохирургии глаза ГУЗ УОКБ было проанализировано 5000 амбулаторных карт за период с 2018 по 2023 гг. Пациенты были разделены на 3 группы: инъекции Афлиберцепта (группа 1), Бролуцизумаба (группа 2), Афлиберцепта + Бролуцизумаб (группа 3). Группа 1 – интравитреальное введение Афлиберцепта (ИВВА): всего 1823 чел. (1823 глаз), из них 46,9% – мужчины и 53% – женщины, в возрасте $55 \pm 11,2$ года. Сопутствующие заболевания: начальная катаракта – 78,7%; глаукома – 4,9% и артификация – 16,4% случаев. Группа 2 – интравитреальное введение Бролуцизумаба (ИВВБ): всего 1 738 чел. (1 738 глаз), из них 48% – мужчины и 51,9% – женщины в возрасте 63 ± 10 года. Сопутствующие заболевания: катаракта – 82,2%; глаукома – 4,8% и артификация – 13% случаев. Группа 3 – интравитреальное введение Афлиберцепта с переключением на Бролуцизумаб: всего 1 439 чел. (1 439 глаз), из них 42,9% – мужчины и 57% – женщины, в возрасте $65,4 \pm 6,5$ года. Сопутствующие заболевания: катаракта – 78,5%; глаукома – 2% и артификация – 19,5% случаев. Использовались стандартные методы исследования: авторефрактометрия, определение максимальной корригированной остроты зрения (МКОЗ), офтальмомобиомикроскопия в условиях медикаментозного мидриаза с использованием асферической линзы 78 дптр, тонометрия (ВГД), определение центральной толщины сетчатки и активности ХНВ в динамике по данным ОСТ на аппарате Spectralis в день

проведения инъекции. Лечение проводилось путем интравитреального введения препаратов с интервалом между процедурами не менее 1 мес. в течение последовательных 3 мес. Инъекции выполнялись по стандартной методике. За период наблюдения осложнений не зарегистрировано.

Результаты

Таблица 1

Динамика изменения остроты зрения и центральной толщины сетчатки при ИВВА

Инъекции	VIS	Центральная толщина сетчатки
1	0,368 ± 0,12	410 ± 40,4
2	0,489 ± 0,13	379,7 ± 45,0
3	0,562 ± 0,18	349,2 ± 47,6

Таблица 2

Динамика изменения остроты зрения и центральной толщины сетчатки при ИВВБ

Инъекции	VIS	Центральная толщина сетчатки
1	0,368 ± 0,12	410 ± 40,4
2	0,489 ± 0,13	379,7 ± 45,0
3	0,562 ± 0,18	349,2 ± 47,6

Таблица 3

Динамика изменения остроты зрения и центральной толщины сетчатки при ИВВА с переходом на ИВВБ

Инъекции	VIS	Центральная толщина сетчатки
1 (А)	0,368 ± 0,12	461 ± 89,4
2 (Б)	0,489 ± 0,13	428,7 ± 25,7
3 (Б)	0,562 ± 0,18	333,6 ± 30,6

Выводы. 1. Режим Treat and extend (T&E) позволил сохранить и улучшить зрительные функции, стабилизировать анатомические показатели макулярной зоны, снизить активность хориоидальной неоваскуляризации. При этом количество инъекций Афлиберцепта за весь период наблюдения составило $7,8 \pm 0,1$, Бролуцизумаба – $6,37 \pm 0,3$, что свидетельствует о том, что при лечении Бролуцизумабом потребовалось в среднем на 1 ИВВ

меньше, чем при лечении инъекциями Афлиберцепта. 2. Переключение пациентов с терапии препаратом Афлиберцепт на Бролуцизумаб показало более высокую эффективность в лечении нВМД по данным клинико-анатомических показателей по сравнению с монотерапией Афлиберцептом.

Ковеленова И.В., Шарафетдинова Д.Д., Богданова И.Г., Косенко Ю.С.

Сочетание невуса и возрастной макулярной дегенерации, сложности диагностики

ООО «Прозрение»

Меланоцитарный невус хориоидеи – наиболее часто встречающаяся первичная внутриглазная опухоль. Частота этого новообразования среди взрослых европеоидов составляет около 7%. Невус хориоидеи обычно впервые выявляется во взрослом возрасте и, как правило, является случайной находкой. Он может быть пигментным или амеланотическим, плоским или минимально выступать в стекловидную камеру. Со временем на поверхности невуса появляются друзы. Приблизительно в 10% случаев развивается отслойка пигментного эпителия сетчатки, хориоидальная неоваскуляризация на поверхности невуса встречается менее чем в одном проценте случаев. Именно с таким редким случаем довелось встретиться в нашей клинческой практике.

Для дифференциальной диагностики невуса хориоидеи с другими заболеваниями обычно применяют следующие методы диагностики: ультразвуковое исследование (УЗИ), спектральную оптическую когерентную томографию (СОКТ), оптическую когерентную томографию с ангиографическим режимом (ОКТ-А).

Сложность диагностики в нашем случае заключалась в том, что локализация и невуса, и ХНВ у пациентки строго субмакулярно, была необходимость исключить неопластический процесс (малигнизация невуса), поэтому нашим основным методом исследования являлась ОКТ ангиография.

Клинический случай. Больная Ф., 65 лет, с 2018 года регулярно наблюдалась в клинике «Прозрение», а так же в НИИ ГБ им. Гельмгольца (г. Москва) с диагнозом «невус хориоидеи правого глаза». В течение трёх

лет состояние новообразования хориоидеи, как и острота зрения, оставались стабильными. ОД/ОС=0,7/0,5(+), 1,75=0,8. В сентябре 2023 г. пациентка отметила резкое снижение зрения и появление искажения форм предметов правого глаза, по поводу чего была осмотрена и обследована.

При офтальмоскопическом обследовании: «Острота зрения ОД/ОС=0,2(+), 1,25=0,3/0,5(+), 1,75=1,0. Офтальмоскопический статус ОУ: передний отрезок без патологии, оптические среды прозрачные. На глазном дне правого глаза: ДЗН и сосудистый рисунок без значимых изменений, субмакулярно очаг серо-зеленого цвета, округлой формы размером 2 PD, с четким краем, незначительно проминирующий в стекловидное тело, в толще геморрагии, ОНЭС, периферия сетчатки без патологии. Глазное дно левого глаза: без патологии».

На ОКТ Ангиографии при наличии только невуза в макулярной области в слое хориокапилляров сеть новообразованных сосудов не определяется, в нашем же случае: профиль сетчатки деформирован, фовеа сглажена, деформирована, асимметрична, дифференцировка слоев нарушена, определяется ОПЭ, ОНЭ, перифокально – кистовидный отек с гипорефлективным содержимым. На уровне хориокапилляров определялась активная сеть новообразованных сосудов (рис. 1). Нами было принято решение проводить пациентке антиангиогенную терапию препаратом Афлиберцепт 2,0 мг. Выполнена интравитреальная инъекция Афлиберцепт 2,0 мг No1.

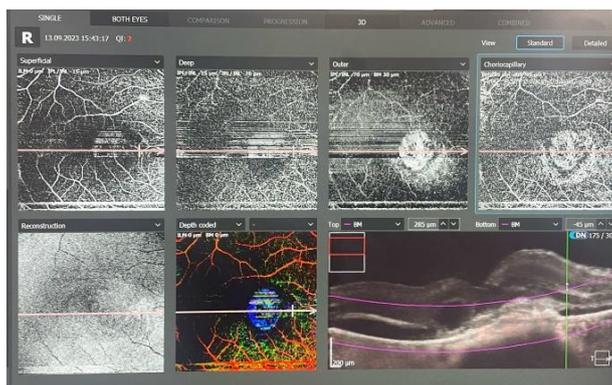


Рис. 1

Затем пациентка направляется на дополнительную консультацию в НИИ ГБ им. Гельмгольца (г. Москва) для подтверждения диагноза и выработки тактики наблюдения и лечения. По результату консультации – федеральным центром было рекомендовано продолжить интравитреальную ан-

тиангиогенную терапию. Во второй визит острота зрения: $ОД/ОС=0,5(+)+1,25=0,8/0,5(+)+1,75=1,0$ (рис. 2) Выполнено ИВВ Афлиберфепт 2,0 мг No2.

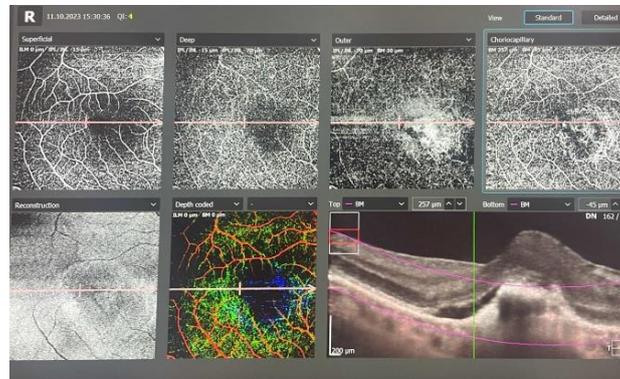


Рис. 2

В третий визит острота зрения $ОД/ОС=0,4(+)+1,25=0,8/0,5(+)+1,75=1,0$ (рис. 3). Выполнено ИВВ Афлиберфепт 2,0 мг No3. На данный момент пациентка продолжает лечение ингибиторами ангиогенеза по схеме Treat and extend.

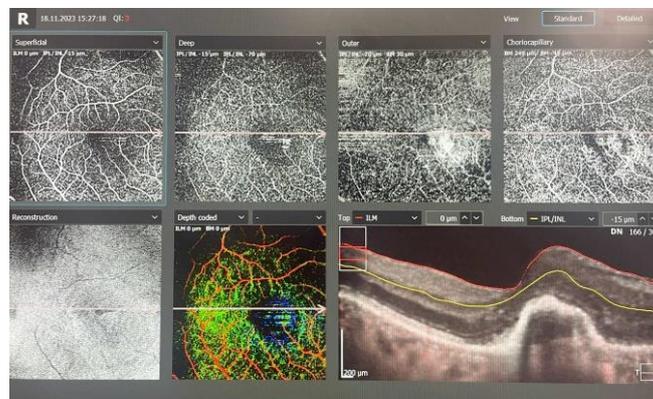


Рис. 3

Выводы:

1. Невус хориоидеи и хориоидальная неоваскуляризация являются отдельными самостоятельными состояниями, которые требуют регулярно динамического наблюдения.

2. При своевременном обращении пациента и вовремя начатом лечении, как правило, удается достигнуть положительной динамики и стабилизации в лечении.

3. Метод ОКТ-ангиографии отражает объективную картину сосудистого русла с учетом сегментации сетчатки, позволяет определить локализацию, форму, структуру и площадь патологических сосудистых изменений, расширяя возможности в изучении патогенеза заболеваний, в основе которых лежат нарушения хориоретинального кровотока, и позволяет проводить дифференциальную диагностику с другими заболеваниями, сопровождающимися изменениями в центральных отделах сетчатки.

Список литературы

1. Бровкина А.Ф. Диагностика и лечение опухолей хориоидеи. В кн.: Краснов М.М., Нестеров А.П., Дебов С., ред. Актуальные проблемы офтальмологии. М.: Медицина, 1981. С. 211–253.

2. Бровкина А.Ф. Опухоли хориоидеи. В кн.: Бровкина А.Ф., ред. Офтальмоонкология: Руководство для врачей. М.: Медицина, 2002. С. 255–259.

3. Гурко Т.С. Клиника и дифференциальная диагностика невуса хориоидеи. Современные проблемы науки и образования. 2021; 4.

4. Рукина Д.А., Пестрякова Я.Ф., Мирошниченко О.В., Устюгова С.О. Применение нового антивазопролиферативного препарата в лечении экссудативной возрастной макулярной дегенерации. Тихоокеанский медицинский журнал. 2022; 3: 91–95.

Евтушенко М.Ю., Шленкина Н.А., Титов Н.А.

Клинический случай двустороннего эндогенного эндофтальмита

ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска»

Актуальность. Эндогенный эндофтальмит (ЭЭ) – гнойное воспаление внутренних оболочек глазного яблока, которое развивается в результате попадания внутрь глаза бактерий, грибков, паразитов, путем гематогенного заноса возбудителя инфекции из очага воспаления в ткани глаза. По данным литературы, распространенность ЭЭ составляет от 2 до 15%

всех эндофтальмитов, из них двусторонняя патология выявляется у 15-25% пациентов. ЭЭ в большей части случаев не имеет благоприятного прогноза и может привести к полной потере зрения.

Цель – учитывая редкую встречаемость двустороннего ЭЭ, представляем клинический случай из нашей практики.

Материал и методы. Пациентка Е., 69 лет, была доставлена бригадой скорой помощи в ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска» с жалобами на одышку, слабость, кашель, головную боль, повышение температуры тела до 37,3. После проведенного обследования госпитализирована в пульмонологическое отделение с диагнозом «левосторонняя верхнедолевая пневмония». Назначена системная антибиотикотерапия, отхаркивающие и жаропонижающие средства, увлажненный кислород. В процессе дообследования обнаружена гиперкликемия, был выставлен впервые выявленный сахарный диабет 2 типа. Спустя 5 дней у пациентки появились жалобы на резкое снижение зрения обоих глаз. При офтальмологическом осмотре острота зрения правого глаза – правильная светопроекция, в передней камере гипопион, розовый рефлекс с глазного дна отсутствует за счет выраженной экссудации в стекловидное тело. Острота зрения левого глаза – 0,01, не корригирует, в передней камере гипопион, в стекловидном теле плавающие помутнения, на глазном дне в макулярной области обширный экссудативный очаг, проминирующий в стекловидное тело, по краю очага – геморрагии. На ультразвуковом исследовании обоих глаз в стекловидном теле гиперэхогенная взвесь, указывающая на наличие экссудата. Справа – локальная плоская отслойка сетчатки. Слева – гиперэхогенный участок проминирующей сетчатки. С учетом вышеописанных данных выставлен диагноз «эндофтальмит, гипопион-увеит обоих глаз». Экссудативная отслойка сетчатки правого глаза. Субретинальный абсцесс левого глаза. Пациентке было назначены интравитреальные инъекции антибиотиков (ванкомицин и цефтазидим) с дексаметазоном. Витрэктомия не проводилась из-за общего тяжелого состояния пациентки. С целью подтверждения бактериемии и идентификации возбудителя были взяты мазки с конъюнктивы (роста нет), посев стекловидного тела (роста нет), кровь на стерильность (получен рост: *Stafilococcus epidermidis*), моча на стерильность (роста нет). На компьютерной томографии брюшной полости имеются признаки двустороннего мочевого стаза, нельзя исключить острый пиелоне-

фрит слева. Решением консилиума установлена причина сепсиса – острый восходящий пиелонефрит слева на фоне нейрогенного мочевого пузыря.

Результат. В результате проведенного лечения удалось достичь повышения остроты зрения правого глаза до 0.3 и сохранить остроту зрения левого глаза на уровне 0.01. Пациентке в плановом порядке в условиях отделения микрохирургии глаза ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница» была проведена витрэктомия с факоэмульсификацией с имплантацией интраокулярной линзы обоих глаз. Достигнута высокая острота зрения на правом глазу -0.6, не корректирует. На левом осталась без изменений.

Выводы. Своевременная диагностика ЭЭ и вовремя начатое лечение, которое заключается в интравитреальном введении антибиотиков в первые 24 часа после установления диагноза, позволяет не только сохранить глаз и избежать развития субатрофии, но и вернуть утерянные зрительные функции, а также подготовить глаз к проведению витрэктомии после стабилизации общего состояния пациента.

Яфясова Г.Р., Булгакова И.А., Абульханова Г.Ш., Ковеленова И.В.

Сравнительный анализ бесконтактной и аппланационной тонометрии у разных групп людей среди взрослого населения

ООО «Прозрение»

Внутриглазное давление – важнейший параметр в организме, не уступающий по значимости любым другим жизненно важным параметрам. Гидродинамика глаза – сложный механизм, а патогенез глаукомы – многофакторный многогранный процесс, как и само заболевание, имеющее не одну классификацию и разнообразное клиническое течение. Поэтому тонометрия, как метод – неотъемлемая часть офтальмологического осмотра. В РФ измерение ВГД регламентируется клиническими рекомендациями согласно «Национальному руководству по глаукоме», для людей 40 лет и старше прохождение тонометрии является обязательным и ежегодным, а первичный прием офтальмолога должен обязательно включать измерение ВГД. Страдающие глаукомой обязаны проходить тонометрию ежеквартально.

Актуальность проблемы. По данным ВОЗ, глаукома занимает 2-е место среди хронических глазных заболеваний и 4-е – среди всех офтальмопатологий по причинам слепоты взрослого населения, после макулодистрофии и катаракты.

По данным журнала Lancet, опубликованным в ноябре 2023 года, «почти 95 миллионов человек во всем мире страдают глаукомой, около 10 миллионов слепы хотя бы на один глаз». Из них около 65 млн приходится на открытоугольную, 30 млн – на закрытоугольную глаукому, а половину случаев глобальной слепоты составляет закрытоугольная глаукома.

По данным Российских авторов, глаукома практически во всех регионах РФ занимает 1 место по инвалидности вследствие офтальмопатологии. За последние 11 лет заболеваемость глаукомой выросла на 24%. В 2019 году в РФ было зарегистрировано 1 338 242 больных глаукомой.

Среди основных проблем, с которыми сталкиваются врачи и пациенты в РФ, по мнению российских авторов, названы сложности ранней диагностики.

«Повышенное внутриглазное давление – это единственный доказанный фактор риска, напрямую связанный с повреждением зрительного нерва по глаукомному типу» (Lancet, 2023).

Цель – сравнительный анализ данных тонометрии с использованием аппланационного тонометра Гольдмана, тонометра Маклакова и бесконтактных пневмотонометров Хьюитс и Рейхерд у трех групп пациентов с усредненным показателем толщины роговицы 550 мкм, не требующей поправки.

Нами были проведены параллельно 2 исследования.

Первое исследование включало две группы пациентов:

– с установленным диагнозом глаукома и офтальмогипертензией, получающий гипотензивную терапию,

– группа лиц не страдающих глаукомой, проходящие плановый ежегодный визит врача офтальмолога (скрининговый замер ВГД).

Данным пациентам были проведены бесконтактная пневмотонометрия на аппарате Рейхерд и в тот же момент осмотра тонометрия аппланационным тонометром Гольдмана. Всего исследовано 127 глаз (62 правых / 65 левых) в первой группе, 95 глаз (47 правых / 48 левых) во второй группе. В первой группе пациентов расхождение в тонометрии показало 4.9 / 4.5 мм рт.ст., из 127 глаз 36 имели расхождение от 0-2 мм рт.ст., а во второй – 6.7 / 6.0 мм рт.ст., из 95 глаз 16 имели расхождение от 0-2 мм рт.ст. В обеих группах данные пневмотонометрии превыша-

ли данные тонометрии по Гольдману. Меньшее расхождение параметров у первой группы связано с тем, что пациенты получали гипотензивную терапию, тем самым ВГД было более стабильное и контролируемое.

Второе исследование включало группу пациентов, страдающих глаукомой на разных стадиях заболевания. Данным пациентам были проведены бесконтактная пневмотонометрия на аппарате Хьюитс и в тот же момент тонометрия по Маклакову. Всего исследовано 300 глаз (150 правых и 150 левых). Расхождение в данных тонометрии составили в среднем 3.8 / 5.3 мм рт. ст., где данные пневмотонометрии преобладали.

Выводы. Пневмотонометрия является быстрым и хорошим методом в качестве скрининговой диагностики у пациентов при первичном обращении или плановых осмотрах, по причине безопасности и, главное, отсутствия контакта с поверхностью глазного яблока, что является важным фактором ввиду массовости процедуры, но требует дополнительного контроля при повышенных данных и подозрении на глаукому. Тонометрия по Маклакову не теряет актуальность, являясь одним из точных методов для оценки ВГД, но строго при соблюдении техники измерения и подсчета результатов, имея прямую зависимость от человеческого фактора. Аппланационная тонометрия по Гольдману – самый точный метод измерения ВГД, важна для планового контроля ВГД и оценки эффективности лечения у пациентов с глаукомой, оставаясь мировым «золотым стандартом».

Возженников А.Ю.^{1, 2, 3}, Мидленко Т.А.^{1, 2, 3}, Соловьева Е.С.^{1, 2, 3}

Микроимпульсная контактная трансклеральная циклокоагуляция в лечении терминальной вторичной рефрактерной болящей неоваскулярной глаукомы у пациентов с посттромботической ретинопатией

¹ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»;

² ООО «Центр микрохирургии глаза»;

³ ООО «ГлазЦентр»

Неоваскулярная вторичная глаукома характеризуется повышением внутриглазного давления в результате закрытия угла передней камеры

фиброваскулярной тканью. Среди частых причин, приводящих к данному заболеванию, необходимо выделить тромбоз центральной вены сетчатки (ЦВС). При неишемическом типе тромбоза ЦВС неоваскулярная глаукома развивается у 1% пациентов, а при ишемическом – у 20-40%. Основные технологии лечения глаукомы включают в себя местное использование гипотензивных препаратов, оказывающих влияние на выработку внутриглазной жидкости или улучшение ее оттока. Наибольшие сложности возникают при лечении терминальной стадии глаукомы у таких пациентов вследствие развития выраженных атрофических и фиброваскулярных изменений в дренажной системе глаза. Переход терминальной стадии неоваскулярного глаукомного процесса в «болящую» глаукому ставит вопрос об удалении слепого глазного яблока из-за выраженных болевых ощущений. Нежелание пациентов расставаться с глазным яблоком вынуждает искать другие методы органосохранного лечения. Уменьшению выработки внутриглазной жидкости и улучшению ее оттока способствует классическая импульсная транссклеральная циклокоагуляция. Её недостаток заключается в том, что из-за выраженных болевых ощущений при проведении требует ретробульбарного введения сочетания 2 анестетиков. Нами применена методика контактной микроимпульсной диодной транссклеральной циклокоагуляции, не требующая инъекционной ретробульбарной анестезии, что снижает риск возникновения возможных осложнений.

За период с 2012 по 2023 год под нашим наблюдением находились 26 больных вторичной терминальной рефрактерной болящей неоваскулярной посттромботической глаукомой одного из глаз (11 мужчин и 15 женщин), средний возраст которых составил $58,5 \pm 6,5$ года. Всем пациентам проведена визометрия, исследование внутриглазного давления методом пневмотонометрии, гониоскопия и биомикроскопия переднего отрезка глазного яблока и глазного дна. При обследовании выявлено: отсутствие зрения в болящем глазу, выраженная застойная инъекция глазного яблока, отек роговой оболочки, вновь образованные сосуды радужной оболочки и угла передней камеры глаза, а также посттромботическая ретинопатия у всех 26 пациентов. Среднее значение офтальмотонуса на максимальном режиме применения антиглаукомных препаратов, по данным пневмотонометрии, составило $58,6 \pm 4,4$ мм рт. столба.

Пациентам после анестезии путем трехкратной инстилляцией проксиметакаина 0,5% (Алкаин) в конъюнктивальную полость проведена модифицированная нами диодная микроимпульсная контактная транссклеральная циклокоагуляция (ДМИТЦК) на инфракрасном (810 nm) диодном лазере IRIDEX IQ 810 производства фирмы «IRIDEX» США через специальный зонд G – Probe для стандартной диодной транссклеральной циклокоагуляции. Наконечник зонда устанавливали параллельно анатомической оси глаза в 1,5 мм и 4,0 мм от лимба. 24–28 аппликации наносили на 360° по кругу. Энергия импульса – 2600-2800 мВт; длительность – 300 мсек; время повтора – 300 мсек; количество повторов в аппликации – 35; рабочий цикл (скважность) – 15%. Результаты оценивались на 1, 7 день после операции и через 2, 6, 12, 48 месяцев.

После проведения ДМИТЦК значительное ослабление или исчезновение болевого синдрома достигнуто через 2–4 дня в 100% случаев. Снижение внутриглазного давления на фоне инстилляций гипотензивных препаратов через 2 месяца составило в группе на $20,3 \pm 5,4$ мм рт. столба. Застойная инъекция и отек роговой оболочки значительно уменьшились, а количество вновь образованных сосудов на радужной оболочке и в углу передней камеры осталось без динамики или частично запустило. Для снижения дискомфорта в глазах и уменьшения кратности применения гипотензивных средств всем пациентам через 2 месяца проведена повторная ДМИТЦК, после которой уже через 2 месяца достигнуто снижение офтальмотонуса до $29,6 \pm 2,8$ мм рт.ст., исчезновение отека роговой оболочки и застойной инъекции глаза. В сроки наблюдения от 12 до 48 месяцев достигнутый результат сохранялся.

Таким образом, ДМИТЦК является органосохраняющей альтернативой удалению глазного яблока при лечении вторичной терминальной рефрактерной болящей неоваскулярной посттромботической глаукомы и способствует улучшению качества жизни данной категории пациентов.

Раздел 16. Патологическая анатомия

Хамидов А.В.^{1, 2, 3}, Юдин А.Н.^{1, 2, 3}, Абдусалямова Л.И.^{1, 2, 3}

Анатомия двойного и «парашютообразного» митрального клапана сердца при атриовентрикулярной коммуникации

¹ НМИЦ сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева;

² ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»;

³ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»

Двойной митральный клапан является редкой врожденной аномалией сердца и характеризуется наличием дополнительного отверстия в пределах левого атриовентрикулярного клапана. Двойной митральный клапан выявлен нами в 14 случаях у больных умершими с различными формами атриовентрикулярного канала (АВК) (7 случаев неполной и 7 случаях полной форм АВК). Дополнительные отверстия локализовались в области передней, задней комиссуры или в теле муральной створки. В одном наблюдении полной формы АВК имелись два отверстия в области передней и задней комиссур (тройной МК). Каждое отверстие (основное и добавочное) было образовано хорошо сформированными тонкими створками и имело отдельный хордальный аппарат. При этом, как правило, одна и (передняя или задняя) сосочковая мышца левого желудочка была соединена с хордами со всеми створками или компонентами створок митрального клапана, другая сосочковая мышца в таких случаях соединялась хордами с дополнительным отверстием, при этом формировались «парашютообразный» митральный клапан с добавочным отверстием «потенциальный парашютообразный» клапан с основным отверстием. Наличие дополнительного клапана в силу ряда анатомических особенностей существенно уменьшает площадь основного отверстия митрального клапана, поэтому ушивание «расщепления» передней створки митрального клапана в подобных ситуациях неминуемо ведет к стенозированию митрального клапана. При наличии этой патологии возможность коррекции порока определяется не только количеством папиллярных мышц, но и количеством точек крепления хорд в левом желудочке, поскольку при двух и даже трех группах

папиллярных мышц может быть одна единственная точка крепления хорд в левом желудочке. В таких случаях расщепление ПСМК ни в коем случае ушивать нельзя во избежание создания стеноза митрального клапана.

Выводы. Таким образом, двойной или «парашютообразный» митральный клапан – достаточно частая сопутствующая патология при АВК. Ее наличие усложняет коррекцию этого врожденного порока, нередко требует протезирование клапана, должно рассматриваться как сложная форма данного врожденного порока сердца.

Ваулина Т.Н.^{1, 2}, Хамидов А.В.^{1, 2, 3}, Абдусалямова Л.И.^{1, 2, 3}

Особенности анатомии проводящей системы сердца при общем атриовентрикулярном канале

¹ НМИЦ сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева;

² ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»;

³ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»

До сих пор возникновение блокад сердца и других типов дисритмий после хирургической коррекции общего атриовентрикулярного канала (ОАВК) остается не вполне разрешенной проблемой кардиохирургии.

Цель – выявить достоверные внутрисердечные ориентиры, точно обозначающие особенности расположения проводящей системы сердца (ПСС) при всех формах общего атриовентрикулярного канала (ОАВК).

Методики. Изучены 76 (41 мужского и 35 женского пола) сердец с ОАВК. Контроль составили 32 обычно развитых сердца, соответствующие возрастным группам случаев с ОАВК. Анатомическое микропрепарирование ПСС произведено по методике А.Ф. Синева [1985]. Кровеносные сосуды ПСС выделяли после их инъекции.

Результаты. Представлена истинная хирургическая анатомия ПСС при ОАВК. Расположение ПСС показано анатомически в ее природном соотношении с внутренними структурами сердца и в хирургической позиции. Выявлены различия в расположении ПСС в типичных случаях полной и неполной (и промежуточной) формах ОАВК. При полной форме ОАВК

канала предсердножелудочковый узел (ПЖУ) (и его артерия) находятся в задней стенке правого предсердия под и позади отверстия коронарного синуса (КС). Бифуркация пучка Гиса и начало его правой ножки находятся под эндокардом левого склона мышечного гребня приточной межжелудочковой перегородки. При неполной (и промежуточной) форме ОАВК ПЖУ (и его артерия) находятся непосредственно впереди и справа от отверстия КС. Бифуркация пучка Гиса расположена на гребне мышечной приточной межжелудочковой перегородки. Начало бифуркации пучка Гиса находится под общим основанием фиброзного соединения оснований задних частей перегородочных створок трехстворчатого и митрального клапанов. Правая и левая ножки пучка Гиса полностью расположены на одноименных с ними сторонах межжелудочковой перегородки.

Заключение. Представленные данные об особенностях хирургической анатомии ПСС при ОАВК могут быть полезными кардиохирургу, чтобы не повредить ПСС при коррекции различных форм данного порока сердца.

Андреева М.В., Балацюз Е.В., Понякшова А.И., Волженцев А.С.

Случай MALT-лимфомы лоханки почки

ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска»

Актуальность рассматриваемой проблемы. MALT-лимфома (В-клеточная лимфома экстранодальной маргинальной зоны лимфоидной ткани, ассоциированной со слизистой оболочкой) может возникнуть в любом анатомическом участке, но поражение почки встречается очень редко. MALT-лимфома относится к классу индолентных (вялотекущих, медленных) лимфом. Название означает, что источником болезни стала «одиночная» клетка лимфоидной ткани, ассоциированная (связанная) со слизистой оболочкой. Иначе говоря, источником стали те лимфоциты, которые стоят «на передовой» и первые сталкиваются с враждебной инфекцией, попадающей в организм из внешней среды. Как правило, болезнь проявляется одиночной безболезненной опухолью. Другие симптомы этой лимфомы:

больной худеет, сильно потеет, у него поднимается температура вечером и ночью. Такие симптомы называются «В-симптомы». На начальном этапе болезни лимфатические узлы увеличиваются редко.

Цель исследования – рассмотреть клинико-морфологический случай умершей С., 81 лет, по данным исследования в ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска».

Результаты. Больная С., 81 лет, находилась в отделении круглосуточного медицинского наблюдения ГКУЗ Ульяновский областной «Хоспис» с диагнозом «ЗНО лоханки левой почки IVCT cT4N2M1Gx с прорастанием левого надпочечника, фасции Герота, поясничной мышцы слева, аорты, левой почечной вены, левой подвздошной наружной и внутренней артерии, метастазы в печень, забрюшинные л/узлы».

При патологоанатомическом исследовании обнаружено следующее: левая почка субтотально представлена ростом опухолевой ткани белесовато-желтого цвета, с ростом из лоханки левой почки в окружающую паранефральную клетчатку, с прорастанием в левый надпочечник, фасцию Герота, левую поясничную мышцу, аорту, левую почечную вену, левую подвздошную наружную и внутреннюю артерии, крестцовый отдел позвоночника.

Последующее гистологическое исследование аутопсийного материала показало, что опухоль представлена ростом атипичных мелких клеток с округлыми и «угловатыми» ядрами с отдельными более крупными, дискретно расположенными клетками, с немногочисленными гомогенными розоватыми тяжами, с явлениями некроза. Аналогичные участки обнаружены в печени, костной ткани, забрюшинных лимфатических узлах.

Выводы. Нами рассмотрен случай MALT-лимфомы лоханки левой почки с прорастанием в левый надпочечник, фасцию Герота, поясничную мышцу слева, аорту, левую почечную вену, левую подвздошную наружную и внутреннюю артерии, крестцовый отдел позвоночника; метастазированием в печень, забрюшинные лимфатические узлы, опухолевыми эмболами в сосудах левой почки. Данная патология является редким примером заболевания и представляет научный интерес для патоморфологов и врачей клинического профиля.

Анисимова С.В., Поддубный В.Б.

Случай генерализованной формы саркомы Капоши у ВИЧ-инфицированного умершего

ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска»

Актуальность. Саркома Капоши (СК) – многоочаговая сосудистая опухоль, вызванная вирусом герпеса 8-ого типа. ВИЧ-ассоциированная СК поражает преимущественно кожу и слизистые оболочки, возможно метастазирование в легкие, лимфатические узлы, головной мозг, органы желудочно-кишечного тракта. По данным Федерального научно-методического центра по борьбе со СПИД, доля СК в структуре СПИД-индикаторных заболеваний за 2021 год составила 1,2%.

Цель – рассмотреть клинико-морфологический случай генерализованной формы СК у ВИЧ-инфицированного пациента.

Методы исследования. Клинико-морфологический материал умершего А., 30 лет, по данным исследования в ПАО ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска».

Клинический случай. Больной А., 30 лет, экстренно поступил в ГУЗ «Областной клинический противотуберкулезный диспансер» в тяжелом состоянии с жалобами на кашель, повышение температуры тела до 38,7, плохой аппетит, снижение массы тела на 8 кг за последние 2 месяца. Считает себя больным в течение последних трех месяцев. Был направлен на консультацию к фтизиатру в амбулаторное отделение № 1 ГУЗ «Областной клинический противотуберкулезный диспансер» для консультации. На КТ ОГК выявлены признаки диссеминированного туберкулеза с левосторонним экссудативным плевритом. ВИЧ-инфекция, со слов больного, впервые выявлена 2 месяца назад, ВААРТ-терапию не принимал, в СПИД-центре не наблюдался, СД4 от 2019 года – 0,585 кл., иммунограмма от 12.01.2023 – 99 кл/мкл. Объективно: по всей поверхности кожных покровов множественные папулезные высыпания синеватого цвета, не возвышающиеся над поверхностью кожи. Грудная клетка правильной формы, перкуторный тон ясный легочный. Аускультативно выслушивается жесткое дыхание, хрипов нет, ЧДД 19 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный, не нарушен, удовлетворительных качеств. АД 125/80 мм рт. ст. ЧСС 75 ударов в минуту. Язык влажный,

чистый, налетом не обложен. Живот обычных размеров, симметричный, не увеличен. В акте дыхания участвует равномерно. Симптомы раздражения брюшины отсутствуют. Выставлен предварительный диагноз, назначено обследование и начато лечение согласно стандартам оказания медицинской помощи больным туберкулезом. На фоне лечения состояние больного прогрессивно ухудшалось, спустя 2 месяца пребывания в стационаре зафиксирована биологическая смерть. Тело направлено на патологоанатомическое вскрытие с заключительным клиническим диагнозом «ВИЧ-инфекция стадия 4В, прогрессирование на фоне начала ВААРТ. Генерализованный туберкулез с поражением легких: диссеминированный туберкулез легких в фазе инфильтрации, туберкулез внутригрудных лимфоузлов в фазе инфильтрации. МБТ(-). Экссудативный плеврит слева».

В ходе проведения патологоанатомического вскрытия обнаружены следующие изменения: на коже туловища и конечностей буро-красные, выступающие над поверхностью папулезные образования до 1,5 см в диаметре, в легких доли узлы вишневого цвета до 5 см, в нижних долях сливного характера, на разрезе данные участки плотные, вишнево-красные. В теле желудка вишневые бугристые язвopodobные участки до 2 см, стенка желудка в их проекции утолщена до 0,7 см, в полости желтоватое содержимое. Секционно была заподозрена генерализованная форма СК, с поражением кожи, легких и желудка. При гистологическом исследовании в препаратах легких, кожи, желудка, внутригрудных и внутрибрюшных лимфоузлов были выявлены пучки хаотично переплетающихся веретенообразных атипичных клеток, расположенных периваскулярно, местами прорастающих в стенку сосудов, с местами щелевидными, местами расширенными сосудистыми пространствами, содержащими эритроциты, с кровоизлияниями в интерстиций. Морфологических признаков туберкулезного процесса в ходе проведения вскрытия и последующего гистологического исследования выявлено не было.

Вывод: данный случай демонстрирует трудность в трактовании клинико-рентгенологических симптомов, ввиду неспецифичности проявлений, а подозрение на туберкулез было вполне оправданным с учетом огромной доли туберкулеза в структуре оппортунистических инфекций у пациентов с ВИЧ-инфекцией и наличия у умершего характерной для диссеминированного туберкулеза рентгенологической картины.

Злобина Н.С., Карabanова Ю.А., Уренева Р.В., Романова О.Н., Куликов В.Д.

Особенности постановки диагноза «аденокарцинома предстательной железы»

ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность рассматриваемой проблемы. На долю ацинарной аденокарциномы предстательной железы приходится примерно 95% случаев рака данной локализации, который является четвертым по распространенности видом рака и восьмой по значимости причиной смерти от рака во всем мире. Данные из 185 стран показывают значительную разницу в географической распространенности с фокусом на регионах с высоким или очень высоким индексом человеческого развития, включая Европу (33,5%) и Северную Америку (16,9%), приходится большинство случаев по данным Международного агентства по изучению рака в 2020 году. В Российской Федерации заболеваемость РПЖ также неуклонно возрастает. В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями мужского населения России рак предстательной железы (РПЖ) занимает второе место, что соответствует 14,5% от всех диагностированных новообразований у мужчин после опухолей трахеи, бронхов, легкого (17,4%).

Цели исследования: 1) ознакомиться с архивным материалом опухолей предстательной железы в патологоанатомическом отделении ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер», 2) обозначить особенности постановки диагноза ацинарной аденокарциномы предстательной железы в материалах мультифокальной трансректальной пункционной биопсии, трансуретральной резекции и простатэктомии.

Методы исследования: анализ медицинской литературы, анализ архивного материала патологоанатомического отделения.

Результат. В результате ознакомления с архивным материалом опухолей предстательной железы – ацинарной аденокарциномы – нами были выделены некоторые тенденции и особенности формирования патологоанатомических заключений при данной нозологии. Первостепенными критериями при постановке диагноза являются следующие морфологические параметры:

- 1) наличие в ткани атипичных желез, инфильтрирующих строму;
- 2) отсутствие в подозрительных железах базального слоя клеток;
- 3) отчетливая ядерная атипия, включая наличие выдающихся ядрышек.

Одним из патогномоничных признаков рака предстательной железы является перинеуральная инвазия, но следует отметить, что речь идет о периферической и интраневральной инвазии.

Второстепенные критерии постановки рака предстательной железы включают амфифильную цитоплазму, ядерную гиперхромазию, аморфные эозинофильные массы в просвете желез, внутрипросветные кристаллоиды, муциноподобный секрет синего цвета, близость к интраэпителиальной неоплазии предстательной железы высокой степени и периацинарная россыпь опухолевых клеток.

Система грейдирования опухоли по Глисону является основой для классификации рака предстательной железы во всем мире. За последние 50 лет в нее несколько раз вносились изменения, последний раз Международным обществом урологической патологии (ISUP) в 2005, 2014 и 2019 годах и Обществом патологии мочеполовой системы (GUPS) в 2019 году. При этом при оценке биопсийного материала опухоли в сумму Глисона включаются самый распространенный компонент + самый злокачественный вне зависимости от процентного соотношения. При оценке опухоли в материале простатэктомии действует другое правило: в сумму попадают два наиболее распространенных компонента, а прочие упоминаются вне суммы Глисона.

Также опухоль должна быть оценена по гистологической прогностической классификации для присвоения ей 1-5 прогностической группы в зависимости от суммы Глисона.

Выводы. Приведенные данные можно использовать как общее краткое руководство по особенностям патологоанатомического исследования предстательной железы и составления онкологического патологоанатомического диагноза при ацинарной аденокарциноме предстательной железы в практике как врача-онкопатолога, так и врача-патологоанатома общей сети.

Возрастная морфология щитовидной железы у детей

ГУЗ «Ульяновская областная детская клиническая больница имени политического и общественного деятеля Ю.Ф. Горячева»

На протяжении внутриутробного периода развития происходит морфологическое созревание внутренних органов. К моменту завершения доношенной беременности большинство внутренних органов имеет микроструктуру взрослого организма, за исключением репродуктивных органов: яичники, яички. Щитовидная железа так же после рождения не во всех случаях имеет структуру идентичную взрослому организму (Лашене Я.И., Сталиорайтите С.И., 1969; Волкова О.В., Пекарский М.И., 1976). По данным вышеуказанных авторов у новорождённых встречается 3 морфологических типа: обычный коллоидный, десквамативный и переходный (смешанный).

Цель работы – морфологический анализ аутопсийного материала щитовидной железы.

Методы исследования. Проведено микроскопическое исследование щитовидной железы у мертворожденных и новорожденных с различными сроками гестации от 27 недель до 40 недель (27 случаев) и детей от 2 месяцев до 13 лет (12 случаев).

Результаты. На основании гистологического исследования выявлены следующие типы строения щитовидной железы:

- фолликулярный тип выявлен в 16 наблюдениях,
- десквамативный тип – в 7 наблюдениях,
- фолликулярно- десквамативный (смешанный) – в 5 наблюдениях,
- микрофолликулярный и микрофолликулярно-десквамативный – в 11 наблюдениях.

Последний тип не упоминается в ранее опубликованных работах, посвященных данной тематике. Мы нашли целесообразным выделить данный тип в виду выраженных структурных отличий от остальных типов. Кроме этого, мы отмечаем наличие следующих подтипов: фолликулярный тип без коллоида, фолликулярный тип с наличием коллоида в немногочис-

ленных фолликулах; микрофолликулярный тип без коллоида и микрофолликулярный тип с наличием коллоида в немногочисленных фолликулах.

Выводы. При анализе типов строения выявлены следующие закономерности:

1. Зрелый фолликулярный (коллоидный) тип строения, идентичный микроструктуре взрослого организма, выявлен в основном в возрастной группе от 2 месяцев до 13 лет. В этой же группе имеются и другие типы морфологического строения (десквамативный тип – одно наблюдение, микрофолликулярный тип без коллоида – одно наблюдение, микрофолликулярный тип с коллоидом в отдельных фолликулах – одно наблюдение, десквамативно-фолликулярный тип с коллоидом в отдельных фолликулах – одно наблюдение).

2. Среди новорожденных и мертворожденных преобладали микрофолликулярный и десквамативный типы. Зрелый фолликулярный тип строения, идентичный взрослому организму у мертворожденных и новорожденных, выявлен только в 3 наблюдениях.

3. Полиморфность морфологической структуры обусловлена уровнем функционального напряжения щитовидной железы.

Уренева Р.В., Карабанова Ю.А., Злобина Н.С., Романова О.Н., Куликов В.Д.

Макроскопическое и микроскопическое исследование опухолей толстой кишки

ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Колоректальный рак – третье по распространенности онкологическое заболевание в мире, на долю которого приходится порядка 10% всех случаев рака, вторая по значимости причина смертности от рака во всем мире. Заболевание преимущественно поражает пожилых людей, и большинство случаев приходится на лиц в возрасте 50 лет и старше. Колоректальный рак нередко диагностируется на поздних стадиях, когда диапазон вариантов лечения ограничен. Таким образом, определение правильной стадии опухолевого процесса имеет важное значение для назначения

оптимального лечения с хорошим ответом, снижения неблагоприятных эффектов и местного рецидива.

Цель работы – показать важные диагностические параметры в ходе гистологического исследования операционного материала при раке толстой кишки.

Объекты и результаты исследования. Первым этапом макроскопического исследования является правильная фиксация препарата толстой кишки в забуференном 10% формалине с предварительно вскрытым просветом. Вырезка препарата осуществляется после 24–48 часов фиксации. Основные макроскопические параметры опухоли: размер опухоли, характер роста (экзофитный, эндофитный, смешанный, циркулярный), степень стеноза просвета, глубина инвазии (в мм), инвазия в соседние органы, изъязвления и вторичные изменения, сосудистая, периваскулярная, периневральная инвазия, наличие опухолевых депозитов в клетчатке, изменения в прилежащих тканях (абсцессы, кровоизлияния). Оценка глубины инвазии влияет на стадирование pT, поэтому важно указать в заключении распространение опухолевого процесса: инвазия в клетчатку, в серозу, распространение на другие анатомические структуры: илеоцекальный клапан, подвздошная кишка, большой сальник, петля тонкой кишки, другие отделы толстой кишки, матка, мочеточник, мочевого пузыря. В соответствии с действующей международной классификацией TNM, необходимо исследовать не менее 12 лимфоузлов для определения категории pN (TNMAJCC, 7 edition). Во избежание недооценки стадии заболевания должны быть исследованы все обнаруженные лимфоузлы (JSCCR, 2014, TNMAJCC, 8 edition). Количество обнаруженных лимфоузлов может служить предиктором развития рецидива ввиду того, что частота местных рецидивов зависит от количества исследованных лимфоузлов. Чем больше лимфоузлов исследовано, тем меньше вероятность рецидива. Различать лимфатические узлы с метастазами, венозную инвазию и опухолевые депозиты в препарате может быть затруднительно; рекомендуется исследовать ткани вдоль сосудов. Для данной процедуры рекомендуется найти брыжеечный сосуд и, разрезая клетчатку по его протяжению, выделять лимфоузлы. Исследование препарата включает также исследование краев резекции: края кишки (дистальный, проксимальный), края резекции брюшной стенки, резецируемых органов, край брыжейки / край сосудисто-

го пучка. Для полноценной гистологической оценки опухолевого процесса в заключении необходимо указывать: дифференцировку опухоли, описание лимфоузлов (общее количество, доля метастатических), состояние резекционной линии, стадия процесса. Примером гистологического заключения может служить следующая информация: аденокарцинома толстой кишки, low-grade, с инвазией в жировую клетчатку брыжейки, в 5 из 20 лимфоузлов метастазы рака, по проксимальной, дистальной резекционным линиям опухолевого роста нет. Стадия: pT3N2aR0.

Вывод. Таким образом, правильная вырезка операционного материала и указание необходимых параметров в гистологическом заключении представляют важный этап в постановке диагноза, а именно стадии опухолевого процесса, что влияет на дальнейшую тактику лечения. В свою очередь, постановка ошибочного диагноза приводит к назначению неоптимального лечения и занижению стадии опухолевого процесса.

Раздел 17. Педиатрия и неонатология

Мелекова Е.А., Павхун Т.В.

Особенности течения врожденного порока сердца коарктация аорты у новорожденного ребенка

ГУЗ «Ульяновская областная детская клиническая больница имени политического и общественного деятеля Ю.Ф. Горячева»

Актуальность темы. Коарктация аорты – это врожденное сужение верхней части нисходящей грудной аорты, граничащей с областью впадения открытого артериального протока. Диагностика новорожденных с коарктацией аорты остается значимой проблемой. Трудность заключается в своевременном установлении точного диагноза. Появление клинической симптоматики совпадает с моментом закрытия артериального протока, что соответствует 2-3 неделе жизни ребенка. Существуют варианты бессимптомного течения данного порока, которые также могут приводить к критическим состояниям и требуют своевременного хирургического лечения.

Цель работы – ознакомить педиатров с вариантом бессимптомного течения коарктации аорты.

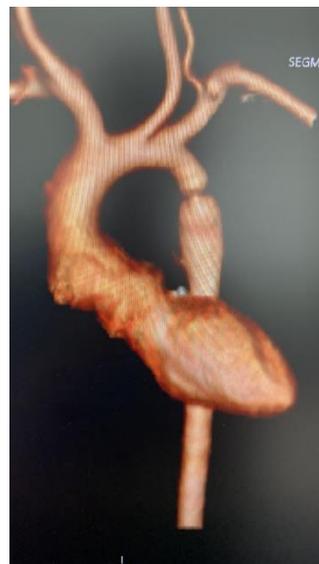
Методы исследования: представление клинического случая ребенка Л., поступившего в кардиологическое отделение ГУЗ «Ульяновская областная детская клиническая больница им. политического и общественного деятеля Ю.Ф. Горячева» (ГУЗ УОДКБ) после проведения планового ЭХО-КГ, на котором был выявлен врожденный порок сердца: коарктация аорты.

Результаты. Пациент Л. поступил в кардиологическое отделение в возрасте 1,5 мес. Ребенок от 3 беременности, 2 родов. Роды на сроке 38 недель, оперативные, с массой 4440 г., оценка по шкале АПГАР 8-9 баллов. При поступлении активных жалоб не было.

При проведении плановой ЭХО-КГ в 1 мес., согласно плану диспансерного наблюдения детей первого года жизни, 26.04.23 выявлено: «восходящая аорта 1,2 см, дуга аорты 0,9 см, перешеек 0,3 см (-4,61 Z-score). Скорость кровотока в нисходящем отделе аорты 3,8 м/с, градиент давления –

57,0 мм рт.ст. Гипертрофия миокарда ЛЖ и МЖП. Дилатация ЛЖ. Открытое овальное окно». Осмотрен кардиологом КДЦ, направлен на госпитализацию в кардиологическое отделение в экстренном порядке с диагнозом «ВПС: коарктация аорты в типичном месте». Объективно: состояние средней степени тяжести, повышенного питания (+1800 г. за 1,5 мес). Кожные покровы мраморные, влажные. При аускультации в легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Одышки нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, систолический шум 3/6, во 2 межреберье слева, по левому краю грудины, отсутствовала тахикардия и одышка. ЧСС и ЧД составляли 140 и 56 в мин соответственно. Отмечалась разница артериального давления на руках и ногах: на правой руке составляло 146/118 мм рт.ст., на правой ноге – 120/83 мм рт.ст. Сатурация 98%. Пульсация на периферических сосудах отчетливо не определялась.

На ЭКГ: «синусовый ритм, ЧСС 139 уд. / мин. Блокада правой ножки пучка Гиса полная? (QRS уширен до 0,08 сек)». УЗИ брюшного отдела аорты: «брюшной отдел аорты визуализируется на участке рядом с бифуркацией с диаметром 4,9 мм, кровоток в брюшной аорте магистральный измененный с максимальной скоростью 40 см/сек и объемной скоростью кровотока 175 мл/мин». После проведения телемедицинской консультации, направлен в ФЦ ССХ г. Пенза, где было проведено МСКТ сердца и диагноз «коарктация аорты» был подтвержден (рис. 1). Проведена резекция участка коарктации аорты с выполнением расширенного анастомоза «конец в конец».



Выводы. Для снижения смертности от коарктации аорты необходима своевременная диагностика порока. Помимо пренатальной, внедряются новые методы постнатальной диагностики. В некоторых регионах успешно используется пульсоксиметрический тест. Несмотря на это, клинический осмотр также остается значимой составляющей в постнатальной диагностике коарктации аорты. Наиболее важными методами осмотра детей с целью выявления патологии аорты являются оценка артериального давления на руках и ногах, оценка диуреза и пульсации на периферических сосудах. Это те методы объективного анализа, которые могут помочь врачу-

педиатру заподозрить врожденный порок, несмотря на отсутствие клиники сердечной недостаточности, до проведения инструментальных методов исследования.

Безик В.В., Кондратьева О.В., Ерусова А.Б.

Клинический случай вирусного гепатита G с тяжёлым фульминантным течением

ГУЗ «Ульяновская областная детская клиническая больница имени политического и общественного деятеля Ю.Ф. Горячева»

Актуальность. Вирус гепатита G был открыт в середине 60-х годов прошлого века, но до сих пор полностью не изучен. Установлено, что вирус гепатита G вызывает заболевание, похожее на гепатит C, а также часто сопутствует этому заболеванию, отягощая его. Течение вирусного гепатита G может быть, как острым, так и хроническим.

Описание клинического случая. Мальчик, 2 года, в мае 2023 года был переведён из городской клинической больницы в ОДКБ в тяжёлом состоянии. Из анамнеза известно, что в апреле 2023 года мальчик перенес ОРВИ с кашлем, насморком, повышением температуры. Через некоторое время мать заметила желтушность кожных покровов, потемнение мочи, светлый кал. Ребёнок был направлен в инфекционное отделение городской больницы с подозрением на гепатит А, где при поступлении отмечалось повышение температуры тела до 38,9°C. В стационаре состояние ребёнка было с отрицательной динамикой, нарастала клиника печеночной недостаточности. Для дальнейшего обследования и лечения ребенок был переведен в ГУЗ УОДКБ. Лабораторно отмечалось повышение трансаминаз (АЛТ максимально до 1222 ед/л, АСТ – до 646 ед/л), тромбоцитопения, выраженная коагулопатия, по УЗИ – гепатоспленомегалия, свободная жидкость в брюшной полости, перикарде, плевральных полостях. Объективно – желтушность склер и кожных покровов. Обследован на гепатиты А и Е: обнаружены антитела класса IgG, исследование методом ПЦР на гепатит А – не обнаружено. Находясь в условиях отделения АРО, ребенок получал заме-

ститтельную терапию СЗП, дезинтоксикационную, симптоматическую терапию. Несмотря на проводимое лечение, у ребенка отмечалась отрицательная динамика по лабораторным показателям: волнообразное нарастание трансаминаз, всех фракций билирубина, сохранялись проявления коагулопатии, асцита.

Для дальнейшего лечения ребёнок был переведён в ФГБУ НМИЦ ТИО им. академика В.И. Шумакова (г. Москва), где ему в кратчайшие сроки успешно была проведена трансплантация печени от трупного донора.

Позже был получен результат исследования методом ПЦР (материал – венозная кровь), где была обнаружена РНК вируса гепатита G.

Выводы. Вирусный гепатит G встречается редко. По данным литературы, в большинстве случаев гепатит G протекает нетяжело, а иногда и вообще бессимптомно. В данном случае у ребёнка имеет место тяжёлое течение с быстрым развитием острой печеночной недостаточности.

Павхун Т.В., Мкртчян С.В.

Онкологические заболевания под маской кардиологической патологии

ГУЗ «Ульяновская областная детская клиническая больница имени политического и общественного деятеля Ю.Ф. Горячева»

Актуальность темы. Ежегодно в мире регистрируется около 176 000 случаев заболевания опухолями ЦНС. В России выявлено около 15 000 больных опухолями головного мозга, ежегодно фиксируется 1000–1200 новых случаев. Заболеваемость опухолями ЦНС у детей составляет 3,46 на 100 000 детского населения в год. Опухоли головного мозга у детей составляют 20-25% среди всех злокачественных новообразований.

Цель работы – ознакомить педиатров с «масками» онкологических заболеваний, проявляющихся симптомами вегетативного дисбаланса или диспептическим синдромом.

Методы исследования: представление клинического случая ребенка Н., поступившего в кардиологическое отделение ГУЗ УОДКБ с клини-

кой, схожей с диспепсией и невротической. Но при обследовании выявлена огромная опухоль задней черепной ямки.

Результаты. Пациентка Н., 12 лет, поступила в кардиологическое отделение с жалобами на утренние рвоты, слабость, бледность, головокружение. При расспросе выяснилось, что пациентка потеряла в весе 6 кг за последние несколько месяцев. Из анамнеза известно, что длительное время пациентка наблюдалась кардиологом с диагнозом «пролапс митрального клапана, вегетативная дисфункция ЦНС». В январе 2023 г. появились головные боли, по поводу чего обращались к педиатру. Боли купировались самостоятельно. С февраля 2023 г. боли ежедневно. В марте 2023 г. в школе развился приступ с повышением АД до 135 мм рт.ст., тахикардия, нарушение зрения, после этого появилось левостороннее косоглазие и рвоты по утрам. Была осмотрена неврологом, диагностированы головные боли напряжения, рекомендована рентгенография шейного отдела позвоночника. Учитывая жалобы на рвоты, педиатром назначена гастроскопия, выявлен поверхностный гастрит. Была осмотрена кардиологом, рекомендовано стационарное обследование в связи с выявленными нарушениями сердечного ритма – экстрасистолией. При осмотре выявлена патологическая бледность, снижение массы тела до 25 перцентили, при перемене положения тела у пациентки появлялось головокружение, потемнение в глазах, нарушение координации. Проведена компьютерная томография головного мозга с контрастным усилением, выявлено объемное образование задней черепной ямки. Диагноз «окклюзионная гидроцефалия» подтвержден результатами МР-томографии и данными осмотра окулиста – «начальный застой диска зрительного нерва обоих глаз. Содружественное сходящееся косоглазие с паретическим компонентом слева». Нейрохирургом выставлен диагноз: «опухоль червя мозжечка с прорастанием гемисфер мозжечка и IV желудочка. Т3-Т4. Мх. Окклюзионная гидроцефалия. Компрессия ствола мозга на уровне IV желудочка и краниовертебрального перехода». Госпитализирована в ФГАУ НМИЦН им. академика Н.Н. Бурденко МЗ РФ. Операция от 25.04.23: «микрохирургическое удаление опухоли червя мозжечка и IV желудочка с нейрофизиологическим мониторингом». Гистологическое заключение: «медуллобластома с участками анаплазии, NOS, Grade 4». В послеоперационном периоде отмечалось появление мозжечкового мутизма, стволотной симптоматики в виде грубого горизонталь-

ного инстагма, нарастания атаксии. В ликворограмме опухолевые клетки не обнаружены. В динамике через 1 месяц по МРТ остаточной опухоли, рецидива заболевания не выявлено. Госпитализирована в СКЛ НИМИЦ ДГОИ им. Д. Рогачева. По результатам МРТ ЦНС до и после КУ начата специфическая терапия по протоколу НТ-МЕД 2014 (версия 2020) – курсы SKK. Через 6 мес. после установления диагноза, после проведения химиотерапии по результатам МРТ данных о наличии образований головного и спинного мозга не выявлено.

Выводы. При выявлении у пациента утренних рвот в сочетании с потерей массы тела, слабостью, отказом от еды, тахикардией необходимо подумать об объемном образовании головного мозга. В плане обследования таких пациентов необходимо проведение КТ головного мозга с КУ.

Будылёва И.А., Мухитов А.А., Лаврик М.В.

Связь между размером тромбоцитов и геморрагическим синдромом у новорожденных

ГУЗ «Ульяновская областная детская клиническая больница имени политического и общественного деятеля Ю.Ф. Горячева»

Актуальность. Новорождённые относятся к высокой группе риска по осложнениям, связанным с кровотечениями и кровоизлияниями, вследствие особенностей системы гемостаза. Особенно это проявляется у недоношенных и детей с малой массой тела к сроку гестации. Лабораторная диагностика нарушений этой системы затруднена из-за особенностей гемостаза у новорожденного, и лечащий врач вынужден ориентироваться исключительно на клинические проявления, которые в большинстве случаев становятся ясными после того, как тромбогеморрагические осложнения уже возникли и прогрессируют. Поэтому существует необходимость в поиске лабораторных критериев, указывающих на наличие данного патологического состояния. Одним из дополнительных показателей, который может быть полезен в этом, является средний размер тромбоцита (MPV), измеряемый в общем анализе крови на гематологическом анализаторе.

Этот показатель является относительно новым и малоизученным параметром.

Цель исследования – выявление взаимосвязи MPV и клинических проявлений геморрагического синдрома у новорожденных.

Материалы и методы исследования. Ретроспективно исследованы 54 истории болезни новорожденных детей, родившихся в период с 27-й по 37-ю неделю гестации. Все дети поступили сразу после рождения в отделение анестезиологии и реанимации новорожденных перинатального центра «Мама» ГУЗ УОДКБ в 2023 году. В контрольной группе было 10 пациентов, не имеющих геморрагический синдром, у которых были измерены те же показатели.

Подсчет количества тромбоцитов (PLT, тыс) с определением среднего объема тромбоцитов (MPV, фл) производили на гематологическом анализаторе Sysmex-1000i.

Результаты исследования. Основная задача тромбоцитов – осуществление сосудисто-тромбоцитарного гемостаза. Тромбоцит в состоянии покоя представляет собой дискообразную безъядерную клетку, продолжительность жизни – 8-10 суток. При повреждении эндотелия происходит активация тромбоцитов, они изменяют форму (из плоского диска они превращаются в сферическое тело) с образованием многочисленных выростов (филоподий), благодаря чему значительно увеличивается площадь поверхности и облегчается взаимодействие с другими клетками и факторами свертывания крови.

Исследование MPV стало доступно с 1970-х годов и в настоящее время является рутинным в клинической практике за рубежом, однако многие врачи в России уделяют этим параметрам недостаточное внимание. MPV (mean platelet volume) – величина, связанная с формой и линейными размерами, выражается в фемтолитрах (фл). Молодые тромбоциты более активны и имеют больший объем, что позволяет рассматривать показатель MPV в качестве одного из маркеров активации тромбоцитов. В настоящее время определение тромбоцитов и MPV общепринято и рекомендовано международным комитетом по стандартизации в гематологии (ICSH). Референсные значения недоношенных новорожденных MPV колеблется от 7,5 до 12,0 фл.

Проанализировав полученные данные у 44 пациентов (81,5%) показатель MPV был выше 12 фл. Геморрагический синдром разной степени тяжести обнаружен у 37 пациентов (84,1%). В свою очередь из них клиника ДВС-синдрома отмечалась у 15 пациентов (40,5%), внутрисерепных нетравматических кровоизлияний у 22 (59,5%). Также стоит отметить, что у всех детей с геморрагическим компонентом повышение показателя MPV было зарегистрировано до появления клинических проявлений.

В контрольной группе у всех пациентов показатель MPV был ниже 12 фл.

Выводы. Увеличение MPV свидетельствует о преобладании молодых популяций тромбоцитов.

У всех пациентов с геморрагическим компонентом повышение показателя MPV предшествовало возникновению клинических проявлений геморрагического синдрома, либо было обнаружено до клинических проявлений при инструментальных обследованиях.

Существует корреляция между размером тромбоцитов и вероятностью геморрагических осложнений у новорождённых, что открывает перспективы для исследований оценки значимости морфометрических параметров тромбоцитов как предикторов вероятности тромботических кровотечений.

Дальнейшие исследования данной темы могут помочь в разработке более эффективных методов диагностики для данной группы пациентов.

Безик В.В., Кондратьева О.В., Минаева А.В., Мкртчян С.В.

Клинический случай наследственной метгемоглобинемии

ГУЗ «Ульяновская областная детская клиническая больница имени политического и общественного деятеля Ю.Ф. Горячева»

Актуальность. Наследственная энзимопеническая метгемоглобинемия – наследственное заболевание, при котором содержание метгемоглобина (MetHb) в крови превышает физиологическую норму (> 1-2% общего количества Hb) (Казанец Е.Г., 2009). В России наблюдается преимуще-

ственно у взрослых в виде эндемических очагов в Якутии, частота встречаемости 1 : 5700 человек, т.е. каждый 37 якут является гетерозиготным носителем заболевания. Выраженность симптомов обусловлена количеством метгемоглобина в крови. Повышение MetHb до 10% чаще всего не дает клинически выраженных проявлений. При повышении MetHb в пределах 10-20% появляется цианоз слизистых и кожных покровов, возникают общая слабость, недомогание, ослабление памяти, раздражительность, головные боли. При содержании MetHb в пределах 30–50% к вышеперечисленным симптомам присоединяются боли в сердце различного характера, одышка, слабость, недомогание, ослабление памяти, раздражительность, головные боли. Содержание MetHb более 70% несовместимо с жизнью.

Описание клинического случая. Девочка, 10 лет, поступила в ОДКБ с жалобами на повышенную температуру тела, носовое кровотечение, храп во время сна. На момент обращения в стационар ребёнок болел 10-й день. При объективном осмотре сатурация 83%, выраженная бледность и акроцианоз кожных покровов, самочувствие пациентки при это страдало умеренно, признаков дыхательной недостаточности не отмечалось. В общем анализе крови тромбоцитопения $83 \times 10^9/\text{л}$, атипичных мононуклеаров 14%. Выставлен предварительный диагноз «инфекционный мононуклеоз. Вторичная тромбоцитопения». В экстренном порядке сделана компьютерная томография органов грудной клетки – патологии не выявлено. С целью исключения патологии сердечно-сосудистой системы проведено ультразвуковое исследование сердца – полости сердца не расширены, сократительная способность не нарушена. Учитывая низкую сатурацию, ребёнок получал кислородотерапию, сатурация поднималась максимально до 91-92%. Со слов матери, у девочки на всём протяжении жизни отмечалась бледность и периодически цианоз кожных покровов, который исчезал самостоятельно. Ребёнку была проведена костномозговая пункция с целью исключения гемобластозов, миелограмма в норме. Взят анализ крови на кислотно-основное состояние – повышен уровень метгемоглобина 22,1% (норма до 1,5%), в связи с чем у ребёнка была заподозрена наследственная метгемоглобинемия. Проведена ДНК-диагностика в МГНЦ (г. Москва) для поиска мутаций в гене CYP5R3. Ребёнок получал кислородотерапию, аскорбиновую кислоту внутривенно и затем перорально. На фоне проводимого лечения уровень метгемоглобина снизился до 7%, сатурация 95-97% без кисло-

родной поддержки. Позже был получен результат молекулярно-генетической диагностики методом секвенирования по Сенгеру, где была подтверждена наследственная метгемоглобинемия. Рекомендовано обследование родителей с целью установления зиготности выявленного варианта.

Заключение. Наследственная энзимопеническая метгемоглобинемия до сих пор остается мало изученной патологией, особенно у детей. Степень выраженности клинической симптоматики зависит от содержания метгемоглобина в крови и компенсаторных способностей сердечно-сосудистой, дыхательной и гемопозитической систем в процессе адаптации к гипоксии (Кутаковский М.С., 1968; Ниссан Л.Г., 1987; Аскерова Т.А., 1995). Как правило, течение болезни доброкачественное, продолжительность жизни пациентов не страдает. Лечение заключается в приёме больших доз аскорбиновой кислоты.

Суханов М.А., Дубовицкая Е.Н.

О некоторых сравнительных данных состояния питания школьников Ульяновской области по результатам социологических исследований, проведенных в 2016 и 2023 годах

Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Ульяновской области

Работой авторов «О результатах анкетирования школьников Ульяновской области по качеству питания в школьных столовых и количестве потребления некоторых групп пищевых продуктов», подготовленной в рамках 52-ой межрегиональной научно-практической медицинской конференции «Современные аспекты здравоохранения: достижения и перспективы», оценивались разнообразие и сбалансированность питания школьников по состоянию на начало 2016 года, для чего было проведено анкетирование учеников 5-11 классов школ Ульяновской области и их родителей (данные для 2016 года оценивались в целом для всего пула школьников, без учета возрастной категории). В соответствии с задачами

ФП «Укрепление общественного здоровья» национального проекта «Демография» в 4-й четверти 2022-2023 учебного года были проведены социологические исследования Роспотребнадзором с применением аналогичного инструментария в целом по РФ, в т.ч. по Ульяновской области, как с обособлением среза для возрастных категорий среди учеников 2-х, 5-х и 10-х классов, так и обобщением данных в целом. Данные на 2023 год приводятся по Ульяновской области по материалам исследований ФБУН «Новосибирский НИИ гигиены» Роспотребнадзора.

С целью определения одного из показателей, характеризующего режим питания школьников в 2016 году, задавался вопрос: «Кушаешь ли ты в школе?». По данным респондентов-учащихся положительно отвечали 83,29%, отрицательно – 16,71%, что совпадало с данными родителей, опрос которых показал сравнимые данные (83,8% и 16,2% соответственно). Количество респондентов, отметивших в 2023 году, что они питаются в школе, составило 89,1%, а что не питаются в школьной столовой – 10,9%.

В 2016 году отмечали, что невкусно кормили в школе 26,28% школьников, и 25,8% – в 2023 году. Недостаток чистоты и опрятности 8 лет назад составлял по мнению 12,77% учеников, а в 2023 году – указали, что грязно в столовой 4,1% и неприятный запах в ней – 11,9%. Не нравилось обслуживание в 2016 году 10,94% школьников, в 2023 году не нравилась сервировка столов – 10,6% учеников и отметили долгое ожидание – 8,9%.

Из ответов школьников следовало, что, если в течение недели в 2016 году фрукты ежедневно потребляли 43,92%, то в 2023 году – 66,8%; через день – 26,28% (в 2023 году – 25,9%), еженедельно – 18,01% (6,0% в прошлом году) и ежемесячно – 11,79% в 2016 году (не ели вообще в 2023 году 0,1% и реже 1 раза в неделю 1,3%). При этом количество школьников, которые еженедельно потребляли фрукты в количестве до 1 кг, составляет 49,43%; от 1 до 2 кг – 38,71%; больше 2 кг – 11,86% по данным опроса в 2016 году и 85,2% – не менее 0,25 кг ежедневно в 2023 году. Таким образом, потребление фруктов школьниками увеличилось, как за счет частоты потребления, так и количества потребляемых фруктов.

Школьники в ответах в 2016 году указывали, что мясные продукты, включая мясо птицы, кушали каждый день 53,97% учеников, через день –

25,02%, каждую неделю – 16,62%, каждый месяц – 4,39%. Объем потребления детьми и подростками этой продукции в течение одной недели родители распределяли так: до 0,5 кг потребляли 22,12% школьников, от 0,5 до 1 кг – 45,56%, от 1 до 2 кг – 22,58%, больше 2 кг – 9,72%. В 2023 году потребляли мясо и мясные изделия 35,8% школьников и 29,4% – мясо птицы ежедневно, 3-4 раза в неделю потребляли мясо и мясо птицы школьники в количестве 43,1% и 47,3% соответственно. Один раз в неделю 14,4% школьников потребляют мясо и мясные продукты, 18,8% – мясо птицы. Реже 1 раза в неделю в настоящее время потребляют мясные продукты 4,0% школьников и не едят вообще 2,7%.

Если бы у детей и подростков был выбор, то большинство из них ели бы блюдо, изготовленное мамой или бабушкой (66,02% – данные 2016 года). Выбрали бы в 2016 году что-нибудь из линейки Макдональдс 20,68%, KFC-6,81% учащихся, предпочли бы продукты быстрого приготовления, например лапшу «Доширак» – 6,49%. В 2023 году предпочтение отдали бы фаст-фуду от 19,2% школьников (среди страдающих ожирением) до 27,6% – среди детей, имеющих дефицит массы тела или его недостаток.

В 2023 году исследованиями было установлено, что информированность семей о принципах здорового питания по Ульяновской области составляет 97,8% (в РФ 95,7%). В 2016 году информированность школьников в этом вопросе в части необходимости использования продуктов, обогащенных йодом, составила 82,92%, 98,56% – в полезности витаминов, считали себя информированными о пищевых добавках 80,02% учеников.

Как показали исследования в Ульяновской области в 2016 году, в большинстве семей существует хороший обычай принимать пищу всей семьей, на что указали 74,88% респондентов-взрослых.

Результатами сравнительных исследований могут являться следующие выводы:

– с 2016 года увеличилось количество питающихся учеников в школах с 83% до 89,1%, при этом процент отмечающих, что кормят в школе невкусно практически не изменился (в 2016 году – 26,28%, в 2023 году – 25,8%);

– увеличилось среди школьников потребление мяса и мясных продуктов за счет увеличения потребляющих эту группу продуктов 3-4 раза в

неделю (через день), фруктов – за счет увеличения количества учащихся, потребляющих их ежедневно;

– предпочтительность потребления фаст-фуда, перед другими группами продуктов, среди школьников не имеет роста с 2016 года;

– информированность школьников Ульяновской области о принципах здорового питания продолжает оставаться достаточной;

– с 2016 года количественно группа населения, имеющая детей (с наименьшими располагаемыми ресурсами), потребляющая мясо и мясопродукты, фрукты не чаще одного-двух раз в месяц, осталась на прежнем уровне.

Юсупова М.Х., Павхун Т.В.

Особенности течения геморрагического васкулита в сочетании с герпетиформным дерматитом Дюринга

ГУЗ «Ульяновская областная детская клиническая больница имени политического и общественного деятеля Ю.Ф. Горячева»

Актуальность. Геморрагический васкулит является одной из распространенных форм системных заболеваний с преимущественным поражением сосудов в практике врача-педиатра. При этом течение данного заболевания может маскироваться под различные заболевания начиная от кожной патологии и заканчивая клиникой острого живота.

Цель работы – описать особенности течения геморрагического васкулита на фоне герпетиформного дерматита Дюринга.

Материал и методы. Представление клинического случая ребенка Л., 14 лет, поступившего в кардиоревматологическое отделение ГУЗ УОДКБ с клиникой геморрагического васкулита.

Результаты. Девочка госпитализирована в экстренном порядке в отделение с жалобами на отечность и боль с ограничением подвижности в правом лучезапястном суставе, а также на мелкоточечные геморрагические высыпания на нижних конечностях и ягодицах. Собирая анамнез заболевания, установлено, что в апреле пациентка перенесла герпетическую ин-

фекцию, к врачу не обращались, лечилась самостоятельно. Ухудшение самочувствия 20.05.2023 года в виде возникновения боли и отечности правого лучезапястного сустава. На следующий день появилась сыпь на ногах с последующим распространением на ягодицы. Госпитализирована в экстренном порядке. При объективном осмотре сознание ясное, кожные покровы бледно-розовой окраски. Температура тела 36,6°C. На ногах, ягодицах геморрагическая пятнистая сыпь (рис. 1).



Рис. 1

Цианоза нет. Зев не гиперемирован. Миндалины не увеличены. Подкожно-жировая клетчатка развита удовлетворительно. Отеков нет. Носовое дыхание свободное. Перкуторно легочной звук. Дыхание в легких везикулярное, хрипов в легких нет. Границы сердца в пределах возрастной нормы. Тоны сердца ритмичные, ясные. АД: 120 / 70 мм рт.ст. ЧСС 80 уд. в мин. Язык чистый, влажный. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул, мочеиспускание в норме. Локальный статус: деформация, боль и ограничение движений в правом лу-

чезапястном и коленном суставах, а также обоих голеностопных суставах. Проведены лабораторно-инструментальные исследования: ОАК – гемоглобин 127 г/л, СОЭ 40 мм/ч, лейкоциты 12×10^9 / л.; биохимия крови – креатинин 75 мкмоль/л, фибриноген 3,68 г/л, СРБ – 3,5. При ультразвуковом и рентгенологическом обследовании суставов патологии не выявлено. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости отклонений не выявило. Начата терапия глюкокортикостероидами, антиагрегантами. На четвертые сутки терапии у пациентки возникли везикулезные высыпания. Проведена консультация инфекциониста – выставлен диагноз «герпесвирусная инфекция, вызванная ВПГ 1-2 типа, локализованная кожная форма», рекомендовано применение ацикловира. Консультирована дерматовенерологом – выставлен диагноз «герпетиформный дерматит Дюринга на фоне геморрагического васкулита». Даны рекомендации. На фоне терапии глюкокортикостероидами, антикоагулянтами и антиагрегантами отмечалось улучшение состояния ребёнка в виде регресса геморрагических и везикулезных высыпаний, исчезновения суставного синдрома. По внутренним органам без видимой патологии. Жалобы, беспокоящие при поступлении, исчезли.

Выводы. На примере данного клинического случая показано влияние герпетической инфекции на развитие и течение геморрагического васкулита. Показано, что развитие данного заболевания может быть замаскировано возникновением сопутствующей патологией, чем на данном примере выступил герпетиформный дерматит Дюринга.

Белькова Е.А., Зубцова Е.В.

Оздоровительное лечение в условиях реабилитационного отделения

ГУЗ «Ульяновская областная детская клиническая больница имени политического и общественного деятеля Ю.Ф. Горячева»

Актуальность. В заболеваемости часто болеющих детей на первом месте стоят болезни органов дыхания. Наиболее высокий уровень заболе-

ваемости у часто болеющих детей отмечается в первые пять лет жизни, когда детский организм, как биологическая система, со значительным напряжением пытается сохранить своё здоровье, при постоянно изменяющемся состоянии окружающей среды. Высокий удельный вес часто болеющих детей раннего и дошкольного возраста и чрезвычайно высокий уровень их заболеваемости диктуют необходимость целенаправленного восстановительного оздоровления часто болеющих детей.

Основной задачей реабилитационного отделения является восстановительное лечение, сохранение установившегося баланса функциональных систем организма с учетом индивидуального уровня здоровья, степени напряженности нейрогуморальных механизмов адаптационного резерва и психологических особенностей часто болеющих детей.

В реабилитационном отделении ГУЗ «Ульяновская областная детская клиническая больница им. политического и общественного деятеля Ю.Ф. Горячева» за период 2019–2022 гг. было пролечено 1677 детей, в возрасте до 6 лет 1124 пациента (67,02%). У 58,1% детей (974 чел.) ОРЗ сочетались с наличием очагов хронической инфекции в носоглотке: с хроническим аденоидитом у 27,0% (263 чел.), с хроническим тонзиллитом у 31,1% (303 чел.).

Лечение проводилось комплексное: лечебная физкультура, массаж, дыхательная гимнастика, физиолечение, галотерапия, сухая углекислая ванна. Это также функциональное, соответствующее возрасту ребенка, рациональное питание с дотацией животного белка, минералов и микроэлементов. Дети постоянно находились в активном двигательном режиме, проводился комплекс лечебной физкультуры, направленный на повышение толерантности организма ребенка к физическим нагрузкам и устойчивости к простудным заболеваниям с использованием общего массажа, способствующего активации деятельности лимфатической системы путём воздействия на определенные зоны поверхности тела. При этом устраняется спазм дыхательной мускулатуры, восстанавливается подвижность грудной клетки и диафрагмы, повышается эластичность легочной ткани. Аэрозоль-терапия (ингаляции) – для стимуляции местных защитных факторов и регенерации слизистой верхних дыхательных путей с восстановлением функции мукоциллиарного аппарата. Физиотерапевтические методы: электролечение, магнитотерапия, светолечение, ультразвук, теплотечение, су-

хия углекислые ванны благоприятно влияют на неспецифическую резистентность организма, оказывают выраженное противовоспалительное и иммунокорректирующее действие.

После проведения курса реабилитации заболеваемость детей ОРВИ снизилась в 2,5 раза. Использование различных методов лечения позволило уменьшить кратность повторных заболеваний и длительность течения заболевания у 67,5% детей (1 132 чел.). При этом эффект был более выражен у детей старше 4 лет. Повторного оздоровительного лечения получили 473 пациента. У 280 детей (58,6%) отсутствовал обструктивный синдром при острых респираторных заболеваниях. Дети после проведенного оздоровительного лечения выписываются из реабилитационного отделения с положительной динамикой, под диспансерное наблюдение участкового педиатра с рекомендациями по коррекции образа жизни: режима дня, физического воспитания и закаливания, рационального питания.

Калинникова Н.В., Абдуллова Н.Ф., Салахиева А.М.

Перинатальная профилактика и особенности развития ВИЧ-инфекции у детей в Ульяновской области

ГУЗ «Областной центр профилактики и борьбы со СПИД»

Цель – проанализировать особенности течения ВИЧ-инфекции у детей и мероприятий по проведению перинатальной профилактики на территории Ульяновской области.

Актуальность проблемы. К концу 90-х годов, в связи с ростом числа лиц, живущих с ВИЧ, как в России, так и в Ульяновской области, распространением ВИЧ-инфекции среди женщин и нарастанием вертикального пути передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку, особую актуальность приобрели вопросы перинатальной профилактики ВИЧ. В Ульяновской области проблема детской ВИЧ-инфекции началась в конце 90-х начале 2000 годов, когда в родильных домах стали регистрироваться случаи родов у ВИЧ-инфицированных женщин. В сложившихся условиях впервые в Ульяновской области требовалось организовать мероприятия по перина-

тальной профилактике заражения ВИЧ, улучшить качество оказания медицинской помощи ВИЧ-инфицированным беременным женщинам и детям, а также оказывать организационно-методическую помощь учреждениям здравоохранения по вопросам перинатальной профилактики ВИЧ-инфекции. Перед ГУЗ «Областной центр профилактики и борьбы со СПИД» были поставлены сложные и амбициозные задачи по снижению уровня перинатальной передачи ВИЧ и организации помощи данной категории пациентов.

В начале развития эпидемии ВИЧ-инфекции в регионе мероприятия по перинатальной профилактике ВИЧ-инфекции не проводилась, либо проводилась не в полном объеме и с применением одного лекарственного препарата. Более 80% ВИЧ-положительных женщин не наблюдались в женских консультациях и СПИД Центре, и выявлялись впервые при поступлении в родильные дома, что затрудняло назначение и проведение профилактических мероприятий. В настоящее время более 97,4% ВИЧ-положительных женщин получают профилактическое лечение во время беременности и 94,7% в родах.

За весь период развития эпидемии на территории региона родилось 4 330 детей от ВИЧ-инфицированных женщин. В родильных домах области в 100% случаев проводится ранняя диагностика ВИЧ-инфекции у детей методом ПЦР, что обеспечивает максимально раннее назначение антиретровирусной терапии малышам в 100% случаев. В начале 2000-х годов ВИЧ-инфекция подтверждалась у 7–15 детей ежегодно и уровень перинатальной передачи составлял более 4,5%, сегодня доля таких детей составляет менее 2%. Более 35,2% ВИЧ-инфицированных детей в настоящее время достигли совершеннолетия и перешли во взрослую лечебную сеть. В 7 случаях у перинатально ВИЧ-инфицированных девочек, достигших совершеннолетия, 8 родов завершились рождением здоровых детей. На сегодняшний день в Ульяновской области проживает 92 ВИЧ-инфицированных ребенка. В 100% случаев данная группа детей охвачена ежегодными медицинскими осмотрами, исследованиями иммунного статуса. В 100% случаев дети обеспечены современными антиретровирусными препаратами. Ежегодно в 100% случаев проводится мониторинг эффективности проводимой антиретровирусной терапией. В настоящее время в диспансерной группе более 33% ВИЧ-инфицированных подростков. Более

45% дети находятся под опекой в связи с гибелью одного, а иногда и обоих родителей. Дети и подростки относятся к наиболее уязвимым группам населения, из-за большой психологической и социальной зависимости от родителей. Несвоевременное начало терапии, нерегулярный прием лекарств по вине родителей, а зачастую отказ родителей или опекунов от лечения ВИЧ-инфекции у детей являются наиболее частыми причинами развития тяжелых последствий для ребенка.

Выводы. Ранняя диагностика ВИЧ-инфекции у женщин детородного возраста, своевременное начало лечения ВИЧ до беременности, проведение полного курса трехэтапной профилактики, максимально ранняя диагностика и назначение лечения ВИЧ-инфекции у детей с участием мультидисциплинарной команды специалистов позволит снизить риск перинатальной передачи ВИЧ-инфекции, сохранить полноценную жизнь малышу и здоровье женщины.

Илендеева Н.В., Павхун Т.В., Плужник В.И.

Синдром Бланда – Уайта – Гарланда у новорожденного ребёнка

ГУЗ «Ульяновская областная детская клиническая больница имени политического и общественного деятеля Ю.Ф. Горячева»

Актуальность. Синдром Бланда-Уайта-Гарланда (СБУГ) – это врожденный редкий порок сердца, при котором отмечается аномальное отхождение левой коронарной артерии от ствола легочной артерии. В результате в левую коронарную артерию поступает кровь из легочного ствола, которая бедна кислородом. Клинические проявления СБУГ обычно проявляются к 2-6-месячному возрасту, когда происходит существенное снижение легочного сосудистого сопротивления. На первый план выступает картина ишемии миокарда.

Цель работы – ознакомить педиатров с клиникой редкого врожденного порока сердца.

Методы исследования: представление клинического случая ребенка Б., поступившего в кардиологическое отделение ГУЗ УОДКБ с клиникой тяжелой сердечной недостаточности.

Результаты. В кардиологическое отделение ГУЗ УОДКБ в возрасте 1,5 месяцев поступил мальчик от 2 беременности, 2 родов на сроке 39–40 недель с весом 3140 г., оценка по Апгар 8-9 баллов, с жалобами на плохую прибавку в весе (+500 г. за 1,5 месяца) и беспокойство, в том числе при кормлении. Объективно пониженного питания. Кожные покровы и видимые слизистые без особенностей. Отеков нет. Аускультативно в лёгких дыхание пуэрильное с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Сердечный горб. Перкуторно границы сердца расширены в обе стороны, аускультативно тоны сердца ослабленные, ритмичные, грубый систолический шум над областью сердца. Печень по краю реберной дуги. Пульсация на периферических сосудах сохранена. АД 80/66 мм рт.ст. ЧСС 160 в мин. ЧДД 64 в мин. Сатурация 92 %. ЭКГ синусовая аритмия 120–150 уд., бивентрикулярная гипертрофия. Дилатация левого предсердия. Диффузные нарушения процессов реполяризации: отрицательный зубец Т, депрессия сегмента ST в V3-5 до 2,5 мм – ишемические изменения в передней стенке ЛЖ. Эхо-КГ-Аномалия митрального клапана (МК). Недостаточность МК 3 ст. Недостаточность АК 0-1 ст. Выраженная дилатация левых отделов сердца. Гипертрофия миокард ЛЖ и МЖП. Фиброзные изменения папиллярных мышц ЛЖ и хорд МК. Заподозрена аномалия левой коронарной артерии? Сократительная способность миокарда ЛЖ снижена: ФВ 60%. Аневризма предсердной перегородки с 2 сбросами. Ребенок в 2 мес. был госпитализирован в НМИЦ ССХ им. Бакулева А.Н. с целью уточнения анатомии порока и хирургической коррекции в тяжелом состоянии со снижением насосной функцией левого желудочка. Было проведено обследование, включая КГ/АКГ, верифицирован диагноз «аномальное отхождение левой коронарной артерии от легочного ствола, тотальная недостаточность МК, стеноз левого главного бронха». Пациенту проведена операция – реимплантация левой коронарной артерии в восходящую аорту, симметричная аннулопластика МК в условиях ИК и гипотермии. В дальнейшем ребенок был переведен в отделение реанимации ГУЗ УОДКБ г. Ульяновска в тяжелом состоянии за счет сердечной недостаточности, легочной гипертензии, нарушений дыхания, но в связи с сохраняющейся не-

достаточностью МК 3-4 степени, выраженной дилатацией левых отделов сердца (в большей степени левого предсердия), ребенок был повторно госпитализирован в НМИЦ ССХ им. Бакулева А.Н., где было проведено протезирование МК механическим протезом St.Jude № 17 с сохранением подклапанных структур задней митральной створки.

Выводы. Благодаря косвенным признакам данных Эхо-КГ (дилатация левых отделов сердца, снижение сократительной способности миокарда левого желудочка, тяжелая митральная недостаточность, фиброзные изменения папиллярных мышц) удалось заподозрить аномальное отхождение коронарных артерий и в кратчайшие сроки отправить ребенка на оперативное лечение, что сохранило ребенку жизнь.

Миронова К.О., Мишкина Ю.С.

Опыт удаления инородного тела из дивертикула пищевода у ребенка оптическими щипцами ригидного бронхоскопа

ГУЗ «Ульяновская областная детская клиническая больница имени политического и общественного деятеля Ю.Ф. Горячева»

Актуальность. Вопросы диагностики и лечения инородных тел пищевода является одной из сложных и актуальных проблем в детской эндоскопии. Чаще всего инородные тела пищевода возникают у детей до трехлетнего возраста. Значительная часть инородных тел ЖКТ, которые требуют удаления, фиксируются в пищеводе. Данные инородные тела опасны развитием осложнений – перфорацией пищевода, медиастинита, трахеопищеводного соустья, массивных кровотечений, посттравматических дивертикулов, рубцовых стриктур. При этом риск указанных осложнений повышается при длительно стоящих инородных телах. При лечении данной патологии ведущую роль играет эндоскопический метод (гибкая эндоскопия или методики ригидной эндоскопии).

Цель – улучшить результаты диагностики и лечения детей с инородными телами верхнего отдела ЖКТ и минимизировать риск вероятности развития осложнений после извлечения инородных тел.

Результаты. Длительное пребывание инородных тел в пищеводе, как правило, связано с поздним обращением или не адекватной диагностикой, а в ряде случаев – неудачными попытками удаления инородного тела и запоздалым направлением пациентов в специализированную медицинскую организацию. В диагностике инородных тел анамнез не всегда надежен, поскольку взрослые, окружающие ребенка, не всегда могут быть свидетелями проглатывания инородного тела, а маленькие дети, ввиду возраста и психического развития, не в состоянии обозначить этот факт. И лишь клинические проявления наличия инородного тела в пищеводе являются поводом для обращения за медицинской помощью. Диагноз устанавливался на основании анамнеза, клинических признаков и данных дополнительных исследований. Ценным методом диагностики является гибкая эзофагоскопия, которая дает точное представление о положении любого инородного тела и характере повреждения стенки и чаще всего сразу же используется для удаления инородного тела.

В 2022 году в наше учреждение поступил ребенок С., 1 год, через 1,5 месяца от начала клинических проявлений, а именно: отказ от еды, общее беспокойство, кашель, слюнотечение. При этом факт проглатывания инородного тела зафиксирован родителями не был. Из анамнеза: до поступления в стационар ребенок находился на стационарном лечении по месту жительства с диагнозами: «ОРВИ, гнойная ангина, отит». На фоне лечения положительной динамики не отмечалось, сохранялась гипертермия до 40 градусов. С диагнозом «пневмония» пациент был направлен в наше лечебное учреждение. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки рентген контрастных инородных тел не выявлено.

В день поступления была выполнена гибкая эзофагоскопия, во время которой выявлено вколоченное инородное тело неравномерной формы с острыми краями – более 2 см в поперечнике (лапа от птицы), с образованием слепого кармана. Вокруг определялся выраженный отек, гиперемия, грануляционная ткань, кровоточащая при контакте, массивное наложение фибрина, в просвете пищевода скопление гноя. Инородное тело было удалено под наркозом с помощью гибкого эндоскопа и щипцов-захватов. Проведена контрольная обзорная рентгенография органов грудной клетки с контрастированием пищевода – патологии не выявлено.

С диагнозом «длительно стоящее инородное тело верхней трети пищевода, пролежень пищевода, предперфорация» ребенку проводилась консервативная терапия. На фоне проводимого лечения на третьи сутки после удаления инородного тела состояние ребёнка не улучшалось (лейкоцитоз увеличился, гипертермия сохранялась). Проведено КТ органов грудной клетки – выявлен медиастинит. По поводу чего было выполнено дренирование средостения и наложение гастростомы. Послеоперационный период протекал без осложнений. Исходом лечения стал сформировавшийся посттравматический дивертикул пищевода и рубцовый стеноз верхней трети пищевода, что потребовало в дальнейшем этапного бужирования зоны стеноза в течение 6 месяцев. В январе 2024 года этот же ребенок С. поступает с инородным телом верхней трети пищевода (монета). При ЭГДС инородное тело расположено поперек в полости дивертикула. Под наркозом при помощи щипцов развернуть монету не представлялось возможным. В итоге с помощью прямой лариноскопии оптическими щипцами ригидного бронхоскопа под контролем зрения произведена экстракция инородного тела. Осложнений не было.

Выводы. К группе риска по длительно стоящим инородным телам пищевода относятся дети в возрасте до 3-х лет. Анамнез заболевания не всегда является критерием, позволяющим достоверно установить наличие или отсутствие инородных тел в пищеводе. Эндоскопическое исследование верхнего отдела ЖКТ является высокоэффективным вмешательством, позволяющим диагностировать и при возможности извлечь инородное тело. Выбор эндоскопической методики определяется характером инородного тела, длительностью стояния инородного тела в пищеводе, возрастом пациента, наличием воспалительного процесса, уровнями подготовки оператора и технической оснащенностью. Основным методом удаления инородных тел пищевода является гибкая эзофагоскопия. Однако при локализации инородного тела в верхних отделах пищевода у части пациентов возможно извлечение инородного тела посредством прямой ларингоскопии методикой ригидной бронхоскопии.

Левагина Е.С., Никонов М.Е.

**Клинический случай. Поиск взаимосвязи развития
мочекаменной болезни и иммунизации
против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции
у недоношенного ребенка**

ГУЗ «Детская городская клиническая больница города Ульяновска»

Актуальность. Недоношенные дети являются одной из наиболее уязвимых групп по тяжелому течению респираторной патологии и развитию осложнений инфекционных заболеваний. Начиная с 2010 года в России был зарегистрирован и одобрен к применению у детей препарат гуманизированных моноклональных антител для профилактики респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (РСВ). В тексте официальной инструкции к препарату Паливизумаб (торговое название Синагис) не указывается в качестве побочного эффекта его влияние на мочевыделительную систему и на процесс нефролитиаза в частности. В результате проведения иммунизации детей от РСВ-инфекции в ГУЗ «Детская городская клиническая больница г. Ульяновска» в 2023 году был выявлен ребенок с нефролитиазом на 7 месяце жизни при нормальных результатах исследования почек в неонатальном периоде.

Цель исследования – проанализировать зависимость формирования камней в почках у ребенка с началом профилактики РСВ-инфекции.

Методы исследования. В качестве метода исследования использовался анализ клинического случая применения препарата Паливизумаб у недоношенного ребенка, рожденного на 29 недели гестации с экстремально низкой массой тела при рождении. Беременность 4 на фоне хронической фетоплацентарной недостаточности, тяжёлой преэклампсии, миомы матки, сифилис в анамнезе. Диагноз после выписки со 2 этапа выхаживания «перинатальное поражение центральной нервной системы; внутрижелудочковое кровоизлияние 3 степени; постгеморрагическая внутренняя гидроцефалия; синдром дыхательных расстройств; бронхолёгочная дисплазия; анемия; задержка внутриутробного развития 2 степени; ретинопатия недоношенных». Гемотрансфузии свежзамороженной плазмы в воз-

расте 1 мес. Наследственность отягощена по желчекаменной болезни у мамы. При достижении ребенком паспортного возраста 7 месяцев нефрологом был выставлен диагноз «камни левой почки» на основании ультразвукового обследования. Динамика по общему клиническому анализу мочи: в возрасте 1 месяца обнаруживаются оксалаты 1+, остальные показатели в норме при ежемесячном мониторинге результатов. В возрасте 4 месяцев ребенку начата иммунизация моноклональными антителами. Рекомендованный курс из 5 внутримышечных инъекций с интервалом в 1 месяц. Три введения препарата прошли в плановом порядке без изменений показателей клинических анализов крови и мочи. Перед четвертой госпитализацией в моче появляется большое количество лейкоцитов, оксалаты 1+, слизь 1+, по ультразвуковому исследованию в левой почке обнаруживаются конкременты 8 мм и 5 мм. Воспалительный характер мочи начинает наблюдаться периодически в течение 2 месяцев, даже на фоне специальной противорецидивной терапии. Профилактика РСВ-инфекции Паливизумабом проводилась без изменения графика. Увеличение размеров камней левой почки в динамике за 4 месяца не наблюдалось. За 2 недели до введения последней пятой инъекции препарата Синагис и в течение 2,5 месяцев после патологии в моче не выявлялось.

Результаты. Недоношенный ребенок в данном клиническом случае имеет полиморбидную патологию, наследственную предрасположенность к камнеобразованию и является единственным пациентом, сочетающим мочекаменную болезнь и законченный профилактический курс Паливизумабом в 2023 году, когда впервые началась программа иммунизации недоношенных в ГУЗ «Детская городская клиническая больница г. Ульяновска».

Выводы. Манифестация нефролитиаза у недоношенного ребенка совпала с началом иммунизации против РСВ-инфекции. Четкую связи этих двух событий у конкретного ребенка сложно транслировать в масштабе популяции. Требуется более длительный период наблюдения в рамках данного клинического случая и в более расширенной выборке.

Легошина И.Н., Хлюнева Н.М., Королькова Н.А., Никонов О.А.

Клинический случай болезни Гиршпрунга в отделении патологии новорожденного

ГУЗ «Ульяновская областная детская клиническая больница имени политического
и общественного деятеля Ю.Ф. Горячева»

Актуальность. Болезнь Гиршпрунга – тяжелый врожденный порок развития толстой кишки с отсутствием нервных ганглиев у детей, который требует выполнения сложных реконструктивных операций. Этиопатогенетическим фактором в развитии болезни Гиршпрунга является нарушение развития энтеральной нервной системы, характеризующееся отсутствием внутренних ганглиозных клеток в подслизистом и миэнтериальном сплетениях кишечной стенки. В настоящее время установлено, что болезнь Гиршпрунга является наследственным заболеванием, имеются данные о семейных случаях болезни, когда она может достигать до 20%. Все это подтверждает роль генетических нарушений в основе патофизиологии заболевания, его течения и исхода.

Диагностика болезни Гиршпрунга, как правило, основывается на определенном симптомокомплексе и данных рентгенографии, ирригоскопического исследования, но окончательный диагноз ставится на основании гистопатологического заключения при отсутствии ганглиозных клеток в мицеллярном или подслизистом нервном сплетении кишечника и наличии гипертрофических нервных стволов в подслизистой основе.

Гистопатология болезни Гиршпрунга сложна, имеются трудности в постановке диагноза классическим рутинным методом окрашивания гематоксилин-эозином. Несмотря на наличие определенных клиническо-радиологических признаков болезни Гиршпрунга, проявляющихся уже в первые несколько суток от рождения ребенка, достаточно часто этот врожденный порок развития диагностируется у детей более старшего возраста.

Результаты. Ребенок Н. Из анамнеза: «ребенок от 5 беременности, протекавшей на фоне ОАГА, ИЦН (хирургическая коррекция в 12 недель – амоксиклав, в 20 недель – вильпрофен, тержинан; в 27 недель – сумамед, в 37 недель – снятие швов), активации в/с свертывания крови, токсикоз 1 триместра), от 2 самопроизвольных родов на сроке 37,5 недель. Оценка по

шкале Апгар 8-9 баллов. Период ранней адаптации протекал без особенностей, был на грудном вскармливании «по требованию», выписан домой на 3 сутки жизни в удовлетворительном состоянии. Поступил в приемное отделение в возрасте 7 суток жизни с жалобами на вялое сосание, срыгивание, задержку отхождения стула до трех дней. При осмотре: состояние средней степени, обусловленное признаками дисфункции ЖКТ, синдромом угнетения безусловно-рефлекторной деятельности. При осмотре обращало на себя внимание сильное вздутие живота, при пальпации – усиленная перистальтика, петли кишечника контурируются. Ребенок сосет активно, во время кормления «голодный крик», срыгивания 1/2V кормления (без пат. примесей, створоженным молоком), самостоятельный стул не отходил. После проведения очистительной клизмы – вздутие живота с уменьшением, ребенок высасывает полностью объем питания, не срыгивает. Спустя сутки отсутствия самостоятельного стула – эпизоды беспокойства, срыгивания, вздутия живота продолжаются.

Учитывая отсутствие самостоятельного стула, эпизоды срыгивания, ребенку было проведено ФГС, по данным которого была выявлена катаральная гастропатия. Начата терапия Фосфалюгелем, питание дробное, частичное парентеральное питание исходя из физических потребностей ребенка. На фоне проводимой терапии состояние ребенка без видимой положительной динамики. Вздутие живота, эпизоды срыгивания сохранялись на фоне задержки стула и отсутствия самостоятельного опорожнения (при применении Дюфалака значимого клинического эффекта достигнуто не было). Ребенку была проведена ирригография (с целью исключения долихосигмы, участков сужения / расширения толстого кишечника). По данным ирригографии был обнаружен участок сужения толстого кишечника с престенотическим расширением (конусовидный переход от суженного участка кишки в расширенный отдел), ректосигмоидальный индекс меньше 1.

В результате проведенных обследований был выставлен диагноз «болезнь Гиршпрунга», очистительные клизмы назначены планово. На фоне проведения очистительных клизм – стул регулярный, вздутие живота с уменьшением, энтеральное питание ребенок усваивал полностью, в весе стабильно прибавлял.

Была проведена телеконсультация с хирургами НЦЗД г. Москва с целью уточнения диагноза и возможности перевода ребенка в стационар для

проведения гистологического исследования пораженного участка толстого кишечника (выявления отсутствия аганглиозных клеток). В результате ребенок был госпитализирован в НЦЗД, где диагноз был подтвержден, проведена хирургическая коррекция и ребенок был выписан домой в удовлетворительном состоянии.

Выводы. Таким образом, болезнь Гиршпрунга представляет интерес для врачей в плане дифференциальной диагностики с рядом соматических и хирургических состояний, заболеваний. Правильная тактика диагностического поиска ориентирует врача и пациента, позволяет грамотно и целенаправленно назначать план лечения и возможность благоприятного исхода заболевания.

Павхун Т.В., Мкртчян С.В., Тимофеева В.Н.

Онкологические заболевания под маской ювенильного артрита

ГУЗ «Ульяновская областная детская клиническая больница имени политического и общественного деятеля Ю.Ф. Горячева»

Актуальность темы. Острый лимфобластный лейкоз – это злокачественное заболевание кроветворной системы. Болезнь начинается в костном мозге. Частота среди детей составляет 80%. ОЛЛ составляют почти одну пятую часть (22%). Чаще всего встречается у детей в возрасте от года до пяти лет. Мальчики болеют чаще – 1,3:1.

Цель работы – ознакомить педиатров с «масками» онкологических заболеваний, проявляющихся суставным синдромом, а также с картиной лейкоидной инфильтрации костной ткани.

Методы исследования: представление клинического случая ребенка К., поступившего в кардиологическое отделение ГУЗ УОДКБ с клиникой артрита правого тазобедренного сустава. При обследовании выявлен острый лимфобластный лейкоз, В-тип, группа В.

Результаты. Пациент К. 4 лет поступил в кардиологическое отделение с жалобами на боли в правой ноге, прихрамывание на правую ногу.

Ребенок болен с ноября 2023 г., когда начал прихрамывать, но особого внимания родители не обращали. Ограничение движений усилилось с начала декабря 2023 года, лечения не получал. Обратились к ревматологу. При проведении УЗИ тазобедренных суставов выявлено расширение суставной сумки правого тазобедренного сустава до 2,5 мм, стенки сумки слоистые умеренно утолщены до 1,8 мм. На рентгенограммах тазобедренных суставов в прямой проекции между кортикальным слоем вдоль шейки и зоны роста обоих тазобедренных суставов, больше справа, определяется полоска разряжения. Учитывая данные рентгенологической картины, для уточнения диагноза проведена КТ таза с контрастным усилением. Выявлены линейные зоны разрежения костной ткани, расположенные кортикально и субкортикально по наружному контуру шеек бедренных костей и субхондрально в области ростковых зон шеек бедренных костей (более выраженные справа) за счет остеопороза. Кортикальный слой костей таза справа резко истончен, прерывается, с наличием мелких субкортикально расположенных участков разрежения костной ткани. КТ-признаки могут соответствовать гиперпаратиреоидной остеодистрофии (дифференцировать с изменениями костей на фоне лейкоза). На серии МР-томограмм тазобедренных суставов определяются линейные зоны слабого повышения МР-сигнала на T1, T2-ВИ, расположенные кортикально и субкортикально (признаки истощения костного мозга?). В межвертельной области правой бедренной кости, в крыле левой подвздошной кости определяются участки с четкими и ровными контурами с истончением кортикального слоя костей таза, с наличием мелких субкортикально расположенных участков разрежения костной ткани, что может соответствовать диффузному остеопорозу на фоне системного поражения костей скелета (остеодистрофия, гемобластоз). С целью дифференциальной диагностики проведена пункция костного мозга. В миелограмме костный мозг гипоклеточный, мноморфный по составу, тотально замещен бластными клетками. Диагностирован лейкоз. Пациенту проведено иммунофенотипирование в ФГБУ «НМИЦ ДГОИ им. Д. Рогачева», в образце выявляется 14% опухолевых клеток с В-линейным фенотипом CD19+, CD34+ CD45-. А также проведена молекулярная генетика костного мозга: экспрессия химерных генов BCR-ABL1 p190, BCR-ABL1 p210 не обнаружена. С 29.12.23 ребенку начата и продолжается

индукция ремиссии по протоколу МВ-2015. Ребенок выписался в удовлетворительном состоянии.

Выводы: при выявлении у пациента болей в суставах в сочетании с потерей массы тела, слабостью, отказом от еды необходимо проведение методов лучевой диагностики. Неспецифические рентгенологические изменения КТ и МРТ костей и суставов требуют от специалистов заподозрить лимфопролиферативный процесс, характеризующийся лимфоидной инфильтрацией кости. Ранняя диагностика острого лейкоза с ранним началом патогенетической терапии является очень важным для благоприятного прогноза в лечении и дальнейшей жизни пациента.

Никонов О.А., Ахметшина Г.Р., Легошина И.Н., Бехтина О.Ю.

Диагностика и лечение опухолевидных образований яичников у новорожденных

ГУЗ «Ульяновская областная детская клиническая больница имени политического и общественного деятеля Ю.Ф. Горячева»

Актуальность. Интерес к проблеме овариальных объемных образований у новорожденных привлекает сегодня внимание не только детских гинекологов, но и детских хирургов. Именно детские хирурги определяют тактику ведения новорожденных с пальпируемой или определяемой ультразвукографически опухолью брюшной полости, проводят дифференциальную диагностику, решают вопрос об оптимальных сроках операции и выборе объема хирургического вмешательства.

Представляем анализ собственных наблюдений врожденных овариальных кист у новорожденных девочек.

За период с 2018 по 2023 г. на лечении в ГУЗ УОДКБ находились 9 новорожденных девочек с кистами яичника. Все наблюдавшиеся дети родились естественным путем в срок 39–40 недель с оценкой по шкале Апгар 8-9 баллов. Возраст матерей составил от 18 до 33 лет.

Дети с антенатально выявленной опухолью брюшной полости поступали в отделение патологии новорожденных для уточнения диагноза и

определения тактики лечения. Достаточно четко опухолевидное образование брюшной полости пальпаторно определялось в трех случаях, причем в двух оно имело признаки блуждающей опухоли, и в этих клинических ситуациях возникала необходимость дифференциальной диагностики с кистой брыжейки и кистозным удвоением кишки. У остальных новорожденных опухоль не пальпировалась. До операции только у 3 детей был поставлен диагноз кисты яичника, у остальных с большей или меньшей вероятностью предполагалось, что кистозное образование исходит из яичника, окончательно диагноз уточняли во время операции. Все девочки были прооперированы на 15–20 день жизни. 6 детей оперированы традиционным способом – лапаротомия по Пффаненштилю. С 2023 года лапароскопические операции выполнены трем больным (33,3% детей). Лапароскопия всем 3 детям выполнена с применением стандартного набора эндоскопического оборудования фирмы «Karl Storz». Использовали 3 мм троакары и телескоп 2,7 мм 30°. У пациенток использовались два или три троакара, введенных в типичных местах. На лапароскопии выявлена следующая патология: у 3 – киста без ткани яичника, из них у 2 детей киста была отшнуровавшаяся и располагалась свободно в брюшной полости. При осмотре контралатерального яичника у 2 девочек обнаружены фолликулярные кисты размерами до 1 см. Перекрут кисты с асептическим некрозом зарегистрирован в 5 наблюдениях. Отсутствие его клинических проявлений после рождения, а также наличие у всех кальцификатов в основании стенки кист давали основание полагать, что перекрут кисты происходил внутриутробно. В двух наблюдениях в процесс перекрута были вовлечены придатки матки, с самоампутацией маточной трубы. Кроме этого, отмечен случай отсутствия связочного аппарата и маточной трубы слева, а некротизированная киста левого яичника, располагаясь рядом с правым яичником, была фиксирована к левому углу матки длинным соединительно-тканым тяжем. У одной новорожденной подпаянная спайками к сальнику и брыжейке тонкого кишечника отшнуровавшаяся киста яичника располагалась в мезогастррии.

Длительность лапароскопических операций и традиционных лапаротомий была сопоставима и составила 35 ± 15 мин. Послеоперационный период у всех детей протекал гладко, осложнений не отмечено. Койко-день после лапароскопических операций составил 4 ± 1 день, после традиционных операций – 5 ± 2 дня.

Выводы: 1. При антенатальном обнаружении кистозного образования в брюшной полости у плода необходимо проводить тщательное наблюдение за беременной женщиной с углубленным обследованием, включающим определение содержания хорионического гонадотропина. 2. Перекрут врожденных кист происходит преимущественно внутриутробно и сопровождается такими осложнениями, как отшнуровка кисты, самоампутация придатков, спаечный процесс. 3. Наличие врожденной овариальной кисты, с одной стороны, часто сопровождается изменениями в виде мелкокистозной дегенерации в контралатеральном яичнике. 4. Показанием к операции у новорожденных детей с кистами яичника является наличие взвеси в жидкостном компоненте кисты, большие ее размеры, наличие дополнительных экоструктур. При отсутствии клиники острого процесса в брюшной полости и сдавления функционально важных органов операция может быть отложена до 15–20 дней жизни новорожденной. 5. Родоразрешение женщин с подозрением на кисту яичника у плода желательно проводить в условиях перинатального центра, вне зависимости от размеров и структуры кисты.

Романова А.Г., Смирнова А.В., Яковлева С.В.

Сравнительный анализ постнатального роста поздних недоношенных, ранних доношенных и доношенных новорожденных в ОПНД ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»

Актуальность проблемы. Динамика постнатального роста новорождённых детей – один из основных показателей их здоровья и адаптации в неонатальном периоде. Анализ этих показателей позволяет скорректировать концепцию энтерального питания в зависимости от потребностей новорождённых различного гестационного срока.

Цель исследования – оценить и сравнить динамику массы тела в неонатальном периоде у поздних недоношенных детей (36 недель - 36 недель + 6 дней гестации), ранних доношенных (37 недель - 37 недель + 6 дней гестации) и доношенных детей (38 недель - 38 недель + 6 дней гестации), используя таблицы постнатального роста INTERGROWTH-21.

Материалы и методы. В исследование были включены 150 новорождённых, родившихся в Перинатальном центре ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница» в 2022–2023 гг. и соответствующих заданным критериям: срок гестации 36–38,6 недель, гармоничные показатели физического развития при рождении (находятся в интервале между 10-м и 90-м перцентилем), ежедневный расчёт суточной дотации объёма жидкости и нутриентов, отсутствие критических состояний. Дети были разделены на 3 равные группы в соответствии со сроком гестации: поздние недоношенные, ранние доношенные и доношенные.

Внутри каждой группы был проведён анализ физического развития при рождении и постнатального роста.

Постнатальный рост оценивался по следующим параметрам: максимальная убыль массы тела, общая прибавка массы тела и масса тела при выписке. Динамику веса оценивали по центильным таблицам постнатального роста INTERGROWTH-21 при выписке.

Результаты анализа представлены в таблице 1.

Таблица 1

Срок гестации	Масса тела при рождении, г	Средний койко-день	Масса тела при выписке, г	Общая прибавка массы тела, г	Убыль массы тела, %
36-36,6	2527,7 ± 423,0	11	2686,7 ± 550,0	112,8 ± 202,5	5,2 ± 4,5
37-37,6	2920,0 ± 510,0	11	2957,6 ± 570,0	63,8 ± 220,0	5,4 ± 5,8
38-38,6	3309,2 ± 584,5	10	3401,6 ± 671,5	103,1 ± 202,5	4,7 ± 6,0

Как видно из таблицы, несмотря на минимальную разницу в гестационном возрасте, в каждой группе имеются свои особенности:

1. Дети из группы ранних доношенных достоверно отличаются от двух других групп: они имеют самую низкую общую прибавку массы тела при выписке. При этом убыль массы тела значительно не отличается от 2 других групп детей. По результатам оценки постнатального роста 10 (20%) из 50 детей вышли за пределы 10 перцентиля.

2. В группе поздних недоношенных общая прибавка массы тела при выписке оказалась самой высокой. По результатам оценки постнатального роста 4 (8%) из 50 детей вышли за пределы 10 перцентиля.

3. Дети из группы доношенных занимают среднее положение по показателю общей прибавки массы тела и имеют минимальные показатели убыли массы. По результатам оценки постнатального роста ни один ребенок не вышел за пределы 10 перцентиля.

Выводы. Несмотря на минимальную разницу в сроке гестации, вскармливание ранних доношенных детей должно отличаться от вскармливания доношенных новорожденных. Эти дети, как и поздние недоношенные, нуждаются в максимально высоких допустимых дозах белка и энергии, рассчитанных на массу тела.

Следует проецировать подход к вскармливанию недоношенных детей на группу ранних доношенных для полного удовлетворения их потребностей в нутриентах и обеспечения адекватного постнатального роста.

Динамическая оценка физического развития таких детей позволяет своевременно оценивать эффективность вскармливания.

Червонная Д.В., Полуэктова Н.В., Леонидова Т.А., Яровых М.А.

Анализ структуры врождённых пороков развития в Перинатальном центре «Мама»

**ГУЗ «Ульяновская областная детская клиническая больница
имени политического и общественного деятеля
Ю.Ф. Горячева» за 2023 год**

ГУЗ «Ульяновская областная детская клиническая больница имени политического
и общественного деятеля Ю.Ф. Горячева»

Актуальность. Врожденные пороки развития (ВПР) представляют одну из актуальных проблем в различных отраслях медицины, так как относятся к числу наиболее серьезных отклонений в состоянии здоровья де-

тей, имеют значимый удельный вес в структуре причин младенческой смертности, детской инвалидности.

Цель исследования – провести анализ структуры врожденных пороков у новорожденных, родившихся в 2023 г. в Перинатальном центре «Мама» (ПЦ «Мама») ГУЗ УОДКБ, выявить связь развития пороков с возрастом женщины, местом проживания (город, село), оценить процент выявления пороков развития антенатально.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 115 историй болезни доношенных детей с врождёнными пороками развития, находящихся в отделении новорожденных ПЦ «Мама» ГУЗ «УОДКБ» в период с 01.01.2023 г. по 31.12.2023 г. Полученные данные были обработаны в статистических программах IBM SPSS statistics и Microsoft Office Excel 2007. Оценивали возраст женщины, место проживания (город, село), массу плода при рождении, выявлен ли порок развития антенатально.

Результаты и их обсуждение. В нашей работе были изучены социальные факторы и акушерско-гинекологический анамнез матери. Было выявлено, что ВПР чаще встречались у повторнородящих – 69 (60%), у первородящих – 46 (40%). Распределение пороков в возрастных категориях: возраст младше 20 лет – 2,6%, от 20 до 29 лет – 48,7%, от 30 лет и старше – 48,7%. Больше всего детей с ВПР у женщин, проживающих в г. Ульяновске – 60,9%, в селе – 35,6%, в г. Димитровграде – 3,5%. Прослеживается связь ВПР с массой ребенка: масса при рождении составляла 3000 гр. и более в 89 случаях (77,4%), в группе детей с массой менее 3000 гр. – в 26 случаях (22,6%). Всего за 2023 год в отделении новорождённых ПЦ «МАМА» было зарегистрировано 130 случаев ВПР (7,3%) и это в 1,6 раза больше по сравнению с 2022 годом – (79 случаев – 4,7%). Антенатально пороки развития были выявлены у 45 детей (39,1%), выявлены после рождения – у 70 детей (60,9%). Из общего числа пороков в 106 случаях (92%) пороки были изолированными, в 9 случаях (8%) – комбинированными.

В 2023 году лидирующее место среди пороков занимают врождённые аномалии развития системы кровообращения – 39 (30%), 2 место – мочевой системы 26 (20%), 3 место – аномалии половых органов – 22 (17%), аномалии костно-мышечной системы – 22 (17%).

За 2023 год отмечается рост динамики заболеваемости врождёнными аномалиями системы кровообращения с 21,5% в 2022 г. до 30% в 2023 г. Врождённые аномалии половых органов выросли с 15% в 2022 г. до 17% в 2023 г. Врождённые аномалии и деформации костно-мышечной системы выросли с 11,4% до 17% в 2023 г.

Выводы. Таким образом можно сделать вывод, что чаще ВПР развития встречались при повторных родах, возрастной аспект среди рожениц не выявлен (одинаковое количество случаев в возрастных категориях с 20 до 29 лет, от 30 лет и старше), больший процент ВПР встречается среди городских жителей, по сравнению с сельскими, выявлена корреляция между врождёнными пороками и массой при рождении – чаще аномалии развития встречались у детей с массой 3000 гр. и более. Лидирующее место среди врождённых пороков занимают аномалии развития системы кровообращения и мочевой системы.

Особое внимание должно уделяться планированию беременности, максимально полному обследованию матери во время беременности, повышению качества УЗИ-диагностики врожденных пороков у плода.

Куташова Е.А., Овсянникова М.Н., Бектимирова Л.А.

Болезнь Гоше – важность ранней диагностики

ГУЗ «Ульяновская областная детская клиническая больница имени политического и общественного деятеля Ю.Ф. Горячева»

Актуальность. Болезнь Гоше – системное заболевание неопухолевой природы, в основе которого лежит наследственный дефицит активности кислой β -глюкозидазы (глюкоцереброзидазы) – лизосомного фермента, участвующего в расщеплении гликофинголипидов мембран разрушающихся клеток. Это приводит к накоплению в органах и тканях нерасщепленных липидов. Типичные проявления болезни Гоше – цитопения, гепатоспленомегалия, поражение костей.

Представляем клинический случай болезни Гоше 1 типа у девочки 8 лет.

В августе 2023 г. ребенок в сопровождении мамы впервые обратился на консультацию к гематологу и гастроэнтерологу консультативно-диагностического центра ГУЗ «Ульяновская областная детская клиническая больница им. политического и общественного деятеля Ю.Ф. Горячева» им. Ю.Ф. Горячева с жалобами на увеличение селезенки по результатам УЗИ.

Согласно данным амбулаторной карты, впервые увеличение селезенки по УЗИ выявлено в возрасте 5,5 лет (2021 г.) – 122 × 45 мм. К специалистам ребенок не направлен. Также, с 2018 г. в общем анализе крови наблюдалась умеренная тромбоцитопения 112-137-97-110-147 × 109 / л. По результатам УЗИ органов брюшной полости от 05.08.23 – Печень: + 1,5 см из-под края правой реберной дуги. КВР правая доля 114,0 мм, ЛД – 56 × 52 мм, толщина ПД 85 мм, структура однородная. Селезенка: размер – 129 × 36 мм, структура однородная. Заключение: гепатоспленомегалия.

Объективно: физическое развитие ниже среднего (вес 19,4 кг, рост 122 см). Питание пониженное. Кожные покровы бледные, чистые. Костная система без выраженных деформаций. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень по краю правой реберной дуги, край острый, эластичный, безболезненный. Селезенка пальпируется, +3 см из-под левой реберной дуги.

Предварительный диагноз – болезнь Гоше. В тот же день у ребенка взят образец крови методом «сухих пятен» с целью проведения энзимодиагностики. Получен результат: глюкоцереброзидазы – 0,01 мкМ/л/ч (норма 1,5 – 25) – снижение активности, хитотриозидаза – 936 нМ/мл/час (норма 2,5 – 100) – резкое повышение. Концентрация метаболитов – повышен гексаилсфингозин – 365,31 нг/мл (норма 0,2 – 10). В совокупности данные отклонения характерны для болезни Гоше. Полный анализ гена GBA методом прямого автоматического секвенирования – выявлены характерные изменения.

Ребенок был направлен в ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России, где были проведены денситометрия (без особенностей), рентгенография бедренных костей (картина может соответствовать болезни Гоше), рентгенография кистей рук (костный возраст отстает от паспортного на 6 мес.), фиброэластография печени (без патологии), МРТ ОБП с вычисле-

нием объема печени и селезенки (умеренная гепатоспленомегалия). Выставлен диагноз «болезнь Гоше 1 типа». Назначена заместительная ферментная терапия (ЗФТ) – велаглуцераза альфа из расчета 41 Ед/кг 2 раза в месяц.

Вывод. Лабораторная диагностика заболевания хорошо отработана. Своевременное начало ЗФТ рекомбинантным ферментом определяет благоприятный прогноз при болезни Гоше 1 типа. Педиатрам следует предположить болезнь Гоше при необъяснимых цитопениях, гепато-, спленомегалиях, признаках поражения костей, даже при наличии 1-2 из перечисленных симптомов.

Раздел 18. Профилактика заболеваний, формирование здорового образа жизни и спортивная медицина

Караулова В.Г., Глуценко Н.П., Усманова Е.В., Чеберова Ю.С.

Итоги проведения проекта «Дистанционный контроль процесса снижения избыточной массы тела» на базе консультативной поликлиники ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница» в 2023 году

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»

Актуальность. Никакой другой болезнью люди не болеют так часто, как ожирением. По последним оценкам ВОЗ, более 1 млрд человек в мире имеют лишний вес. Эта проблема актуальна независимо от социальной и профессиональной принадлежности, зоны проживания, возраста и пола. В экономически развитых странах почти 50% населения имеют избыточный вес, из них 30% страдают ожирением. В России в среднем 30% лиц трудоспособного возраста имеют ожирение и 25% – избыточную массу тела. Ожирение – доказанный фактор риска развития ишемической болезни сердца, артериальной гипертензии, инсульта, рака ободочной кишки, рака молочной железы, рака эндометрия и остеоартроза.

В 2023 г. в Ульяновской области, в частности, на базе ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница» продолжил свою работу «Дистанционный контроль процесса снижения избыточной массы тела», хорошо зарекомендовавший себя с 2020 года.

Целью проекта является снижение и – в дальнейшем – контроль массы тела путем персонализированного консультирования и дистанционного контроля, а также индивидуального организационного подхода к пациенту, который основывается на коррекции пищевых привычек, достаточной физической активности.

Материал и методы исследования. Для участия в проекте было отобрано 16 человек в возрасте 18–60 лет с ИМТ 25,0–40,0 кг/м², с наличием у

них смартфона под управлением операционной системы версии Android 8.0 и выше, подписавших информированное согласие на участие в проекте. Всем участникам было выдано оборудование для самоконтроля: тонометр, шагомер, весы.

Участники исследования получали индивидуальную профилактическую консультацию по методике мотивационного консультирования на очных визитах и дистанционную поддержку посредством мобильного приложения «Доктор ПМ». Период проведения исследования март – октябрь 2023 г.

Результаты. За время участия в проекте «Дистанционный контроль процесса снижения избыточной массы тела» все участники отмечают снижение массы тела, изменились не только цифры на весах, но и образа жизни: характер питания, режима дня, физическая активность.

У 56% участников отмечается снижение массы тела выше порогового показателя (3 кг – 5 кг), 44% снизили свой вес в рамках порогового значения (1 кг – 2 кг), и только у 1% не достигнут целевой показатель снижения массы тела.

В исследованиях 2020–2022 годов на базе ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница» приняли участие 69 человек. Как в 2020–2022 годах, так и в 2023 году большинство участников проекта добились хороших результатов. Снижения массы тела до целевого уровня (3 кг – 16 кг) достигли 72% участников (73% участников 2020 года, 88% участников 2021 года, 70% участников 2022 года). За 2023 год почти каждый участник похудел, в среднем, на 3,38 кг/чел. За время существования проекта были пациенты, чей вес снизился и на 14,6 и на 19,4 кг в общей сложности.

Однако при реализации проекта в 2023 году было отмечено, что отсутствие Bluetooth-соединения с шагомером и весами, ежедневных напоминаний о необходимости зафиксировать и отправить показания доставило неудобство внесения данных вручную и приводило к недостоверности информации, снижению мотивации к систематической передаче сведений врачу.

По итогам реализации проекта ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница» были внесены предложения: по созданию архива комплекса физических упражнений и рецептов полезных блюд, которые в

дальнейшем помогут участникам не только приблизиться к своей цели по снижению веса, но и выработать привычку правильного и сбалансированного питания, режим посильной дозированной физической нагрузки.

Вывод. Ежедневный контроль, получение сообщений мобильного приложения и периодические встречи с врачом в рамках проекта самым непосредственным образом смогли повлиять на самосознание человека, выработали у него привычку следить за калорийностью потребляемой пищи и обязательной физической активностью. Таким образом, можно сказать, что цифровые технологии влияют на пересмотр базовых ценностей человека, переход на принципы здорового образа жизни. И в дальнейшем это улучшит показатели здоровья населения в целом.

Караулова В.Г., Казакова Е.В., Денисова Е.В.

Опыт использования передвижного мобильного Центра здоровья при проведении скрининговых обследований населения Ульяновской области

ГУЗ «Центр общественного здоровья и медицинской профилактики Ульяновской области»

По данным ВОЗ, от хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) в мире ежегодно умирает 41 млн человек, что составляет 71% всех случаев смерти, из них >15 млн человек умирают в возрасте от 30 до 69 лет. К основным ХНИЗ, являющимся основными причинами преждевременной смертности населения, относятся: сердечно-сосудистые заболевания, злокачественные новообразования, хронические респираторные заболевания, прежде всего хроническая обструктивная болезнь легких и бронхиальная астма, а также сахарный диабет. Более 80% всех случаев преждевременной смерти от ХНИЗ приходится именно на эти четыре группы заболеваний, имеющие общие управляемые или модифицируемые факторы риска, негативно влияющие на их развитие и течение заболеваний.

В конце 2020 года благодаря национальному проекту «Здравоохранение» региональным Центром общественного здоровья приобретен передвижной мобильный центр здоровья для реализации мероприятий феде-

рального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи». Мобильный Центр здоровья размещается на базе ГАЗон NEXT и оснащен согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.10.2020 № 1177н «Об утверждении Порядка оказания и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведение мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях».

С 2021 по 2023 годы мобильный комплекс осуществил 245 выездов в муниципальные образования Ульяновской области. Медицинское обследование прошли 11 522 человека, из которых 7 617 человек – взрослое население – и 3 905 – детское население.

В бригаду передвижного центра здоровья входили: врач-терапевт и/или врач-педиатр и 3 медицинские сестры (рис. 1).



Рис. 1

Скрининговое обследование включало в себя исследование: сердечно-сосудистой системы при помощи аппаратов «Кардиовизор» и ангиологического скрининга с подсчетом ПЛИ «АВІ System», а также измерения общего холестерина экспресс-методом; функции дыхательной системы на

спирометре с определением концентрации угарного газа и монооксида углерода при использовании смокелайзера; состояния органа зрения с определением остроты зрения, внутриглазного давления и проведением рефрактометрии; биоимпедансного состава тела человека на аппаратах «Диамант» и «Медасс» АВС-02; эндокринной системы, определяя экспресс-методом уровень глюкозы в крови; силы рук методом кистевой динамометрии; кожных покровов, путем визуального осмотра для исключения злокачественных новообразований. Данные методы обследования и полученные результаты позволили врачу Центра здоровья дать оценку индивидуальных факторов риска развития ХНИЗ, а также разработать рекомендации по сохранению и укреплению уровня здоровья, включая рациональное питание, двигательную активность, режим сна, условия быта, труда и отдыха, ответственное отношение к своему здоровью и здоровью членов своей семьи. При необходимости пациентам было рекомендовано динамическое наблюдение в Центре здоровья или направление пациентов к врачам-специалистам. Диагностика проводилась исключительно при помощи экспресс-методов и занимала от 20 до 40 минут.

Анализ проведенный за три года показывает, что у 84% обследуемых выявлены факторы риска развития ХНИЗ: 14% – употребление табака; 4% – недостаточная масса тела; 34% – избыточная масса тела; 45% – ожирение; 54% – повышенное артериальное давление, которые в 80% случаях имеют избыточную массу тела и / или ожирение; 25% – повышенный уровень глюкозы в крови и 31% – повышенный уровень общего холестерина, которые связаны с нарушением принципов питания, сниженной физической активностью и несоблюдением назначений врача; 10% – повышенное внутриглазное давление.

Высокие цифры факторов риска поведенческого характера (вредные привычки – курение, чрезмерное употребление алкоголя, нездоровое питание, гиподинамия и пр.) человек чаще всего воспринимает как жизненные удовольствия: хорошо и вкусно поесть (избыточная масса тела или ожирение), получить возможность непринужденного общения (курение, алкоголь), отдохнуть (многочасовое сидение у телевизора), снятие стресса (алкоголь, обильная еда, курение) и т.д. Именно по этой причине традиционно даваемые советы по отказу от вредных привычек чаще всего не приводят к их выполнению, т.к. направлены на «лишение удовольствия».

Роль пациента в профилактике ХНИЗ не может ограничиваться только простым врачебным предписанием, он должен стать активным, ответственным участником профилактического процесса, успех зависит и от его представлений о жизненных ценностях, отношении к здоровью, а также от понимания своей роли в контроле риска заболеваний.

Использование передвижного мобильного центра позволяет повысить консультативную мобильность для отдаленных населенных пунктов, обеспечить максимальное выявление факторов риска и ХНИЗ на ранних стадиях и, как следствие, уменьшить финансовую нагрузку на бюджет региона, в том числе за счет уменьшения в последующем закупок дорогостоящих лекарственных средств.

Кирилина Л.Ю., Сорокина М.Н.

Сравнительный анализ результатов исследования «Дистанционный контроль веса тела» в Ульяновской области в 2020-2023 годах

ГУЗ «Центр общественного здоровья и медицинской профилактики Ульяновской области»

Актуальность проблемы ожирения обусловлена широким распространением данного заболевания среди представителей современного общества, а также увеличением количества лиц, имеющих избыточный вес в различных возрастных группах. С 2020 года в Ульяновской области реализуется проект «Дистанционный контроль веса тела» под руководством Регионального центра общественного здоровья.

Цель исследования – оценить эффективность профилактической технологии снижения массы тела на основе диетологического консультирования, дистанционного мониторинга веса и физической активности.

Методика. Всего в исследование 2020–2023 годов были включены 400 человек, из которых полностью завершили участие 371 человек. 29 участников не смогли продолжить участие в проекте по различным причинам. Выборка включала в себя мужчин и женщин в возрасте от 18 лет с индексом массы тела (ИМТ) от 27 до 40 кг/м² включительно.

Критериями исключения являлись хронические заболевания вне зависимости от стадии течения (требующие динамического врачебного наблюдения, медикаментозного лечения и диетических назначений), а также наличие кардиостимулятора, бариатрические операции в анамнезе, прием лекарственных препаратов, влияющих на изменение массы тела, частые или длительные командировки, беременность. Период проведения исследования 6 месяцев.

Результаты. Критерий эффективности вмешательства включал в себя снижение средней массы тела на 5% и более от исходной величины. На этапе включения в исследование группы были сходны по основным контролируемым показателям (масса тела, индекс массы тела, окружность талии). У большинства пациентов было диагностировано абдоминальное ожирение, а также многие участники имели повышенное артериальное давление.

Как в 2020–2022 годах, так и в 2023 году большинство участников проекта добились хороших результатов. Достижение целевого уровня снижения массы тела (5% от исходного) достигли 44% участников (54% участников 2020 года, 60% участников 2021 года, 55% участников 2022 год). За 2023 год почти каждый участник похудел, в среднем, на 4 кг/чел. Но есть и такие пациенты, чей вес снизился и на 10, и на 35 кг в общей сложности. Отмечено достоверное снижение параметров окружности талии на 8–10 см, 6–10 см – 2022 год, 6–8 см в 2021 году, 5–7 см в 2020 году.

За весь период проекта с 2020–2023 гг. статистически значимо сократилось потребление жирных сортов мяса и молочных продуктов, жареного картофеля, солений, различных видов переработанного мяса при одновременном увеличении потребления до 500 гр. и более овощей и фруктов, не считая картофеля. Следует отметить недостаточное снижение частоты потребления сливочного масла, сахаросодержащих напитков/готовых соков, а также кондитерских изделий.

В целом уровень физической активности вырос на 1900–2000 шагов (в 1,3 раза). В 2023 году отмечается возрастание физической активности до 8–20 тысяч шагов ежедневно. По результатам анкетирования при включении в исследование было выявлено, что у 50% участников в выборке отмечалось повышение артериального давления, при этом медикаментозная

коррекция осуществляется не у всех. Большинство участников скорректировали режим сна и бодрствования.

В 2023 году для участников проекта организована встреча и индивидуальные консультации с медицинским психологом по вопросам самоконтроля за процессом снижения избыточной массы тела, что позволило участникам получить дополнительный стимул к достижению целевого результата.

Выводы. Данный проект позволил участникам не только приблизиться к своей цели по снижению веса, но и выработать привычку правильного и сбалансированного питания, режим посильной дозированной физической нагрузки. Результаты настоящего исследования дают основания предполагать, что методика персонифицированного консультирования пациентов на очном визите с последующей дистанционной поддержкой с помощью современных мобильных технологий должна быть эффективно использована в структурах первичной медико-санитарной помощи с целью снижения массы тела при проведении мероприятий по первичной и вторичной профилактике ХНИЗ.

Маланин А.А., Вакаев Е.Е., Степанова М.А.

Опыт работы врачей

ГУЗ «Областной врачебно-физкультурный диспансер» в составе спортивно-функциональной классификационной группы на Всероссийских соревнованиях по паратлетике лиц с поражением опорно-двигательного аппарата

ГУЗ «Областной врачебно-физкультурный диспансер»

В паралимпийском движении участвуют спортсмены-инвалиды с поражениями опорно-двигательного аппарата, с нарушением зрения и с интеллектуальными нарушениями. При этом у спортсменов внутри каждой категории имеются различные возможности, в соответствии с этим сформировалась система распределения спортсменов по классам.

Классификация в паралимпийском движении – это процесс формирования однородных групп спортсменов-инвалидов по их функциональным возможностям. К участию в соревнованиях по паралимпийским видам спорта могут быть допущены только те спортсмены, которые отвечают требованиям классификации в своих видах спорта и получили личный спортивный класс и статус.

В феврале 2021 года врачи ГУЗ «Областной врачебно-физкультурный диспансер» прошли обучение по классификации спортсменов-паралимпийцев и приняли участие в работе спортивно-функциональной классификационной комиссии во время проведения Чемпионата России по паратлетике в г. Новочебоксарске, где закрепили практически освоенные навыки.

Полученный опыт работы позволяет врачам проводить предварительную классификацию спортсменов-паралимпийцев на базе ГУЗ «Областной врачебно-физкультурный диспансер», спортивных базах паралимпийского спорта и местных соревнованиях. В ходе работы перед специалистами ставятся следующие практические задачи: определение наличия годных поражений паралимпийцев и возможностей представлять на соревнованиях выбранный спортсменом вид спорта; предварительное определение класса спортсмена на предстоящей классификационной комиссии; с учетом вышеперечисленного – планирование объема, интенсивности и особенностей тренировочного процесса как самим спортсменом, так и тренерским составом; прогнозирование совместно с тренерами спортивных перспектив каждого конкретного спортсмена.

С 12 по 15 июня 2023 года в г. Чебоксары состоялись Открытые Всероссийские детско-юношеские соревнования спортсменов с поражением опорно-двигательного аппарата на призы ВФСПОДА. 26–29 июня 2023 г. врачи ГУЗ «Областной врачебно-физкультурный диспансер» приняли участие в работе спортивно-функциональной классификационной группы на Чемпионате и первенстве России по паратлетике лиц с поражением опорно-двигательного аппарата. В ходе работы в составе классификационных комиссий было классифицировано 88 спортсменов, из них 53 мужчин и 35 женщин; каждому спортсмену было присвоен функциональный класс, соответствующий спортивным возможностям.

В январе 2024 года, в условиях динамично меняющихся спортивных правил, успешно пройдено обучение в составе классификационной группы, проводимое Паралимпийским комитетом России по новой дисциплине в паратлетике – Frame Running.

Классификация выполняет две основные функции: определение пригодности спортсменов для участия в соревнованиях и их распределение по функциональным классам.

Наличие допустимого или «годного» типа поражения – это необходимый, но не единственный критерий участия в соревнованиях паралимпийского спорта. Наличие поражения может предоставлять спортсмену право участвовать в соревнованиях только в том случае, если оно вызывает ограничение спортивной деятельности в этом виде спорта. Цель классификации – обеспечить спортсмену возможность соревноваться на равных условиях с другими спортсменами и гарантировать, что его нарушение соответствует требованиям вида спорта.

Филиппова С.И., Бугеро С.С., Мерчина П.А.

Здоровый образ жизни – путь к повышению качества жизни семьи

ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»

Актуальность здорового образа жизни обусловлена возрастанием и изменением характера нагрузок на человеческий организм в связи с увеличением рисков техногенного и экологического характера и усложнением социальной структуры. Здоровье на 50% зависит именно от образа жизни, остальные факторы влияния распределяются следующим образом: окружающая среда – 20%, генетическая база – 20%, уровень здравоохранения – 10%.

Современные люди стали вести менее подвижный образ жизни, употреблять большее количество пищи, увеличилось количество стрессовых факторов.

Исследование проводилось в рамках подготовки и защиты дипломных работ среди населения города Ульяновска и Ульяновской области, в

котором приняли участие 50 человек мужчины и женщины в возрасте от 18 до 50 лет.

Цель исследования – это определение характеристик и социальных детерминант формирования здорового образа жизни современного общества как фактора повышения качества жизни.

Для достижения поставленной цели выделены следующие задачи: 1. Проанализировать и обобщить теоретические подходы к изучению качества жизни и здорового образа жизни человека. 2. Определить влияние различных факторов на формирование здорового образа жизни. 3. Сделать выводы о важности формирования здорового образа жизни современного общества как фактора повышения качества жизни.

В работе приведены данные, которые говорят нам о том, что у населения присутствуют некоторые эмоционально-психические факторы, которые значительно влияют на аппетит. Подтверждение этого в ответах респондентов, где большинство (68%) подтвердили зависимость аппетита от стрессов. Отношение к жизни и состояние психологического здоровья тесно связаны со всеми процессами, происходящими в организме. При этом важно придерживаться правильного и сбалансированного питания.

В результате исследования вопроса питания в работе выяснилось, что большинство опрошенных (64%) употребляют каждый день овощи и фрукты. В 32% случаев питаются сладким и мучным каждый день и 24% часто употребляют пищу без чувства голода. Результаты опроса свидетельствуют о том, что 12 % согласились, что ведут малоподвижный образ жизни. Из вышеизложенного следует, что все респонденты входят в группу риска по развитию лишнего веса. Для эффективного оздоровления и профилактики болезней необходимо тренировать и совершенствовать в первую очередь самое ценное качество – выносливость в сочетании с закаливанием и другими компонентами здорового образа жизни, что обеспечит организму надежный щит против многих болезней.

Большой проблемой современного общества является употребление алкоголя и курение. С каждым годом эти вредные привычки молодеют и могут привести к заболеваниям сердечно-сосудистой системы, бесплодию, тормозят работу мозга. Результаты исследования свидетельствуют о том, что 8% респондентов не отказывают себе в употреблении того или иного

количества алкоголя и курят 44% опрошенных, чей возраст составляет от 18 до 50 лет.

Чтобы быть обладателем крепкого здоровья на долгие годы необходимо отказаться от этих привычек. Очень многие люди начинают свое оздоровление с отказа от курения, которое считается одной из самых опасных привычек современного человека. Занимаются спортом профессионально 16% и уверены, что через 5-9 минут после выкуривания одной только сигареты мускульная сила снижается на 15%, спортсмены знают это по опыту и потому, как правило, не курят.

Полученные в рамках нашего исследования данные показывают, что здоровый образ жизни – залог успеха, система разумного поведения человека (умеренность во всем, оптимальный двигательный режим, закаливание, правильное питание и отказ от вредных привычек) обеспечивает человеку качество жизни, которое заключается в физическом, душевном, духовном и социальном благополучии человека, семьи и общества в целом.

Лукичева Л.Ю., Ветчанинова Е.И.

Распространённость факторов риска неинфекционных заболеваний в Ульяновской области в 2023 году

ГУЗ «Центр общественного здоровья и медицинской профилактики Ульяновской области»

Актуальность. В России ХНИЗ являются причиной 75% всех смертей взрослого населения. Широкое распространение ХНИЗ, в основном, обусловлено особенностями образа жизни и связанными с ними факторами риска. Первопричины ХНИЗ неизвестные, но многофакторные. Однако, во многом благодаря эпидемиологическим исследованиям выявлены факторы, способствующие их развитию и прогрессированию.

Материал и методы. В анализ включены результаты обследования представительной случайной выборки населения Ульяновской области, вошедшие в исследование «Эпидемиологический мониторинг факторов риска ХНИЗ» в 2023 году. В исследовании 2023 года приняли участие 1 603 человека в возрасте 18 лет и старше, из них 925 женщин (58%) и

679 мужчин (42%). Проанализированы социально-демографические параметры, поведенческие факторы, привычки питания с использованием стандартных эпидемиологических методов и критериев.

Результаты. По данным исследования «избыточная масса тела», проведенного на территории Ульяновской области, 75% участников имеют избыточную массу тела и ожирение. Индекс массы тела является наиболее удобной мерой оценки уровня ожирения и избыточного веса в популяции, поскольку он одинаков для обоих полов и для всех возрастных категорий взрослых. Таким образом, проведя измерения антропометрических данных у всех участников, получили данные о том, что у 49% участников зафиксирована избыточная масса тела, ожирение различной степени – у 26% интервьюируемых. При этом средний ИМТ для региона равен 28 кг/м^2 – и это также характерно для всех территорий, где проводилось исследование.

На втором месте по распространённости стоит фактор риска «низкая физическая активность». Анализ физической активности в рамках мониторинга проходил по нескольким показателям: работа с высокоинтенсивной и интенсивной нагрузкой (её частота), в том числе работа по дому и хозяйству; занятия спортом на досуге с высокоинтенсивной и интенсивной нагрузкой (частота таких занятий); ходьба пешком или езда на велосипеде от 10 минут и более (её частота).

Здесь отметим, что несоответствие рекомендациям ВОЗ по физической активности также характерно для 70 % жителей нашего региона, отсутствует высокоинтенсивная и среднеинтенсивная деятельность на рабочем месте.

Недостаточное потребление овощей и фруктов отмечается у 67% участников мониторинга. Распространённость данного фактора риска высокая и характерна для всех территорий, где проводился мониторинг. Экономические трудности у населения могут быть причиной отсутствия достаточного количества овощей и фруктов в продуктовой корзине. Отметим, что овощи и фрукты необходимо употреблять в среднем не менее 400 г ежедневно – это является нормой.

Повышенное артериальное давление отмечается у 55% обследованных. Данный фактор риска занимает четвертое место по распространённости в регионе.

Выводы. Таким образом основная часть наиболее распространённых факторов риска – модифицируемые. Чтобы повлиять на снижение распространённости факторов риска, необходимо обратить внимание на меры, направленные на повышение осведомлённости населения региона о факторах риска (информационные кампании) и на предоставление возможностей населению вести здоровый, активный образ жизни (муниципальные программы по общественному здоровью). Для этого как на национальном, так и на местном уровнях, в самых различных секторах и дисциплинах необходимо межведомственное взаимодействие по реализации политики и решений, которые учитывают национальные культурные и социальные условия и направлены на популяризацию, стимулирование и поощрение здорового образа жизни.

Филиппова С.И., Голобородько О.В., Садикова А.А.

Анализ репродуктивных установок студентов МК УлГУ

ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»

Актуальность. Проблема отношения современной молодежи к семье как к ценности, в связи с острым ухудшением демографической ситуации в стране, представляется весьма актуальной для изучения. В настоящее время в обществе наблюдаются определенные трансформации сексуального поведения, которые допускают раннее начало половой жизни, нежелательные беременности, неготовность брать на себя ответственность в рамках семьи и брака. Немаловажное значение имеет и проблема репродуктивной культуры, а также ее составляющих: репродуктивного здоровья, репродуктивного поведения и репродуктивных установок.

Целью нашей работы является изучение репродуктивных установок молодежи.

Материалы и методы исследования: анкетирование, сравнительный анализ полученных данных; обобщение статистических результатов исследования.

Результаты исследования. Исследование проводилось путем анонимного анкетирования среди студентов медицинского колледжа УлГУ. В анкету были включены вопросы, касающиеся репродуктивных установок молодежи – представления студентов о вступлении в брак и создании семьи, рождении детей. В опросе приняли участие 132 студента, которых мы разделили на две группы наблюдения. 1 группа – первокурсники, 16 лет, 65 человек и 2 группа – студенты 3-4 курсов, 19-20 лет, 67 человек.

В результате анализа анкетных данных были получены следующие результаты: в 1 группе 29,6% (20 человек) подростков положительно относятся к добрачным связям, 54,5% (35 человек) – безразлично и только 15,9% (10 человек) – отрицательно. В группе 19-20 летних соответственно положительно – 23,9% (16 человек); нейтрально 64,2% (43 человек) и отрицательно 11,9% (8 человек). Значимых различий в двух группах не наблюдалось. Было выявлено, что 22% (15 человек) студентов 16-летнего возраста и 52% (35 человек) 20-летнего уже имели опыт половой жизни. Данные результаты совпадают с общероссийскими показателями. Установлено, что 52% (34 человека) респондентов из первой группы наблюдения и 21% (14 человек) из второй допускают гражданский брак и недостаточно серьезно относятся к регистрации отношений. Однако 75,5% среди всех опрошенных допускают совместное проживание на первом этапе без законного оформления брака. Большинство студентов (63% в 1 группе и 67% – во второй) считают, что в брак нужно вступать сразу при возникновении чувств; хотя (15,9 и 22% соответственно) респондентов считают, что брак необходимо регистрировать только при предстоящем рождении ребенка, 10% 16-летних и 20% 18-летних – после опыта гражданского брака. Благоприятным возрастом для вступления в брак 70% опрошенных считают возраст 21–25 лет. В обеих группах названный возраст вступления в брак девушек был указан на 3-5 лет меньше, чем для юношей. Причем студенты выпускных групп указывали более старший возраст вступления в брак. Большинство студентов в будущем планируют 2 детей – 59%, троих – 26%, одного ребенка – 10%. К сожалению, в обеих возрастных группах оказались студенты (4 человека), которые вообще не планируют рождение детей. Однако количество планируемых детей может быть уменьшено при отсутствии жилья (10–18,5%), низкой материальной обеспеченности (52–56%), ухудшении здоровья (29–33%). Лучшим периодом для рож-

дения ребенка молодые люди считают второй год брака (36–45%), хотя треть опрошенных хотели бы родить ребенка после 3–5 лет брака, чтобы «пожить для себя».

Выводы. Репродуктивные установки молодежи в большинстве случаев позитивны, хотя некоторые респонденты недостаточно серьезно относятся к репродуктивному здоровью, так как практикуют рискованный стиль полового поведения, либерально относятся к гражданскому браку, большинство допускают совместное проживание на первом этапе без регистрации отношений. Анализ репродуктивных установок подростков позволяет выявить разницу взглядов по данным вопросам у 16- и 20-летних студентов. Выявлена потребность в усилении разделов полового просвещения и воспитания, направленных на сохранение репродуктивного здоровья.

Филиппова С.И., Лобина А.А., Анполонова О.С., Россопуло М.Г.

Особенности формирования здорового образа жизни у студентов

ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»

Современные условия жизни и профессиональной деятельности предъявляют исключительно высокие требования к состоянию здоровья, психической устойчивости, физическому развитию человека. Эффективность его творческой, профессиональной, спортивной деятельности полностью обусловлена здоровьем.

Актуальность исследования темы вызвана возрастанием и изменением характера нагрузок на организм человека в связи с усложнением общественной жизни, увеличением рисков техногенного, экологического, психологического, политического и военного характера, провоцирующих негативные сдвиги в состоянии здоровья.

Формирование здорового образа жизни у студентов является важнейшей задачей образовательной организации.

Цель исследования – раскрыть содержательные и организационно-методические особенности формирования здорового образа жизни у студентов в условиях образовательной организации.

Задачи: 1. Проанализировать литературные и интернет-источники по проблемам здорового образа жизни. 2. Подобрать методики, направленные на оценку ведения здорового образа жизни. 3. Провести диагностику респондентов с использованием комплекса методик. 4. Провести сравнительный анализ показателей студентов, проявляющих и не проявляющих интерес к здоровому образу жизни.

В исследовании приняли участие 130 студентов медицинского колледжа второго, третьего и четвертого года обучения. Использовались следующие методы исследования: теоретический (анализ), количественный (опрос и анкетирование), статистический.

По результатам диагностики с применением теста «Субъективная оценка образа жизни и соматического здоровья» установлено, что у большинства студентов самооценка уровня ведения здорового образа жизни соответствует значению «хороший».

Результаты, полученные по анкете «Профиль здорового образа жизни», показали, что студенты преимущественно уделяют внимание межличностным отношениям, а также внутреннему росту, и лишь немногие из них обращают внимание на питание и физическую активность, т.е. у респондентов отсутствует баланс между составляющими профиля здорового образа жизни.

Анализ результатов, полученных по анкете эрудированности в вопросах здорового образа жизни, позволил установить, что студенты имеют средние знания в сфере здорового образа жизни.

Сравнительный анализ результатов опроса показал, что у студентов, проявляющих интерес к здоровому образу жизни, достоверно более высокие показатели по параметрам «Ответственность за здоровье», «Питание» и «Занятие спортом».

Раздел 19. Психиатрия, наркология

Акимов В.В., Гаврилина О.В., Миронова Е.В.

Опыт применения антидепрессантов Флувоксамина и Миртазапина в геронтопсихиатрической практике

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая психиатрическая больница
имени В.А. Копосова»

Актуальность. Во всём мире отмечается общая тенденция к постарению населения. По данным ВОЗ, депрессией страдает 5,7% взрослого населения старше 60 лет. Лечение депрессии старческого возраста становится важной задачей в работе врача-психиатра.

Цель – оценка эффективности и безопасности лечения антидепрессантами лиц старческого возраста в общей психиатрической практике.

Материалы и методы. В исследование были включены 35 человек: 25 пациентов, проходящих лечение в амбулаторных условиях и 10 пациентов, получающих лечение в круглосуточном стационаре. Возраст пациентов составил от 75 до 82 лет. Мужчины: 12 человек, женщины: 23 человека. Большинство пациентов имели группу инвалидности по соматическому заболеванию. У 5 пациентов в анамнезе отмечалось нарушение мозгового кровообращения, подавляющее большинство страдало ИБС, гипертонической болезнью, сердечной недостаточностью. Длительное время они находились под наблюдением врачей-интернистов и получали соответствующее лечение. Учитывая возрастные изменения, у пациентов отмечались когнитивные нарушения, проявляющиеся, чаще всего, в снижении памяти. У 1/3 пациентов инициатива к обращению к психиатру исходила от родственников, остальные обратились самостоятельно. Длительность депрессивных состояний до обращения к врачу-психиатру составляла от нескольких недель до 2-3х месяцев. Для оценки психического состояния использовался клинико-психопатологический метод, а также шкалы оценки депрессии Гамильтона HDRS-17 и гериатрическая шкала депрессии. Диагностировались депрессивные состояния от лёгкой до умеренной тяжести. Выставлялись диагнозы: «органическое расстройство настроения» [аффективные] (F06.3), «органическое эмоционально лабильное [астеническое] расстройство» (F06.6). В клинической картине ам-

булаторных пациентов депрессивное состояние проявлялось длительным периодом снижения настроения, эмоциональной лабильностью, астенией, «упадком сил». Звучали идеи одиночества, пациенты считали себя никому не нужными. Некоторые высказывали ипохондрические идеи: регулярно обращались к участковым терапевтам, часто сдавали различные анализы, которые не выявляли у них патологии. Данной группе пациентов было рекомендовано обращение к врачу-психиатру. При выявлении у пациентов умеренной депрессии, особенно с суицидальными мыслями, они были госпитализированы в психиатрическое отделение. Лечение пациентов в амбулаторных и стационарных условиях значительно отличалось. Это было обусловлено как степенью тяжести самой депрессии, так и сопутствующей симптоматикой. В амбулаторных условиях предпочтение отдавалось в основном монотерапии препаратами из группы антидепрессантов (СИОЗН) с краткосрочным приёмом транквилизаторов на начальном этапе терапии, то в стационарных условиях также использовались антипсихотики.

Чаще использовались препараты Флувоксамин и Миртазапин. Флувоксамин, как типичный представитель группы препаратов СИОЗН, использовался в дозировках от 50 до 100 мг в сутки, хорошо зарекомендовал себя при лечении депрессии с астенией и ипохондрической симптоматикой. Данный препарат был использован в лечении пациентов, находящихся в амбулаторных условиях. Миртазапин, обладающий кроме антидепрессивного, выраженным снотворным и анксиолитическим действиями, чаще применялся в стационарных условиях в дозировке 30–45 мг в сутки.

Результаты. Данные препараты имели хороший профиль переносимости и не вызывали выраженных соматических побочных эффектов. В ходе лечения у всех пациентов отмечалось улучшение психического состояния: к 6-8 неделе медикаментозной терапии депрессивная симптоматика заметно редуцировалась. В последующем не отмечалось отказа пациентов от поддерживающей терапии антидепрессантами в скорректированных дозировках.

Выводы: 1. Лечение депрессивных состояний у пациентов старческого возраста должно проводиться с учётом имеющихся соматических заболеваний и подбором антидепрессантов, обладающих наименьшими побочными действиями. 2. Препараты Флувоксамин и Миртазапин достаточно эффективны для лечения депрессии лиц старческого возраста, как в амбулаторных, так и в стационарных условиях. 3. Миртазапин хорошо сочетался с препаратами из группы нейролептиков.

Волкова С.Б., Волков Д.В., Макарова Й.А., Сухорукова М.В.

Психолого-педагогические, психологические тренинги для формирования здорового образа жизни в реабилитации подростков

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая наркологическая больница»

Актуальность. Проблема употребления психоактивных веществ за последние несколько лет становится все более актуальной в связи с распространенностью среди детей и молодежи. В современном мире алкоголь, табак, вейпы, различные виды наркотиков, которые относятся к психоактивным веществам, являются достаточно доступными, и социальный портрет потребителя становится все моложе. Это обуславливает необходимость разработки и внедрения дифференцированных программ реабилитации несовершеннолетних, коррекции детско-родительских отношений, как фактора профилактики девиантного поведения несовершеннолетних. Следует заметить, что употребление ПАВ несовершеннолетними часто является симптомом жизненно-личностного или социального (семейного) неблагополучия. Это предполагает приоритет психологических и педагогических воздействий при проведении реабилитации.

Цель – осуществление комплекса психокоррекционных мероприятий, направленных на дезактуализацию патологического влечения к ПАВ, предотвращение срывов и рецидивов; создание реабилитационной среды, способствующей личностному росту, формированию у несовершеннолетних, употребляющих ПАВ, социально-приемлемых поведенческих навыков, ориентации на здоровый образ жизни и неприятие ПАВ; восстановление семейных отношений, коррекция взаимоотношений и коммуникативных связей со значимыми другими лицами и с ближайшим социальным окружением.

Материалы и методы. Для участия в проекте реабилитационных мероприятий были отобраны 23 несовершеннолетних подростка, соответствующие критериям отбора: злоупотребляющие ПАВ, проживающие на территории города Ульяновск и состоящие на учете в ГУЗ «Ульяновская областная клиническая наркологическая больница» (ГУЗ УОКНБ).

Отбор несовершеннолетних проходил в соответствии с критериями включения в реабилитацию: проведение предварительных разъяснитель-

ных бесед с родителями, сбор предварительных сведений о подростках методом экспертных оценок.

1. Комплексное исследование интегрального здоровья несовершеннолетних: психологическая диагностика; пато- и нейропсихологическое исследование; диагностика семьи и внутрисемейных отношений; составление индивидуальных планов психологической коррекции и реабилитации несовершеннолетнего.

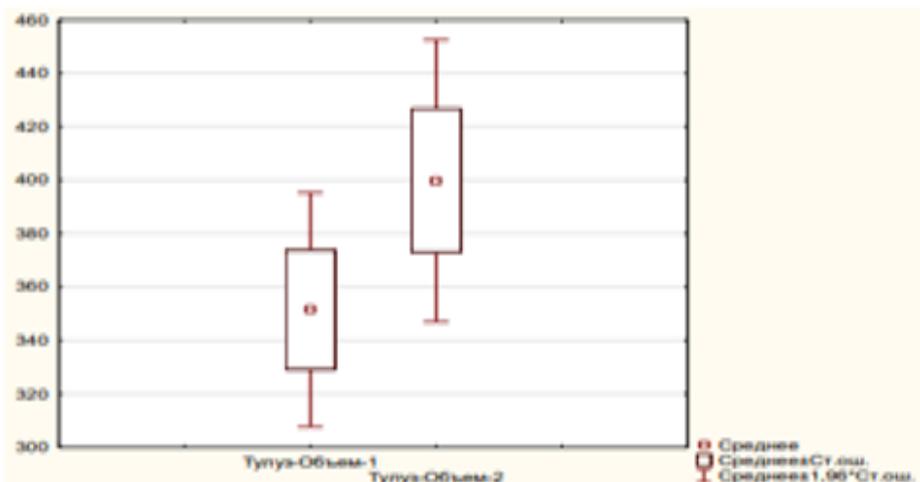
2. Организация и проведение коррекционно-реабилитационных мероприятий в соответствии с индивидуальной программой: проведение психолого-педагогических тренинговых программ в амбулаторном режиме; еженедельное индивидуальное консультирование подростков; индивидуальная работа с родителями; тренинг детско-родительских взаимоотношений; психологические тренинги на формирование здорового образа жизни.

3. Формирование стойкой мотивации к ведению трезвого образа жизни (по результатам психологического исследования).

Результаты: одним из тестов, характеризующих положительную динамику является таблица «Параметры показателей когнитивных функций и их сдвигов до и после участия в программе».

	Среднее арифметическое	Минимум	Максимум	Стандартное отклонение
Тест Кагана – Время первого ответа		1		
– до участия	39,867	3	107	27,053
– после участия	30,000	12	55	55
Тест Кагана – Количество ошибок				
– до участия	3,200	1	5	1,521
– после участия	4,000	0	6	1,558
Тест Тулуз-Пьерона – Количество просмотренных знаков				
– до участия	351,533	228	514	86,564
– после участия	399,800	166	517	104,308
Тест Тулуз-Пьерона – Количество ошибок				
– до участия	19,467	4	75	16,864
– после участия	15,600	4	40	9,687

Результаты, представленные в таблице, свидетельствуют о том, что после участия в программе у участников увеличилась скорость переработки информации и повысилась умственная работоспособность.



В результате прохождения программы в групповом сознании участников произошли следующие изменения:

- расширение круга интересов и увлечений, к потребностям в уважении и отдыхе добавились потребности в здоровье, порядке, уверенности, любви, независимости, знаниях и успехе,

- расширение мотивации учебной деятельности, учеба воспринимается не столько как условие удовлетворения потребности в безопасности, сколько как источник знаний и обязанность,

- укрепление связей с матерью, мать воспринимается не только как объект любви и уважения, не только как объект идентификации и образец для подражания, не только как источник позитивных чувств, но также как партнер дружеских отношений,

- ослабление воспоминаний, связанных с курением и наркотиками, ослабление чувств стыда по поводу алкоголя, курения и наркотиков.

Вывод. В процессе участия в программе происходит повышение учебной мотивации, усиление позитивного отношения к родителям, формирование оптимистичного отношения к будущему, формирование стойкой мотивации к ведению трезвого образа жизни, что позволяет сделать выводы о результативности такой деятельности.

Журина Л.И., Сидорова М.В., Крупченко В.В.

Опыт применения Карипразина при биполярном расстройстве с континуальной сменой фаз.

Описание клинического случая

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая психиатрическая больница имени В.А. Копосова»

Пациент А., 36 лет, обратился в 2022 г. с жалобами на вялость, апатию, отсутствие сил, снижение настроения.

Анамнез. Наследственность отягощена суицидом деда. Болен с 18 лет, когда впервые появились перепады настроения, тоска, длительные периоды грусти, апатия. В последующем состояние сменялось эмоциональным подъемом. Такие перепады настроения чередовались примерно через 1 месяц. Испытывал постоянное напряжение во время сессий, «очень тяжело давалась учеба», «из-за этого даже появлялись расчесы на голове», но институт закончить смог. В 2017 г. женился, от брака родился сын. После рождения ребенка ритм привычной жизни изменился, нарушился режим сна. Супруга начала замечать, что пациент ночами не спит, мог совершать какие-то действия, наутро ничего не помнил. В связи с этим впервые обратился к психиатру. Назначались различные схемы лечения, без положительного эффекта. Беспokoило сниженное настроение, апатия, тоска, сохранялось нарушение сна. С 2018 г. состояния сниженного настроения стали более длительными (до 2-3 месяцев). Первый маниакальный эпизод произошел в 2021 г. Описывает его как: «куча энергии», «безбашенные идеи», «я продал старую машину и купил в кредит дорогую новую», «оформлял кредитные карты, тратил деньги на кафе, рестораны», «вступал в беспорядочные любовные связи». При этом пациент стал раздражительным по отношению к членам своей семьи. Данное состояние продолжалось целый месяц, стал истощаться и понимать, что «я какой-то взвинченный». Был госпитализирован в частную клинику г. Казани, где лечился 1 месяц. С момента выписки развилась инверсия аффективной фазы, наступило депрессивное состояние, пришло осознание того, что необходимо погашать долги, появились трудности на работе, 7 месяцев лежал дома. В мае 2022 г. обратился за медицинской помощью к психиатру, назначались антидепрессанты, нормотимики. Однако, состояние не стабилизирова-

лось, в т.ч. ввиду побочных эффектов от препаратов. Высказывал навязчивые мысли о прошедшем эпизоде возбуждения, в связи с чем скорректировано лечение: добавлен препарат карипразин 3 мг на ночь. Постепенно состояние стало стабилизироваться и сохранялось до лета 2023 г. Самостоятельно перестал принимать все препараты, кроме антидепрессантов. Вновь развился маниакальный эпизод во время отдыха в г. Анапе. Появилось много энергии, стал суетлив, начал алкоголизироваться, от приема таблеток отказывался. «Мне казалось, что я управлял солнцем, ветром, воздухом и людьми», разговаривал с Богом. Считал, что в мире нет плохих людей, только хорошие. Такое состояние длилось 5 дней. После чего был экстренно госпитализирован в психиатрический стационар, где провел 18 дней. Из больницы выписался в состоянии депрессии. На фоне приема нейролептиков развилась задержка мочи и нейролептический синдром. В связи с побочными эффектами данные препараты были отменены. Продолжил принимать нормотимики (ламотриджин), однако состояние не стабилизировалось. Появилась одновременно и раздражительность, и деятельность, стал многоречив, много конфликтовал в семье, при этом строил планы об открытии и ведении нового бизнеса. С целью коррекции лечения направлен на лечение в дневной психиатрический стационар. Выставлен диагноз «биполярное аффективное расстройство, смешанная фаза». Было назначено: лития карбонат 1200 мг в сутки, клозапин 50 мг в сутки, системы галоперидола с постепенным увеличением дозировки с 5 мг до 15 мг № 8. Отмечал сильную седацию после назначенного лечения. Стал более спокойным, упорядоченным, появилась критика к состоянию, однако сохранялись жалобы на слабость, апатию. Возобновлен прием карипразина 1,5 мг 1 раз в день. Через неделю регулярного приема новой терапии стал отмечать прилив сил, ровный фон настроения, стал общительнее, бодрее. Сообщил, что помирился с супругой и вернулся домой. Появилась работоспособность, и наладился режим сна и бодрствования.

Вывод: 1) карипразин показал свою эффективность в комбинированном лечении депрессивных фаз, сопровождающихся апатией, сниженным фоном настроения у данного пациента; 2) в сочетании с нормотимиками оказался эффективным в профилактике развития маниакальных аффективных расстройств на достаточно длительное время и сформировал интермиссию при биполярном расстройстве; 3) переносимость препарата карипразин выше в сравнении с другими препаратами, назначавшихся ранее.

Кельса Е.В., Некрасова О.М., Красавина А.В., Шайхалова Э.А.

Психосоциальная структура отношения к лечению и клиническим проявлениям зависимости женщин с химической зависимостью, лишенных или ограниченных в родительских правах

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая наркологическая больница»

Неблагоприятный семейный климат, частые конфликты на фоне употребления алкоголя (ПАВ) одного или двух родителей, эмоциональная отчужденность, игнорирование интересов и потребностей ребенка могут спровоцировать раннее вовлечение в алкоголизацию и употребление других ПАВ детей алко- и наркозависимых родителей. Таким образом, женский алкоголизм (наркомания) вредит как самой маме, так и ее детям. Становятся актуальны проблемы нарушения здоровых традиций и системы жизненных ценностей в семье. По статистике, в Ульяновской области 3 547 детей оставшихся без попечения родителей, не менее 80% из них – социальные сироты, матери которых лишены родительских прав.

Задачи исследования. Для организации более эффективного лечебного процесса необходимо точно определить мишени психотерапевтического и психокоррекционного воздействия. Проведено психо-социальное исследование, в котором приняли участие 40 женщин, проходящих стационарное лечение в наркологическом отделении № 2 ГУЗ УОКНБ с диагнозом «алкоголизм средней стадии», в возрасте от 20 до 40 лет. Из них были лишены родительских прав 10 женщин, направлены на лишение и ограничение в родительских правах 30 женщин. Впервые находились на лечении 30 женщин, повторно проходили лечение 10 женщин. Отягощенная наследственность одного родителя отмечается у 50%, со стороны обоих родителей – 20%, отсутствие отягощенности – у 30%.

Материалы и методы исследования. Для исследования социального статуса женщин данной группы использовалась социальная карта пациента. Для определения уровня информированности о химической зависимости – Шкала информированности – неинформированности (Разработана в НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2011 г. авторы: Ю.В. Рыбаков, Р.Д. Илюк, Е.М. Крупицкий, В.В. Бочаров, А.Я. Вкус).

Для выявления типа отношения к лечению – беседа и опросник личностной оценки выраженности отдельных болезненных проявлений (шкала Дембо-Рубинштейн в модификации Т.М. Габриял). Для оценки состояния когнитивных функций – «Мини-исследование психического статуса Mini-Mental State Examination (MMSE)».

В процессе исследования нами было выявлено: в структуре опрошенных женщин по уровню образования имели неполное / полное среднее 50%, среднее специальное – 40%, высшее – 10%. Источники доходов: официальный заработок – 10%, неофициальный заработок – 50%, проживающие на детские пособия – 40%. Воспитывались в полной семье – 60%, в неполной – 40%. По семейному положению: находились в разводе (не замужем) 20%, гражданский брак – 60%, матери-одиночки – 20%. Имели судимость 30%.

У 20% респондентов воспитанием детей занимались родители, у остальных дети находились в реабилитационных центрах, интернатах и детских домах.

Таким образом, 75% респондентов имели сниженный адаптационный потенциал, 25% – низкий адаптационный потенциал.

При поступлении испытуемые отрицали у себя наличие химической зависимости, считали себя здоровыми. Основная мотивация к лечению – «получение справки по месту требования», что свидетельствует о формальном отношении к лечению. Отсутствие критики к собственной алкоголизации, образу жизни прослеживается у 95 % женщин, однако всего 75% признавали у себя наличие отдельных признаков болезни. Сравнение показателей критичности к болезни в целом и отдельным ее проявлениям составляет 20%.

Результаты тестирования по шкале информированности–неинформированности: 27 женщин не имеют информации о химической зависимости, частично информированы 13, что составляет 67,5 и 32,5%.

По результатам методики MMSE, было выявлено: 29–30 баллов – нет нарушений когнитивных функций – у 17,5%, 28 баллов – легкие когнитивные нарушения – у 42,5%, 25-27 баллов – умеренные когнитивные нарушения – у 35%, 20-24 – деменция легкой степени выраженности – у 5%.

Выводы. 1. Проведенное исследование позволило уточнить психосоциальный портрет пациенток, проходящих лечение в стационарном отде-

ление ГУЗ УОКНБ, имеющих несовершеннолетних детей. 75% респондентов имели сниженный адаптационный потенциал, 25% – низкий адаптационный потенциал. 2. Отношение к лечению формальное. Отсутствие или снижение критики к собственной алкоголизации, образу жизни отмечалось у 95% испытуемых. 3. Частичную информацию о химической зависимости имели 32,5%, отсутствие информации – у 67,5%. 4. Выявлены легкие когнитивные нарушения у 42,5%, умеренные когнитивные нарушения – 35%, нет когнитивных нарушений – 17,5%, легкая деменция – 5%.

Факты исследования говорят, что данная категория пациенток имеет сниженный и низкий адаптационный потенциал, отсутствие информации или частичную информацию о химической зависимости, отрицают наличие у себя заболевания, отношение к лечению формальное, за лечением обратились по рекомендации органов опеки. Данные исследования позволяют более точно определить мишени психотерапевтического воздействия на предреабилитационном этапе, для формирования мотивации ведению здорового образа жизни.

Коваленко О.В., Сироткина Л.Ю., Гаврилина О.В.

Комплексный подход в решении экспертных вопросов в судебной психолого-психиатрической экспертизе потерпевших по делам о мошенничестве

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая психиатрическая больница
имени В.А. Копосова»

Актуальность. Среди преступлений, в которых применяется скрытое психологическое воздействие, особая роль отводится мошенничеству. Под манипуляцией принято понимать скрытое психологическое воздействие, которое ведет к возбуждению у другого человека намерений, не совпадающих с его актуально существующими желаниями. Скрытое психологическое воздействие может иметь тщательно спланированные и организованные приемы и методы, и строиться на так называемых наукоёмких стратегиях. В настоящее время в нашей стране отмечается рост теле-

фонных мошенничеств. Основным механизмом, который используют мошенники, – речевая подстройка под клиента.

Цель и методы. При производстве судебной психолого-психиатрической экспертизы эксперт должен обнаружить во взаимодействии не только скрытые от потерпевшего приемы и методы психотехнологии, но и последствие такого воздействия. Основанием для назначения экспертиз потерпевшим по делам о мошенничестве чаще всего является обстоятельство, что большинство потерпевших в ходе следствия заявляли, что в юридически значимый период они находились в «необычном» состоянии, действовали нехарактерным для себя образом и не могли объяснить своё поведение. При этом они высказывали предположения, что в тот период подвергались гипнотическому воздействию, «одурманиванию», либо на них было оказано «психологическое воздействие», «какое-то влияние». Основное значение в таких экспертизах имеет следующий вопрос: мог ли потерпевший в период совершения в отношении него преступления понимать характер и значение действий виновного либо оказывать ему сопротивление? Неспособность оказывать осознанное сопротивление виновному лицу может быть связана с психическим расстройством, а у психически здоровых лиц обусловлена, как правило, уровнем психического развития (у малолетних потерпевших), индивидуально-психологическими особенностями либо эмоциональным состоянием потерпевшего. При производстве данного вида экспертиз использовались методы: сбор анамнеза, клиническая беседа, описание психического состояния, анализ имеющихся психических расстройств в сочетании с анализом данных соматоневрологического состояния и медицинской документации; психологом применялись методики: «10 слов», интерпретация пословиц, выделение существенных свойств предметов, сравнение понятий, тест Векслера, Мини-Мульт, шкала HADS, рисуночный тест (дом-дерево-человек), многоцветовой тест Люшера.

Результаты. На базе ГУЗ «Ульяновская областная клиническая психиатрическая больница им. В.А. Копосова» за период времени с октября по февраль 2023–2024 гг. было проведено 13 экспертиз по ст. 159 УК РФ. В 6 случаях пострадавшие не осознавали, что стали жертвами мошенников. Люди были уверены, что помогают государственным органам в разоблачении преступников либо спасают собственное имущество.

Больше всего обману, мошенничеству подвержены люди пожилого возраста, поскольку с возрастом они становятся забывчивыми, более ранимыми, повышено внушаемыми, часто тревожатся. В любом возрасте более подвержены воздействию различных психотехнологий люди истероидного типа, так как они самые внушаемые. На совещании у руководства больницы, главным врачом и экспертами совместно с правоохранительными органами решались задачи о правильном формулировании вопросов следствием для экспертной работы. Были согласованы экспертные вопросы.

Выводы: 1. В связи с появлением новых видов преступлений, в частности, в сфере мошенничества, судебно-экспертная оценка потерпевших должна соответствовать актуальным задачам времени. Стоит отметить, что в настоящее время имеются трудности, связанные с отсутствием единого экспертного подхода в регионах страны. 2. Из 13 проведённых экспертиз по делам о мошенничестве в 6 случаях были сделаны выводы, что у потерпевших было ограничено смысловое восприятие и понимание своих действий и руководство ими.

Кормишин В.А., Белянкин М.В., Волков Д.В.

Оценка актуальности действующих приказов в области диагностики психоактивных веществ

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая наркологическая больница»

Актуальность. В настоящее время обследование граждан на наркотические средства проводятся путем тестирования иммунно-хроматографическими тест-системами на 10 видов веществ. Перечень веществ установлен приказами министерства здравоохранения 933н от 18.12.2015 «О порядке проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения» и 581 от 06.10.2014 «О порядке проведения профилактических осмотров обучающихся»: каннабиноиды, опиаты, амфетамин, метадон, синтетические катиноны, синтетические каннабиноиды или фенциклидин, барбитураты, бензодиазепины, кокаин, метамфетамин. Набор веществ

обоснован социальными вызовами времени в данной сфере на момент создания приказа.

Цель исследования – определить актуальность действующих нормативных актов в области диагностики наркотических веществ.

Существует около 40 тест-полосок на различные вещества и группы. Используется ограниченное количество в целях экономической целесообразности. Опираясь на статистику Ульяновской области и Приволжского федерального округа видно, что наиболее актуальны на сегодняшний день шесть позиций из десяти – марихуана, опиаты, метадон, синтетические катиноны, амфетамин, метамфетамин. Синтетические каннабиноиды представляют собой большую группу соединений различных по химической структуре, которые невозможно определить единым тестом. К тому же многие из них вышли из употребления. Кокаин в силу своего географического происхождения является очень дорогим наркотиком и среди маргинальных групп населения практически не встречается; встречается в среде высоко обеспеченных граждан, которые крайне редко доставляются на освидетельствование. Фенциклидин в обороте практически не фигурирует. Барбитураты и бензодиазепины относятся к лекарственным веществам, в незаконный оборот практически не попадают. Препарат «Корвалол» уходит с фармацевтического рынка, замещаясь на «Корвалол-Нео», в составе которого фенобарбитал заменен на димедрол. Амфетамин и метамфетамин встречается достаточно редко.

В то же время набирающее популярность наркотическое средство Мефедрон не имеет соответствующую тест-полоску, определяется случайно, либо на него срабатывает тест на метамфетамин в одной трети случаев. Трициклические антидепрессанты могут применяться с немедицинской целью, однако, тест-полоска на данную группу не включена в приказ.

Отдельного внимания заслуживает тестирования на профосмотрах обучающихся в рамках 581 приказа. Высокий риск наркопотребления имеют подростки, допускающие табакокурение и потребление алкоголя. Данные факты в настоящее время выясняются только при беседе с подростком при сборе анамнеза и не имеют объективного подтверждения. Кроме того, измененная методика социально-психологического тестирования выявляет большую по численности группу риска.

Выводы: существующий перечень веществ в приказах морально устарел и является экономически нецелесообразным.

Таким образом, необходимо проводить тестирование на марихуану, опиаты, метадон, синтетические катиноны, фенилалкиламины. Обучающихся дополнительно тестировать на этилглюкуронид и котинин.

На II этапе профилактического осмотра обучающихся проводить предварительные химико-токсикологические исследования проб биологического объекта (мочи) адресно, только в отношении тех обучающихся, которые имеют риск потребления наркотических средств и психотропных веществ по данным социально-психологического тестирования.

В случае наличия клинической картины опьянения и отрицательном результате тестирования, направлять биопробу на подтверждающий анализ методом газовой или жидкостной хроматографии с масс-селективным детектированием.

Кузьмина А.Г., Махмутова Н.Н., Ведянова О.П., Тихонова М.Н.

Исследование адаптационного потенциала у пациентов с химическими зависимостями. Опыт работы отделения медицинской реабилитации стационарной ГУЗ «Ульяновская областная клиническая наркологическая больница»

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая наркологическая больница»

Актуальность. Реабилитация наркологических пациентов является продолжительным и поэтапным процессом (от одного месяца до 2-х лет). Эффективность проводимых реабилитационных мероприятий зависит от множества факторов. Одним из них является личностный адаптационный потенциал, способность к развитию которого предполагает формирование стойкой ремиссии. В результате наркоманического и алкогольного образа жизни, безусловно, личность теряет свои внутренние возможности, вследствие чего снижается и личностный адаптационный потенциал.

Материалы. С целью изучения личностного адаптационного потенциала пациентов, находящихся на реабилитации в отделении медицинской реабилитации стационарной (далее ОМРС), было проведено социально-психологическое исследование. Всего было обследовано 52 зависимых в

возрастной категории от 15 до 63-х лет. Из них: мужского пола – 37, женского – 15, пациентов с алкогольной зависимостью – 39 (75%), с наркотической – 8 (15%), с зависимостью от нескольких видов ПАВ – 5 (10%). Впервые обратились за лечением 17 человек (33%), повторно – 35 (67%).

Респондентам были предложены: анкета, состоящая из 12 вопросов, направленных на получение информации об основных сведениях жизни, тестовые методики, изучающие уровень социально-психологической адаптивности личности (Н.П. Фетискин, В.В. Козлов, Г.М. Мануйлов, 2002 г.), тест «Самооценка психологической адаптивности», методика для психологической диагностики копинг-механизмов (тест Хайма, Набиуллина Р.Р., Тухтарова И.В., 2003), тест на определение выраженности проявления созависимого поведения (Москаленко В.Д., 2014 г.).

Задача исследования – выявить особенности адаптационного потенциала данной группы пациентов.

Скорректировать индивидуальную психотерапевтическую программу пациента для повышения эффективности проводимых мероприятий.

Результаты: выросли в полной семье – 31%, неполной – 69%. По семейному положению: холостые, состоящие в разводе или не замужем – 72%, состояли в браке – 19%, в отношениях гражданского брака – 9%. Уровень образования пациентов: неполное среднее – 19%, среднее – 31%, среднее специальное – 38%, высшее – 12%. На момент обследования не работали 42% опрошенных, работали официально – 8%, находились на пенсии – 12%. Остальные 38% имели работу по договору или случайные заработки. Проживали с родителями 27% респондентов, отдельно, на своей жилплощади – 58%, снимали жилье – 10%, не имели жилья – 5%.

Выявленные тенденции. В процессе исследования было выявлено: 11% пациентов оценивают свою адаптивность как высокую, 32% – как среднюю и выше среднего, 57% – как низкую и ниже среднего (тест «Самооценка психологической адаптивности»). По результатам методики Э. Хайма среди исследуемых в 67% случаев отмечено использование неадаптивных когнитивных, эмоциональных и поведенческих копинг-стратегий (игнорирование, смирение, подавление эмоций, агрессивность), в 26% случаев – относительно адаптивных (относительность, пассивная кооперация). Только в 7% случаев у пациентов был выбор адаптивных копинг-стратегий (протест, обращение, проблемный анализ), позволяющий проявлять формы поведения, направленные на анализ возникших трудностей и поиск возможных путей выхода из них, осо-

знание своей личности как ценности, веру в собственные ресурсы в преодолении трудных ситуаций. Созависимое поведение (тест на определение выраженности проявления созависимого поведения) выявил умеренный уровень созависимости у 81% респондентов, резко выраженную созависимость – в 8% случаев и нормативное межличностное функционирование – в 11% случаев.

Выводы. 1. Проведенное исследование позволило уточнить социальный портрет пациентов, проходящих лечение в отделении реабилитации, выявить их основные трудности социальной адаптации в согласовании самооценок, притязаний и ожиданий данных лиц с их возможностями и с реальностью социальной среды (57% респондентов имели низкий уровень психологической адаптивности). 2. Использование в 67% случаев неадаптивных копинг-стратегий данной группой пациентов может говорить о значительных сложностях перестройки психики данных лиц под воздействием объективных факторов окружающей среды, а также способности приспособливаться к различным требованиям внешнего мира без ощущения внутреннего дискомфорта. 3. Выявление в большинстве случаев умеренного уровня созависимости (в 81% случаев) может говорить о сложной системе межличностных, прежде всего, семейных отношений у данной группы пациентов. 4. Учёт данных факторов позволяет более точно определить мишени психотерапевтического воздействия и скорректировать реабилитационную программу для данной категории больных.

Мушарапова А.С., Пронько Е.А., Астасенко А.В., Матейко И.Н.

Влияние наследственной отягощенности на формирование алкоголизма в более раннем возрасте на примере пациентов отделения неотложной наркологической помощи (ОННП) ГУЗ «Ульяновская областная клиническая наркологическая больница» (УОКНБ)

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая наркологическая больница»

Актуальность. В последнее время все большее внимание стала привлекать проблема начала возникновения алкоголизма в более раннем воз-

расте. С точки зрения медицины алкоголизм является многофакторным заболеванием, возникновение которого определяется не только социальными, но и генетически обусловленными причинами. Знание данных особенностей заставило врачей ОННП провести исследование на базе отделения неотложной помощи посредством изучения семейных историй пациентов, родственники которых страдали алкоголизмом.

Цель – определить взаимосвязь между наследственным фактором и временем возникновения первых симптомов зависимости.

Материалы и методы исследования. В 2023 г. обследованы 128 пациентов с синдромом зависимости от алкоголя средней стадии (средний возраст – 43,5 лет). Среди них 98 мужчин (77,5%) и 30 женщин (22,5%). Контрольная группа – 121 человек в 2007 г., из них 96 мужчин (79,3%) и 25 женщин (21,7%). Методы исследования: клиничко-психопатологический, клиничко-генеалогический, статистический методы.

Результаты исследования.

Таблица 1

Количество лиц с синдромом зависимости от алкоголя средней стадии, имеющих родственников, злоупотребляющих алкоголем, впервые поступивших на стационарное лечение

Злоупотребление алкоголем у родственников	Количество лиц с синдромом зависимости от алкоголя средней стадии			
	Мужчины		Женщины	
	2023 г.	2007 г.	2023 г.	2007 г.
У отца	59 (60,2%)	50 (52,1%)	12 (40%)	10 (40%)
У матери	6 (6,1%)	2 (2,1%)	6 (20%)	5 (20%)
У братьев (сестер)	3 (3,0%)	4 (4,1%)	0	0
У отца и у матери	3 (3,0%)	3 (3,1%)	6 (20%)	2 (8%)
У других родственников	12 (12,2%)	17 (17,7%)	0	1 (4%)
Отсутствует	15 (15,5%)	20 (20,9%)	6 (20%)	7 (28%)

Таблица 2

Возраст начала формирования алкоголизма 2 стадии

	Возраст							
	18-25		26-35		36-45		46 и старше	
	2007	2023	2007	2023	2007	2023	2007	2023
мужчины	17 17,3%	25 25,5%	50 52,1%	49 50%	19 19,8%	12 12,2%	10 10,8%	12 12,2%
женщины	4 16%	6 20%	12 48%	18 60%	6 24%	6 20%	3 12%	0

Согласно приведенным выше данным, у 112 (87,5%) пациентов в 2023 г. и у 94 (77,7%) пациентов в 2007 г. имеется отягощенная алкоголизмом наследственность по линии родственников.

Процент лиц, не имеющих отягощенный анамнез по алкоголизму, в 2023 г. уменьшился по сравнению с 2007 г. на 5,4% среди мужчин и на 8% – среди женщин. Однако увеличился процент мужчин, родители которых страдали алкоголизмом (на 8,1% по мужской линии, на 4% по женской линии), среди женщин процент не изменился.

В 2023 году, в связи с отягощенной наследственностью, увеличилось количество лиц, манифест заболевания которых приходится на 18–25 лет по сравнению с 2007 г. на 8,2% среди мужчин и на 4% – среди женщин. Также увеличился процент женщин, возраст формирования алкоголизма 2 стадии которых приходится на 26–35 лет, на 12%.

Вывод. Таким образом, у больных с наследственной отягощенностью алкоголизма наблюдается ранний манифест заболевания. Установлено, что 2023 г. характеризуется более ранним началом формированием алкогольной зависимости, преимущественно среди мужского населения, по сравнению с 2007 г. Среди женщин рост незначительный, основную группу составляют лица среднего возраста. Данная корреляция позволяет увидеть решения проблемы «омоложения» алкоголизма, а именно, более ранние и обязательные профилактические мероприятия у данной группы людей, страдающих алкогольной зависимостью.

Писарева Л.А., Белянкин М.В., Волков Д.В., Дёмин А.В.

Использование лабораторных биомаркеров в диагностике хронического злоупотребления алкоголем

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая наркологическая больница»

Актуальность работы. Современные методики обследования позволяют с высокой степенью достоверности определять лиц, склонных к хроническому злоупотреблению алкоголем. Среди них важное место занимают методы диагностического обследования населения различных социаль-

ных и возрастных групп, позволяющие своевременно и на ранней стадии выявлять лиц с хронической нагрузкой алкоголем, а также отслеживать динамику эффективности проводимого лечения у лиц, склонных к его злоупотреблению.

Цель исследования – оценить и внедрить в практику эффективный механизм мониторинга и оценки уровня потребления алкоголя населением.

Методы исследований. В ходе исследования было проанализировано 3 337 результатов лабораторных исследований крови пациентов в возрасте от 13 до 73 лет на злоупотребление алкоголь-содержащими напитками в лаборатории ГУЗ УОКНБ за 2021–2023 гг. Содержание в крови карбогидрат-дефицитного трансферрина (CDT) определяли на системе капиллярного электрофореза MiniCap (Франция).

Результаты исследований. Среди общего числа обследованных 2 625 чел. (78,7%) являются потенциально здоровыми, а 712 чел. (21,3%) имеют диагноз «хроническое употребление алкоголя».

Среди пациентов с алкоголизмом есть лица подросткового возраста: 10 чел. (1,4%) в возрасте 13–16 лет, 47 чел. (6,6%) юношеского возраста (17–24 года), 452 чел. (63,5%) зрелого возраста (25–54 лет), 203 чел. (28,6%) пожилого возраста (55–73 года).

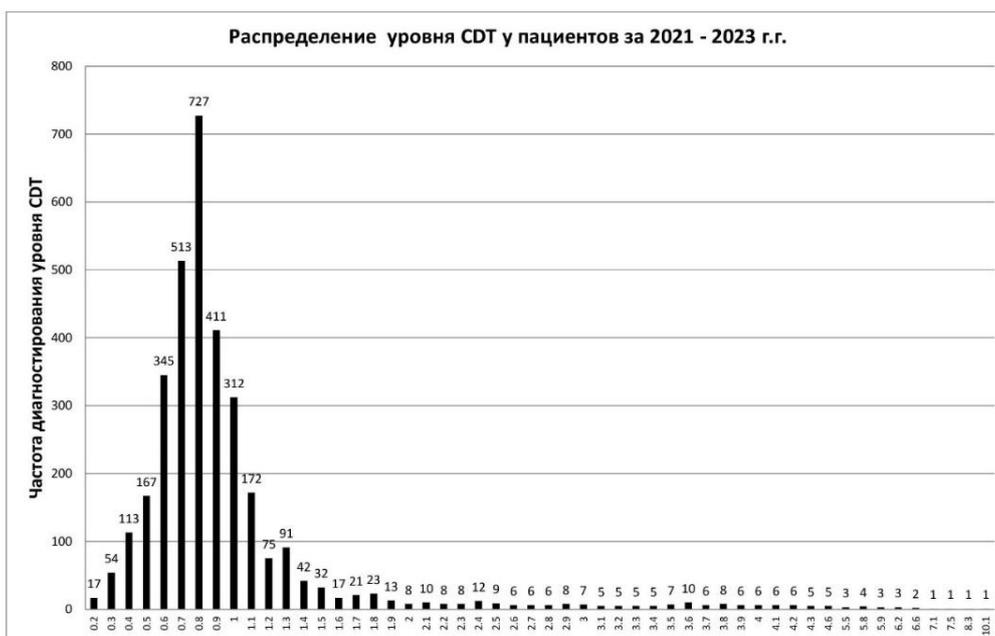
Всего были обследованы 2 483 мужчин, среди которых 1 945 здоровых и 538 больных (21,7% от общего числа обследованных мужчин), большинство в возрасте от 25 до 54 лет (270 человек или 50,2%).

Число обследованных женщин составило всего 854 человека, из них 680 здоровых и 174 больных алкоголизмом (20,4% от общего числа обследованных женщин), большинство в возрасте от 25 до 54 лет (82 человека или 47,1%).

Результаты исследования показали, что доминирующей среди больных хроническим алкоголизмом возрастной группой является группа зрелого возраста (25–54 года) как среди мужчин, так и среди женщин.

Результаты анализов пациентов были распределены по половому признаку: среди мужчин патология выявлена у 185 чел. (34,4%), среди женщин – у 64 чел. (36,8%).

Проведено определение диапазона изменения уровня и частоты диагностирования уровня показателя CDT у обследованных лиц за период исследования.



Выводы. Маркер CDT позволяет на ранней стадии выявить хронический алкоголизм, формы скрытого и латентного алкоголизма, дифференцировать его от умеренного и эпизодического употребления алкоголя. Данный маркер является универсальным диагностическим инструментом для реализации профилактической и медико-реабилитационной стратегии при заболеваниях зависимости от алкогольсодержащих веществ.

Сидоров И.А.

Анализ результатов обследования у лиц допризывного и призывного возраста, проходивших обследование в условиях дневного стационара ГКУЗ «Ульяновская областная клиническая психиатрическая больница имени В.А. Копосова», за 2023 год

ГКУЗ «Ульяновская областная клиническая психиатрическая больница имени В.А. Копосова»

Актуальность. Согласно постановлению Правительства Российской Федерации от 27.11.2006 г. № 719 «О подтверждении Положения о воин-

ском учете», с целью недопущения на военную службу в рядах вооруженных сил лиц, страдающих психическими расстройствами, всё мужское население Ульяновской области проходит первичное освидетельствование во врачебных комиссиях с обязательным осмотром врачом-психиатром. Призыв на военную службу людей с психическими расстройствами сопряжен со значительными юридическими и социальными последствиями для общества и конкретных лиц, с потенциальным риском для здоровья военнослужащего и его сослуживцев.

Цель – проанализировать результаты проведения психиатрического обследования лиц допризывного и призывного возрастов в условиях дневного стационара ГКУЗ «Ульяновская областная клиническая психиатрическая больница им. В.А. Копосова» за 2022–2023 гг., направленных военными комиссариатами Ульяновской области.

Материалы и методы. Клинико-психопатологический, клинико-анамнестический, экспериментально-психологический методы. Электроэнцефалография, обработка статистических данных, консультации узких специалистов (невролог, логопед, нарколог, сексолог).

В 2022 году проведено 339 исследований, из них: городских жителей – 267, сельских – 72.

В 2023 году проведено 604 исследования, из них: городских жителей – 472, сельских – 132. Основную долю составляют лица, которые ранее у психиатра не наблюдались, но у которых при прохождении медицинской комиссии в военном комиссариате возникло подозрение на наличие психического расстройства.

В 2023 г. из числа лиц, прошедших обследование, городские и сельские юноши представлены в соотношении 9 к 3 (78.15% и 21.85% соответственно). При этом признаны здоровыми 38.25% обследованных (29.47% и 8.77% соответственно), выявлено психическое расстройство у 25% (19.54% и 5.46% соответственно), не вынесено окончательное решение – направлены на дообследование 36,75% (29.14% и 5.46% соответственно).

Структура заболеваемости представлена в таблице № 1.

Таблица 1

Основные группы нозологий	Человек за 2022 год	В процентах от общего количества	Человек за 2023 год	В процентах от общего количества
Органические расстройства	22	6.49%	49	8.11%
Умственная отсталость	12	3.54%	46	7.62%
Невротические расстройства	6	1.77%	27	4.47%
Расстройство личности	7	2.06%	17	2.81%
Прочие расстройства	10	2.95%	17	2.81%

Выводы: 1) Количество обследований лиц призывного возраста растет, также количество диагностируемых при обследовании расстройств растёт как в количественном, так и в процентном соотношении. 2) Среди диагностированных расстройств наиболее распространенными из года в год остаются органические расстройства и когнитивные нарушения. 3) Структура выявленных нозологий у лиц призывного возраста остается прежней.

Сабитов И.А.^{1,2}, Майер Э.И.^{1,2}, Богданова Л.Д.², Белянкин М.В.^{1,2}, Волков Д.В.²

Исследование нейрофизиологических особенностей у лиц, страдающих алкогольной зависимостью

¹ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»;

² ГУЗ «Ульяновская областная клиническая наркологическая больница»

Актуальность. Одна из самых важных социальных проблем для нашей страны и в частности для здравоохранения остается алкоголизм. Поиск ЭЭГ-коррелятов алкогольной зависимости перед началом терапии, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии и ЭЭГ-коррелятов в стадии ремиссии, представляет значительный интерес в клинической практике, поскольку это позволит оценивать объективный уровень проведенного лечения и реабилитации, а также повысить диагностическую ценность метода электроэнцефалографии, благодаря своей низкой стоимости и неинвазивности.

Цель исследования – изучение и проведение анализа нейроэлектрофизиологических коррелят количественной (спектральной) электроэнцефалограммы (ЭЭГ) в состоянии покоя у лиц 1 группы, имеющих алкогольную зависимость (F10.2 по МКБ-10) впервые взятых на диспансерный учет и 2 группы – лиц, снятых с диспансерного учета.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 33 пациента с верифицированным диагнозом алкогольной зависимости в возрасте от 23 до 52 лет, из них мужчин – 23 человека (69,6%), женщин – 10 человек (30,4%). Средний возраст составил: у мужчин $38,9 \pm 8$, лет, у женщин $41,6 \pm 5,8$ лет. Толерантность к алкоголю у мужчин в среднем составляла 1,0 л, у женщин – 0,56 л. Средний стаж у мужчин составил 14,2 лет, у женщин – 13,3 лет.

Все пациенты подписали информированное согласие на участие в данном исследовании. Применялся клиничко-психопатологический метод: краткий опросник депрессии, тревоги и стресса DASS-21, а также скрининговые методы: индекс тяжести зависимости (ASI), Пенсильванская шкала влечения к алкоголю (PACS).

Полученные результаты и их обсуждение. В результате нашего исследования было выявлено, что лица, страдающие алкогольной зависимостью, демонстрируют повышенную мощность бета-излучения, увеличение тета-мощности, понижение альфа-мощности и снижение дельта-излучения в сравнении с лицами, находящиеся в ремиссии. Наиболее распространенными частотными диапазонами являются бета (13–30 Гц), альфа (8–12 Гц), тета (4–7 Гц) и дельта (1–3 Гц). На скальпе (F3, Fz, F4, C3, Cz, C4, P3, Pz и P4) были расположены электроды по международной системе 10–20.

Было выделено две группы: в первую группу входили лица с алкогольной зависимостью, впервые поставленные на диспансерный учет, во вторую группу были включены лица с алкогольной зависимостью, снятые с диспансерного учета в связи с ремиссией.

Было выявлено, что спектральный анализ средних групп значений у пациентов первой группы выявил доминирование бета-ритма, определяющийся во всех корковых зонах. Наиболее средняя амплитуда составила $15,55 \pm 0,8$ мкВ. в левом полушарии, у 2 группы было выявлено снижение бета-ритма в областях задней корковой зоны $11,45 \pm 1,2$ мкВ. ($p < 0,05$).

По шкале депрессии, тревоги и стресса DASS-21 средний балл у первой группы был выше и составлял 10 баллов, у второй – 8,7 баллов.

При поступлении на лечение средний балл по Пенсильванской шкале влечения к алкоголю (PACS) составлял 3 балла, что расценивается как влечение высокой степени выраженности, тогда как при ремиссии уровень влечения был снижен до 2 баллов, что говорит о влечении средней степени выраженности.

После курса терапии у больных с алкогольной зависимостью было отмечено значимое ($p < 0,001$) улучшение клинического состояния. Пациенты из первой группы по индексу тяжести зависимости (ASI) имели критерий заболевания средней тяжести, во второй группе заболевание имело критерии легкой формы.

Выводы. На основании полученных результатов можно заключить, что спектральный анализ ЭЭГ является информативным методом оценки эффективности лечения и реабилитации, а также выявления нейрофизиологических различий у пациентов с алкоголизмом перед постановкой на диспансерный учет и пациентов, снятых с диспансерного учета в связи со стойкой ремиссией.

Сильверстова Ю.В., Кузнеченкова Л.В.

Опыт применения препарата Вортиоксетин в практике врача-психиатра

ГКУЗ «Ульяновская областная клиническая психиатрическая больница
имени В.А. Копосова»

Актуальность. Использование антидепрессантов с благоприятным профилем переносимости является важнейшим фактором достижения терапевтической ремиссии у пациентов, страдающих депрессивными расстройствами.

Цель – оценка эффективности и переносимости терапии препаратом вортиоксетин в практике врача психиатра.

Материалы и методы. В исследование были включены 20 пациенток (женщины), которые были разделены на 2 группы по 10 человек. Возраст

пациенток первой группы 20–35 лет, второй – от 45 до 60 лет. Длительность заболевания составляла от 1 года до 15 лет. 5 человек имели группу инвалидности по психическому заболеванию. Все пациенты страдали депрессивными расстройствами в рамках органического тревожно-депрессивного расстройства, умеренного или легкого депрессивного эпизода без психотических симптомов, хронического аффективного расстройства, смешанного тревожного и депрессивного расстройства. Диагноз устанавливался в соответствии с критериями МКБ-10.

В клинической картине заболевания у всех пациенток выявлялись депрессивные симптомы, длящиеся более двух недель, сопровождаемые сниженным настроением, раздражительностью, снижением эмоциональной реактивности, утратой интересов и удовольствия, у 5 пациенток также отмечались ипохондрические идеи. У 6 пациенток диагностировались агитация и тревога. У 10 пациенток отмечались когнитивные нарушения, нарушения внимания, сна. До назначения вортиоксетина пациентки получали антидепрессивную терапию препаратами СИОЗС, СИОЗСН, миртазапином, амитриптилином. В современных руководствах рекомендуется начинать лечение с СИОЗС, СИОЗСН, миртазапина. При отсутствии эффекта после оптимизации суточных доз препарата рекомендуется замена на другой препарат первой линии, либо аугментация препаратом первой линии из другой фармакологической группы. Однако это может усилить выраженность побочных эффектов. Также у пациентов часто отмечается тревога и когнитивные нарушения, т.о. предпочтителен препарат с несколькими механизмами действия. Вортиоксетин модулирует нейротрансмиссию в нескольких системах, прежде всего в серотониновой, а также в норадреналиновой, дофаминовой, гистаминовой, ацетилхолиновой, ГАМК-ергической и глутаматергической системах. С этим связана антидепрессивная и противотревожная активность препарата, а также улучшение когнитивных функций, памяти и обучения. Все пациентки получали препарат в таблетированной форме, 12 пациенток получали вортиоксетин в дозе 20 мг/сут., 8 пациенток – в дозе 10 мг/сут. Длительность приема 8–24 недели. Состояние пациенток оценивалось по шкале оценки депрессии Гамильтона HDRS-17. Средний балл по шкале Гамильтона на начало исследования составил 16.1 ± 2.6 балла (депрессивное расстройство средней степени тяжести) и опроснику диагностики когнитивного расстройства

Макнера и Кана The Cognitive Difficulties Scale – на начало исследования и в динамике. Проводился клинический анализ симптоматики, контроль за возможными побочными явлениями.

Результаты. В процессе лечения Вортиоксетином не было ни одного случая отказа от терапии. Вортиоксетин хорошо переносился пациентками. У 7 пациенток побочные эффекты были слабо выражены, не приводили к отказу от терапии и наблюдались в первые две недели лечения. Наиболее частый побочный эффект – тошнота. В ходе лечения у всех пациенток отмечалась положительная динамика: постепенная редукция депрессивной, тревожной, ипохондрической симптоматики, улучшение когнитивных функций. К 8 неделе терапии общий балл по шкале HDRS-17 составил 8.4 ± 1.4 балла. Наиболее значимое улучшение наблюдалось у женщин в пременопаузальном периоде в виде купирования раздражительности, тревоги, депрессии, отмечалось улучшение концентрации внимания и снижение забывчивости.

Выводы: 1. Препарат Вортиоксетин показал свою эффективность для купирующей и поддерживающей терапии, как при замене в лечении других антидепрессивных препаратов, так и у лиц, ранее их не получавших. 2. Применение препарата способствовало приверженности к лечению и, как результат, отсутствию рецидива симптоматики и госпитализации в стационар. 3. Наиболее значимая редукция симптоматики отмечена у женщин в пременопаузальном периоде. В связи с недостаточной контрольной группой затруднительно предположить, одинаково ли эффективен препарат, независимо от гендерной принадлежности.

Сабитов И.А.^{1,2}, Коновалова О.В.^{1,2}, Майер Э.И.^{1,2}, Демин А.В.^{1,2}

Комплексная оценка тяжести алкогольных психозов с использованием калькулятора СКД-ЕРІ

¹ ГУЗ «Ульяновская областная клиническая наркологическая больница»;

² ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»

Показатели заболеваемости и болезненности алкогольных психозов (АП) часто связаны с алкогольной смертностью, что традиционно является

индикатором уровня организации медицинской помощи (Немцов А.В., 2014) для больных страдающих алкогольной зависимостью и коморбидной патологией (Сиволап Ю.П., 2022).

Традиционно оценка тяжести АП проводится на основании исследования динамики психопатологического статуса, жалоб и анамнеза больного, данных дополнительных методов исследования с изучением возможных коморбидных осложнений (Менделевич В.Д., 2023). Известные трудности здесь представляет трансляция данных фундаментальной медицины в реальную клиническую практику, интегральная оценка результатов нейробиологических показателей в специализированных клиниках часто затруднена. Примером удачной коллаборации служат исследование биохимических показателей крови в наркологии, однако интегральная оценка этих маркеров производится редко.

Целью настоящей работы являлся анализ клинических случаев АП, протекающих со значимыми клинико-биохимическими изменениями.

Был выбран 41 клинический случай АП у больных (31 мужчина и 10 женщин), находившихся на стационарном лечении в ГУЗ «Ульяновская областная клиническая наркологическая больница» в период с сентября 2021 по январь 2022 г. Кроме этого, с февраля по апрель 2022 г. проводился структурированный опрос этих пациентов в онлайн/офлайн режиме.

Результаты и обсуждение. Средний возраст пациентов отмечался в пределах $47,5 \pm 13,5$ лет. Первая проба алкоголя в среднем наблюдалась в $17,13 \pm 1,09$ лет. Алкогольный стаж был достаточен – $15,5 \pm 9,8$ лет. Длительность текущего эпизода была в среднем $15 \pm 4,2$ дня. Толерантность к алкоголю колебалась на уровне 0,98 л водки в сутки. Все больные злоупотребляли крепкими алкогольными напитками. Психический статус был представлен дезориентировкой в пространстве и времени у 31,7%; депрессивные переживания отмечались у 90,2% больных. Делирий с бредом отмечались у 31,7% больных (систематизированный, с преобладанием слуховых обманов, с фантастической фабулой); острый галлюциноз с тоскливостью – у 4,9%; галлюциноз с обилием обманов восприятия – у 17,2%. Частыми сопутствующими заболеваниями являлись: алкогольная энцефалопатия – 53,65%, алкогольная полинейропатия – 43,9%, пневмония – 36,6%, хронический вирусный гепатит – 9,75%, посттравматическая энцефалопатия – 4,87%.

У большинства пациентов (63,4%) отмечались клинические проявления COVID-19. У 15 человек (36,6%) у которых была выявлена пневмония, отметили, что течение данного эпизода психозов оказалось тяжелее, чем предыдущих. Большинство из них отмечало более длительный депрессивный компонент после психоза. У 26 человек (63,4%) у которых течение Covid-19 протекало в легкой форме, без поражения легких, не отметили у себя никаких изменений в их типичной картине психозов. Большинство больных замечали у себя чувство тревоги, которое появилось уже после купирования острого состояния. Отклонение от привычных значений-дней связано с тем, что больные были заражены Covid-19, нуждались в дальнейшем лечении и изоляции. Для определения клинико-биохимических особенностей алкогольных психозов с Covid-19, наряду с 28 ранее описанных клиническими случаями АП, были взяты еще две группы пациентов: больные (n=5) с абстинентным синдромом (АС) до Covid-19 и больные (n=4) с АС после перенесённой Covid-19. Сравнение биохимических анализов крови данных групп представлены в табл. 1.

Таблица 1

Сравнительная характеристика биохимических показателей у больных с абстинентным синдромом до Covid-19 (1-я группа), у больных с АП и Covid-19 (3-я группа) и у больных с абстинентным синдромом после Covid-19 (2-я группа)

Показатель	Больные (n=41) с Covid-19 и АП	Больные (n=5) АС без Covid-19	Больные (n=4) АС с Covid-19
АСТ, ед/л	62,5±47,8	52±16,68	18,25±4,64
АЛТ, ед/л	49,79±32,41	45,2±12,47	16,25±4,42
Креатинин, мкмоль/л	95,62±19,74	72,6 ±16,19	75,5±4,2
Мочевина, ммоль/л	5,71±2,15	4,84±1,5	6,8±1,11
СКФ, мл/мин/1,73 м ²	78,62±19,50	100,6±7,79	88±22,31

У больных с АП и Covid-19 уровень креатинина выше, чем в двух контрольных группах, и составляет $95,62 \pm 19,74$ мкмоль/л, такая же тенденция наблюдается с глюкозой – $6,9 \pm 2,26$ мкмоль/л, однако статистически достоверных различий это не имело.

Использование анализа скорости клубочковой фильтрации (СКФ) был проведен помощью индекса СКД-ЕРІ (KDIGO, 2012) у больных во время поступления в стационар и перед выпиской. Было выявлено, что СКФ после

инфицирования Covid-19 заметно снижается. СКФ при поступлении $85,2 \pm 20,2$ мл/мин/1,73 м², а при выписке $78,3 \pm 19,1$ мл/мин/1,73 м², что соответствует второй стадии хронической болезни почек (ХБП). При этом категория «С1» при поступлении была у 44% человек, при выписке у 29%; категория «С2» отмечалась у 41%, при выписке у 54%; а категория «С3а» была у 15%, при выписке у 17%. Следует отметить, что выявленные заболевания почек имели только 7 человек (17%): хронический пиелонефрит наблюдался у 3 людей, алкогольная нефропатия – у 4. Оптимальную функцию почек при поступлении имели только 17 человек (42%). Таким образом, снижение индекса СКД-ЕРІ (KDIGO, 2012), обусловленное повышением креатинина и мочевины, указывает на объективное поражение почек (ХБП) при данной инфекции. Можно полагать, что именно изменение индекса СКД-ЕРІ можно считать маркером тяжести алкогольных психозов, он может использоваться как прогностический критерий алкогольной летальности.

Шашункова С.В.

Медицинские и социальные проблемы лиц с психическими заболеваниями, коморбидными с употреблением психоактивных веществ

ГКУЗ «Ульяновская областная клиническая психиатрическая больница имени В.А. Копосова»

Актуальность. Наркомания является не только социальной, но и медицинской проблемой современного общества. Последнее десятилетие заболеваемость наркоманией возросла, также с ней увеличивается число психических расстройств – составляет от 12% в общей популяции до 80% среди лиц, госпитализированных в психиатрический стационар. За последние 10 лет количество лиц, злоупотребляющих психоактивными веществами, увеличилось в 2,5 раза. Средний возраст наркозависимых от 16 до 30 лет.

Наркотические вещества, оказывают выраженное негативное влияние на организм человека. Данные вещества способны вызвать психиче-

ские расстройства. Пациенты с сочетанным диагнозом испытывают более тяжелые медицинские, социальные и адаптационные проблемы.

Цель исследования – проанализировать медицинские и социальные проблемы, а также оценить эффективность антипсихотической терапии у пациентов психиатрического стационара с коморбидной наркологической патологией.

Материалы и методы: сбор жалоб, клинико-anamnestических данных, анализ статистических данных.

В исследовании приняли участие 36 человек мужского общепсихиатрического отделения № 5, в возрасте от 18 до 52 лет, за период с марта 2022 г. по январь 2024 г.

Из общего количества у 17 человек (47.2%) установлен диагноз шизофрении; 4 (11.1%) – острое полиморфное психотическое расстройство; 3 (8.3%) – органическое психотическое расстройство; 1 (2.8%) – органическое тревожно-депрессивное расстройство; 1 (2.8%) – органическое бредовое расстройство; 2 (5.5%) – органическое расстройство личности и поведения; 1 (2.8%) – умеренная умственная отсталость; 1 (2.8%) – депрессивный эпизод средней степени; 1 (2.8%) – эмоционально-неустойчивое расстройство личности; 1 (2.8%) – шизотипическое и 1 (2.8%) – шизоаффективное расстройства; 1 (2.8%) – мания с психотическими симптомами; 2 (5.5%) – острое полиморфное психотическое расстройство, вызванное одновременным употреблением нескольких психоактивных веществ.

Среди сопутствующих наркологических диагнозов статистика распределилась следующим образом: 17 (47.2%) с диагнозом синдром зависимости, вызванный одновременным употреблением нескольких ПАВ; 7 (19.4%) – Синдром зависимости, вызванный употреблением каннабиоидов; 6 (16.7%) – Синдром зависимости, вызванный употреблением стимуляторов; 4 (11.1%) – Синдром зависимости, вызванный употреблением опиоидов; 1 (2.8%) – Синдром зависимости, вызванный употреблением летучих растворителей; 1 (2.8%) – Синдром зависимости, вызванный употреблением галлюциногенов.

Результаты. Злоупотребление алкоголем в среде зависимых наблюдается часто, у 21 (58.3%) пациентов имел место сопутствующий диагноз – Синдром зависимости, вызванный употреблением алкоголя.

В общей популяции от 40 до 90% уголовных преступлений связаны с наркотиками. Среди исследованных привлекались к уголовной ответственности, в том числе отбывали наказание в местах лишения свободы – 14 (38.9%), принудительное лечение (стационарное и амбулаторное) – 7 человек, на активном диспансерном наблюдении (не судимых) состоят 5 человек (склонные к агрессивному и/или суицидальному поведению).

Риск суицида при наркоманиях возрастает в 350 раз, при алкоголизме – в 200 раз. Из принявших участие в исследовании, суицидальные попытки совершали 11 (30.6%) человек.

Кроме того, синтетические наркотики вызывают психические расстройства, которые сложно поддаются терапии. Среди пациентов, поступивших на лечение с психопродуктивной галлюцинаторной симптоматикой, у 7 человек отмечалась стойкая резистентность к большинству нейролептиков, включая клозапин. Сочетали несколько нейролептиков из разных фармакологических групп, в дозировке, превышающей средние суточные дозы.

Следует отметить, что наркотизация в сочетании с психическими расстройствами приводит к утрате трудоспособности среди лиц молодого возраста. Инвалидизация составила 19 человек (52,8%) (II группа – 9 человек, III группа – 10 человек).

Высокая смертность в производительном возрасте, имеет и экономические последствия (непроизведенный доход). Причины смертей индивидуальная непереносимость, отравления, слабость сердечно-сосудистой и дыхательной систем, суициды, инфекционные осложнения, несчастные случаи. Летальность составила 1 человек (2.8%) в возрасте 29 лет.

Выводы. 1. У пациентов с шизофренией с сопутствующим употреблением психоактивных веществ отмечается резистентность к антипсихотической терапии. 2. Наблюдается снижение комплаенса. 3. Констатируется ранняя социальная дезадаптация, рост инвалидизации в молодом возрасте, алкоголизация. 4. У пациентов с «двойным» диагнозом отмечается увеличение сроков пребывания в психиатрическом стационаре. Пребывание таких пациентов обуславливает высокие экономические затраты для учреждения. 5. Данные пациенты склонны к совершению правонарушений и суицидальному поведению.

Раздел 20. Ревматология

Дубягина И.С., Прокофьев Г.Н., Кузнецова Е.А., Науметов И.Ф.

Возможности применения ингибитора рИЛ-6 (Левилимаба) при ревматоидном артрите в реальной клинической практике

ГУЗ «Центральная клиническая медико-санитарная часть имени заслуженного врача России В.А. Егорова»

Актуальность. Левилимаб (ИЛСИРА) – моноклональное антитело против рецептора интерлейкина-6 – является новой терапевтической опцией, позволяющей пациентам с недостаточным эффектом терапии базисными противовоспалительными препаратами (БПВП) достичь целей терапии ревматоидного артрита (РА). Имеется недостаточно информации об эффективности и профиле безопасности Левилимаба у больных, получающих препарат, в реальной клинической практике. В 2016 г. начаты клинические исследования препарата у пациентов с ревматоидным артритом. На фоне распространения коронавируса в 2020 году левилимаб применялся активно у пациентов с тяжелым течением COVID-19.

Цель исследования – оценка эффективности и переносимости препарата Левилимаб в дозе 162 мг подкожно 1 раз в неделю у пациентов с РА с умеренной и высокой активностью заболевания в реальной клинической практике.

Методы исследования. В международное наблюдательное многоцентровое неинтервенционное исследование удержания на терапии левилимабом и безопасности левилимаба у больных активным РА в реальной клинической практике, стартовавшее на базе ГУЗ «Центральная клиническая медико-санитарная часть имени заслуженного врача России В.А. Егорова» (ГУЗ «ЦК МСЧ им. В.А. Егорова»), включены 24 больных РА с недостаточным эффектом предшествующей терапии БПВП в виде сохраняющейся умеренной (12 пациентов – 50%) и высокой (12 пациентов – 50%) активности заболевания, которым инициирована терапия левилимабом.

Средний возраст пациентов – $56,08 \pm 8,9$ лет. Женщин – 13, мужчин – 11. Длительность заболевания составила в среднем $149 \pm 107,9$ месяцев (~12 лет). Длительность заболевания от момента постановки диагноза РА составила в среднем $124,4 \pm 99,6$ месяцев (~10 лет). Серопозитивный РА – у 19 пациентов, активный серонегативный (иммунопозитивный по АЦПП) – у 5, из них 1 пациент с болезнью Стилла. Для оценки активности заболевания использовался стандартный индекс DAS28соз. У 5 пациентов выявлены системные проявления: ревматоидные узелки, анемия, полинейропатия. Среди осложнений РА встречались: асептический некроз (в 2023 г. у пациента проведено эндопротезирование тазобедренного сустава в г. Чебоксары на фоне терапии левилимабом), сгибательные контрактуры суставов, остеопороз. У 70% пациентов имелась коморбидная патология. Наиболее часто встречались ИБС, ГБ, включая пациента после СПО – ЧТКА со стентированием ПНА и ВТК (2019 г.). Среди сопутствующих заболеваний зарегистрированы также: СД 2 типа, эпилепсия, 1 пациент после стойкой ремиссии ЗНО почки (нефрэктомия от 2011 г.), ПТФБ нижних конечностей.

Результаты. Через год терапии левилимабом отсутствуют пациенты с высокой активностью РА. 13 пациентов по динамике индекса активности DAS28соз достигли медикаментозной ремиссии, низкая активность сохраняется у 7 пациентов. 4 пациентам за прошедший год препарат был отменен (у одного пациента наблюдалась аллергическая реакция по типу крапивницы, у одного верифицирован рак кишечника, 2 пациентам рекомендован перерыв в лечении в связи со стойкой ремиссией). 12 пациентов, достигших стойкой ремиссии РА, в 2024 г. перешли на поддерживающий режим применения левилимаба (162 мг подкожно 1 раз в 2 недели) в соответствии с инструкцией к препарату. Полученные данные свидетельствуют о стероид-сберегающем эффекте левилимаба. На момент скрининга 8 пациентов (30%) принимали глюкокортикостероиды (ГКС). На протяжении исследования ни одному пациенту не потребовалось увеличить дозу ГКС. Трём пациентам полностью отменены ГКС, 5 пациентам удалось снизить дозу ГКС. У всех пациентов отмечалось уменьшение конституциональных проявлений заболевания, таких как слабость, похудание, бессонница, улучшилось качество жизни пациентов. Частота нежелательных яв-

лений составляет 60%, что согласуется с известным профилем безопасности препаратов класса ингибиторов рецепторов интерлейкина-6.

Выводы. В представленном наблюдении в результате лечения левилимабом у большинства больных была достигнута ремиссия и низкая активность заболевания. Терапия левилимабом потенциально высокоэффективна и безопасна, имеется возможность перехода на поддерживающий режим применения левилимаба (162 мг подкожно 1 раз в 2 недели) у достигших ремиссии РА. Полученные в реальной клинической практике данные свидетельствуют о стероид-сберегающем эффекте левилимаба и подтверждают результаты, полученные в клинических исследованиях препарата по его эффективности и безопасности.

Сальникова О.В., Лежень Е.М., Калагина Н.В., Шонина Е.В.

Применение алгоритма FRAX в условиях отделения профилактики амбулаторного учреждения как инструмента выбора пациентов, нуждающихся в терапии остеопороза

ГУЗ «Городская поликлиника № 4»

Актуальность. Высокая распространенность остеопороза и низкотравматических переломов в старших возрастных группах, тяжелых инвалидизирующих последствий низкотравматических переломов, высокие затраты на лечение являются основанием для проведения скрининга с целью выявления пациентов с высоким риском переломов для их предупреждения. Согласно клиническим рекомендациям, скрининг с использованием алгоритма FRAX рекомендован всем женщинам в постменопаузе и мужчинам старше 50 лет. Устанавливать диагноз и назначать лечение рекомендовано пациентам с высокой индивидуальной 10-летней вероятностью основных низкотравматических переломов.

Цель исследования – изучить результатов применения алгоритма FRAX среди пациентов отделения профилактики ГУЗ «Городская поликлиника № 4», а также оценить эпидемиологию, клиническую характеристику пациентов.

Методы исследования. Проанализированы данные 168 пациентов, которым проведен расчет FRAX в условиях отделения профилактики ГУЗ «Городская поликлиника № 4».

Результаты. В условиях отделения профилактики ГУЗ «Городская поликлиника № 4» проведен расчет FRAX 168 пациентам. Большинство оцениваемых составили лица в возрастной группе 60–69 лет – 75 человек (45%). Лица в возрасте 50–59 лет составили 27 человек (16%), 70–79 лет – 56 человек (33%), 80–90 лет – 10 человек (6%). Преимущественно пациенты были женского пола (130 человек – 77%). Из общего числа пациентов высокая индивидуальная 10-летняя вероятность основных остеопоротических переломов была определена у 11 человек (6%), в том числе 5 мужчин (9%) с превышением фиксированного порога. Низкая вероятность переломов определена у 92 пациентов (55%) и соответственно у 65 пациентов (39%, все женщины), индивидуальная 10-летняя вероятность переломов находилась в интервале между низкой и высокой вероятностью, то есть у этой группы пациентов определены показания к проведению рентгеновской денситометрии. При расчете FRAX при оценке предшествующих переломов дополнительно оценивалось локализация предшествующего перелома и их количество с выявлением пациентов, имеющих переломы позвонков, шейки бедра, шейки плечевой кости или два и более перелома, что позволяет устанавливать диагноз остеопороза согласно клиническим рекомендациям независимо от результатов денситометрии или FRAX. Общее число пациентов, имеющие такие переломы в анамнезе, составило 25 человек (15%), из них в группе с показаниями к проведению денситометрии – 17 человек. Соответственно диагноз остеопороза им был установлен без дополнительного обследования. Таким образом, у оставшихся 48 пациентов группы среднего риска (29% от общего числа пациентов) определены показания к проведению двухэнергетической рентгеновской денситометрии. Общее число пациентов, которым был верифицирован диагноз остеопороза, составило 28 человек (17%).

Выводы. 1. У 29% обследованных при расчете алгоритма FRAX определены показания к проведению двухэнергетической рентгеновской денситометрии. 2. Общее число пациентов, которым впервые был установлен диагноз остеопороза при использовании алгоритма FRAX в отделении профилактики с дополнительным учетом числа и локализации имеющихся

в анамнезе у пациента переломов, составило 28 человек (17%). 3. Применение алгоритма FRAX в условиях отделения профилактики амбулаторного учреждения позволяет верифицировать диагноз остеопороза при проведении диспансеризации пациентов и своевременно осуществлять направление к профильным специалистам для инициации терапии. 4. Требуется улучшение доступности к проведению двухэнергетической рентгеновской денситометрии для обоснования антирезорбтивной терапии.

Раздел 21. Сестринское дело

Александрова О.А., Лебедева Т.В., Угарина М.А.

Алкогольная деградация личности

ГУЗ «Ульяновский областной клинический центр специализированных видов медицинской помощи имени заслуженного врача России Е.М. Чучкалова»

Актуальность. Алкоголизм – это опасная болезнь, которая формируется на фоне физической и психической зависимости от спиртного. Согласно последним статистическим данным, в 2023 году в России около 13% населения страдает от алкогольной зависимости. Алкогольная деградация включает в себя аффективные расстройства, психопатоподобные симптомы, этическое снижение, утрату критического отношения к злоупотреблению алкоголем и своему состоянию в целом, стойкие изменения памяти и интеллекта.

Цель исследования – выяснить, какой тип алкогольной деградации преобладает у пациентов токсикологического отделения.

В 2023 году в отделении было пролечено 411 пациентов с диагнозом «алкогольное отравление», наблюдение проведено за 75 пациентами. В результате наблюдения выяснилось, что у 80% респондентов наблюдаются признаки алкогольной деградации личности, такие как:

– астено-неврозоподобный тип, при котором поражение клеток головного мозга обратимо при условии своевременного отказа от спиртного. При данном типе деградации люди ощущают повышенную тревожность, раздражительность, главным проявлением является повышение утомляемости. Испытывая постоянную усталость, они стремятся снять ее с помощью алкоголя, усугубляя общее состояние. Данный тип деградации наблюдался у 30 (50%) пациентов, из них 18 мужчин и 12 женщин.

– алкогольный тип, при котором человек осознает неадекватное поведение, но не хочет или не может поменять ситуацию и бросить пить. Ключевые симптомы алкогольной деградации этого типа: безответственность, отсутствие чувства стыда и критичного мышления, циничное отно-

шение к окружающим, нарушение памяти и концентрации внимания, лицемерность. Алкогольный тип деградации наблюдался у 15 (25%) пациентов, из них 6 мужчин и 9 женщин.

– алкогольно-органический тип свойственен для поздних стадий алкоголизма, формируется на фоне сопутствующих заболеваний нервной системы, перенесенных травм головного мозга. Присущи следующие симптомы: заторможенность мышления, бессмысленность речи, отсутствие чувства собственного достоинства, излишняя сентиментальность, ухудшение интеллектуальных способностей. В сознании многих зависимых исчезает грань между реальностью и вымышленным миром. Могут обещать близким, что бросят пить, но ничего не предпринимают для этого. Алкогольно-органический тип наблюдался у 9 (15%) пациентов – 7 мужчин и 2 женщины.

– психопатоподобный тип присущ молодым людям, то есть тем, которые пристрастились к алкоголю в раннем возрасте. У них отмечается резкая смена настроения, они вспыльчивы и раздражительны. Именно при этой форме заболевания часто возникают алкогольные психозы, в результате которых человек способен причинить вред не только себе, но и окружающим. В трезвом состоянии такие люди скрытны, неразговорчивы и замкнуты, часто впадают в запой, склонны к буйству и насилию. Они практически не могут вспомнить то, что с ними происходило во время запоя. Психопатоподобный тип деградации отмечен у 6 (10%) пациентов – все мужчины.

Результаты и выводы: степень прогрессирования личностной деградации зависит от множества факторов, начиная от типа употребляемых алкогольных напитков, времени (сколько продолжается запой) и заканчивая индивидуальными клиническими показателями. Учитывая, что у 10% пациентов наблюдался психопатоподобный тип деградации (то есть именно у них возникают алкогольные психозы, в результате которых пациент способен причинить вред не только себе, но и окружающим, сестринскому персоналу), необходимо тщательно осуществлять контроль за их поведением и своевременно принимать надлежащие меры.

Атауллина Е.Ю., Клюенкова Н.П., Ульянова О.И.

Эффективность применения теле-ЭКГ на ФАПах

ГУЗ «Центральная клиническая медико-санитарная часть имени заслуженного врача России В.А. Егорова»

Актуальность. Показатели заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний остаются высокими. С развитием новых информационных технологий, внедрение дистанционных электрокардиографических исследований является эффективным инструментом в диагностике ряда сердечно-сосудистых заболеваний, что может способствовать своевременному началу лечения и снижению показателей сердечно-сосудистой смертности.

Цель – оценить эффективность и целесообразность использования системы «Кардиометр – МТ» в отдаленных населенных пунктах. Диагностические телемедицинские системы вытесняют устаревающую технологию «бумажной» ЭКГ. В наше время трудно найти человека, который хотя бы раз не проходил обследование ЭКГ. Данный вид обследования является одним из самых распространенных. С внедрением электронной медицинской документации особо актуальна интеграция результатов обследования в электронную карту пациента. За 2023 год ГУЗ «Центральная клиническая медико-санитарная часть имени Заслуженного врача России В.А. Егорова» приобрела 19 комплексов «Кардиометр-МТ» компании «Микард-Лана». С целью обеспечения доступности и качества оказания первичной медико-санитарной помощи населению, увеличения полноты охвата ежегодными профилактическими осмотрами и диспансеризацией 3 комплекса были распределены во врачебные амбулатории и ФАПы. Это позволило провести качественный осмотр пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями с быстрой расшифровкой результата и возможностью ознакомления с предыдущими результатами ЭКГ в динамике. Общее количество прикрепленного сельского населения составляет более 7000 человек. За 2023 год всего было выполнено 131 428 ЭКГ, из них 5 950 исследований проведено жителям сельских районов. Учитывая, что на ФАП работают специалисты со средним медицинским образованием, автоматическая интерпретация помогает сотруднику, регистрирующему ЭКГ, определить вероятность

опасной патологии, требующей немедленного рассмотрения врачом дистанционно. Еще одним из преимуществ теле-ЭКГ стало значительное уменьшение времени от момента проведения исследования, до получения его результата. Время уменьшилось с 2-3 дней до одного рабочего дня, а в экстренных ситуациях – до нескольких минут, что очень важно для своевременного оказания медицинской помощи, определения тактики ведения пациента, а также решения вопроса о его госпитализации. Внедрение теле-ЭКГ показало свою экономическую эффективность, а именно снижение на 77% финансовых затрат, за счет отсутствия затрат на приобретение термобумаги, транспортировку исследований с отдаленных районов. На 60% сократилось время на получение результатов исследования.

Выводы. Таким образом, применение телемедицинской системы отдаленной регистрации ЭКГ «Кардиометр-МТ» позволяет в кратчайшие сроки оценить запись ЭКГ, сделанную в отдаленном районе, при необходимости провести консультацию врача кардиолога, а также своевременно диагностировать острую сосудистую патологию и доставить пациента в стационар для оказания специализированной медицинской помощи.

Батищева О.Н., Никитина Н.В., Кузнецова Е.В.

Флегмоны челюстно-лицевой области

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»

Актуальность. Лечение гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей остается актуальной проблемой хирургии, что связано с увеличением числа больных, особенно молодого и трудоспособного возраста, которые в структуре заболеваемости составляют от 30% до 60%. Из них от 12% до 25% пациентов длительно находятся на стационарном лечении. В последние годы отмечается рост числа больных с флегмонами челюстно-лицевой области и, в частности, дна полости рта.

Флегмона дна полости рта – распространенный гнойно-воспалительный процесс, захватывающий два и более клетчаточных пространства, расположенных выше или ниже диафрагмы дна полости рта. Наличие

в области дна полости рта многочисленных межмышечных и межфасциальных щелей, отверстий, через которые проходят протоки слюнных желез, сосуды и нервы, обуславливает сообщение друг с другом всех клетчаточных пространств этой области. Наиболее часто встречаются флегмоны дна полости рта со следующей локализацией инфекционно-воспалительного процесса:

- подъязычное клетчаточное пространство с обеих сторон (часто при этой флегмоне наблюдается распространение инфекционно-воспалительного процесса на клетчаточное пространство корня языка);

- поднижнечелюстное и подъязычное клетчаточные пространства одноименной стороны; поднижнечелюстное пространство с обеих сторон (обычно сопровождается распространением инфекционно-воспалительного процесса на подподбородочное клетчаточное пространство);

- подъязычное и поднижнечелюстное клетчаточные пространства с обеих сторон;

- поражение всех клетчаточных пространств дна полости рта.

Клиническая картина. Больные жалуются на боль при глотании, разговоре, общее недомогание, повышение температуры тела до 39-40°C. Дыхание часто затруднено. Больные при этом принимают характерную вынужденную позу: сидят, наклонив голову вперед, руками опираясь о край кровати или стула и полуоткрыв рот. Резко выражены симптомы интоксикации. При поражении нижних отделов дна полости рта (ниже челюстно-подъязычной мышцы) резко выражена разлитая припухлость тканей подбородочной и поднижнечелюстных областей с двух сторон. Кожа над ней напряжена, гиперемирована. Пальпация вызывает боль.

Флегмоны челюстно-лицевой области протекают, как правило, бурно и в кратчайшие сроки проходят все стадии воспалительного процесса, завершаясь гнойным расплавлением клетчатки. Такое течение приводит к быстрому распространению процесса не только по клетчаточным пространствам челюстно-лицевой области, но и обеспечивает развитие тяжелого интоксикационного синдрома.

При поступлении в стационар пациента осматривает челюстно-лицевой хирург, при необходимости консультация врача-оториноларинголога. Назначается рентгенография челюсти, анализ крови и УЗИ мягких тканей.

Лечение комплексное. Оперативное вмешательство, учитывая его объемность, должно осуществляться в условиях полноценного обеспечения анестезиологического пособия. Назначают антибактериальную, антитоксическую, гипосенсибилизирующую, общеукрепляющую терапию.

Прогноз достаточно благоприятен при отсутствии осложнений и раннем выявлении заболевания, своевременном обращении. Хирургическая активность при флегмонах составляет 100%.

За 2023 год в ГУЗ УОКБ в отделении челюстно-лицевой хирургии пролечено 335 человек с данным диагнозом. В отделении челюстно-лицевой хирургии ГУЗ УОКБ проводятся хирургическое и специфическое лечение в соответствии со стандартами и клиническими рекомендациями, принятыми в РФ.

Отделение челюстно-лицевой хирургии, находящееся в составе ГУЗ УОКБ, является единственным и уникальным в г. Ульяновске и Ульяновской области, оказывающее неотложную и экстренную помощь в круглосуточном режиме пациентам с заболеваниями и травмами челюстно-лицевой области.

Борисова Е.А., Сиплатова А.С., Зуевская Ю.Н.

Партнерские роды – польза родителям или модная тенденция?

ГУЗ «Городская клиническая больница святого апостола Андрея Первозванного»

Актуальность. Партнерские роды – это роды, на которых помимо медицинского персонала присутствует близкий для роженицы человек (муж, мать, подруга). В России понятие партнерских (семейных) родов появилось относительно недавно, не более 10 лет назад, и партнерские роды быстро обрели популярность. За рубежом же данная практика используется с 70-х годов XX века. Ряд авторов находят в партнерских родах, как плюсы, так и минусы.

Цель исследования – выяснить мотивационную составляющую партнерских родов, определить роль партнёра в родах, обозначить условия присутствия партнёра на родах.

Материалы и методы исследования. Опрос среди женщин, состоящих на диспансерном учете в женской консультации и женщин, которые находятся на госпитализации в отделении патологии беременности ГУЗ «Городская клиническая больница святого апостола Андрея Первозванного» по вопросам «Партнёрских родов». Анализ статистических данных о проведённых партнерских родах за последние корректные годы. Анализ документов, регламентирующих «Партнёрские роды».

Результаты. В опросе участвовали 50 пациенток. Исходя из полученных данных, можно сделать вывод, что большинство респондентов – 26 человек – относятся положительно к новой тенденции «партнерских родов». 14 человек категорически против присутствия иных людей, кроме медицинского персонала. Воздержались от ответа 10 женщин. Среди ответов на вопрос по поводу мотивации к «партнёрским родам» самыми распространёнными ответами были: «Дань моде», «Одной страшно», «Боюсь, что со мной обойдутся не очень хорошо», «Хочу, чтобы близкие поняли, как мне тяжело», «Присутствие мужа на родах нас сблизит еще больше», «Папа сблизится с ребенком как можно быстрее»...

Обращает на себя внимание статистика: за последние три года число партнёров, желающих принять участие в родах, увеличивается с каждым годом в среднем на 15–20%.

Отцу будущего ребенка или другому члену семьи предоставляется право присутствовать на родах, кроме случаев оперативного родоразрешения (№ 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в статье 51 п. 2.). Реализация такого права осуществляется без взимания платы с отца ребенка или иного члена семьи. В условиях ГУЗ «ГКБ святого апостола Андрея Первозванного» предусмотрено наличие индивидуального родильного зала, поэтому женщина вправе рожать совместно с выбранным ей лицом в системе страховой медицины, после соблюдения небольших формальностей.

В рамках санитарно-просветительной работы акушерками акушерско-гинекологического стационара ГУЗ «Городская клиническая больница святого апостола Андрея Первозванного» был разработан и распространен информационный материал на тему «Партнерские роды», «Немедикаментозное обезболивание в родах», «Диспансерное наблюдение будущих мам».

Выводы. Проведя исследование на тему «Партнерские роды – польза родителям или модная тенденция?», можно сделать вывод, что партнерские роды остаются индивидуальным подходом для каждой женщины! Решение не должно приниматься спонтанно, к нему необходимо подходить осознанно и ответственно. Однако, бесспорно, что присутствие на родах помощника снижает эмоциональную напряженность женщины, уменьшает страх, создает в родильном зале «домашнюю» обстановку, что улучшает самочувствие большинства женщин, как в физическом, так и в психоэмоциональном плане.

Филиппова С.И., Бугеро С.С., Митюшкина О.Н., Трунова А.А.

Профессиональная адаптация молодых специалистов в медицине

ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»

Вопрос организации профессиональной адаптации выпускников учебных заведений среднего профессионального образования в системе здравоохранения является весьма актуальным.

Рассматривая адаптацию как процесс вживания в работающий коллектив, можно сказать, что адаптация – это взаимное приспособление работника и организации, основывающееся на постепенной вработываемости сотрудника в новых профессиональных, социальных и организационно-экономических условиях труда. Эффективное социальное партнерство позволяет поднять качество профессионального образования за счет совместного выявления потенциальных рабочих мест для специалистов со средним профессиональным образованием, анализа квалифицированных требований и требований к специалистам со стороны работодателей.

В медицинском колледже им. А.Л. Поленова УлГУ ведется системная работа по подготовке к адаптации выпускников к профессиональной деятельности.

Целью исследования является изучение роли адаптации в подготовке к успешной медицинской деятельности выпускников колледжа в лечебно-профилактических учреждениях.

Задачи исследования: изучить особенности подготовки к социальной адаптации, выявить проблемы и методы оказания поддержки молодых специалистов, оценить потребности и интересы выпускников при выборе своей дальнейшей медицинской деятельности в ЛПУ.

В качестве методов исследования были использованы: индивидуальные и коллективные беседы, анкетирование, конференции на базе проектной деятельности, оценка перспектив обучающихся. В исследовательской работе приняли участие 150 студентов медицинского колледжа им. А.Л. Поленова.

В процессе исследования была организована защита проектов по тематике организации будущей деятельности и областная студенческая профориентационная конференция «Особенности социальной адаптации выпускников в современных условиях», на которой присутствовали преподаватели и студенты, а также главные специалисты лечебных учреждений города. Основной целью конференции было определено развитие специальных способностей, лежащих в основе медицинской деятельности среднего медицинского работника.

Результаты анкетирования выявили, что желание работать в городской больнице и на станции медицинской помощи есть у 80% опрошенных, мечтают работать фельдшером 60%. Опыт адаптации в коллективе у некоторых студентов имеется – и в медицине это 30%. Для 50% респондентов главными, кто оценит их работу, признаны пациенты. Видят необходимость в повышении квалификации 75%, ожидают от этого процесса повышения доходов 70%, повышение профессионального статуса – 80%. Планируют связать свою жизнь только с медициной 80%. Самыми важными ценностями у выпускников являются интерес к работе (40%), удобный график работы (52%), социальная значимость профессии (50%). Ожидают следующие трудности от адаптации: сложность применения знаний в ходе работы – 50 % и отсутствие наставника – 75%. Видят пути преодоления трудностей в наличии наставника 80% и поддержке коллектива – 30%.

В ходе индивидуальных и коллективных бесед студенты колледжа находят темы, касающиеся социальной адаптации выпускников, достаточно актуальными, вопросы социальной адаптации особенно интересны. По их мнению, в новой среде молодым специалистам трудно привыкнуть к иной обстановке, особенно когда собираются сотрудники с большим опытом и стажем, что формирует комплекс неуверенности в себе. В больнице уже сам от-

вечаешь не только за себя, но и за жизнь и здоровье пациента. Основной путь решения этой проблемы – формирование умения профессионального общения. Очень поддержало студентов присутствие и слова поддержки руководителей – главных медицинских сестер ЛПУ, вселило веру в свои силы, возможность почувствовать востребованность работодателями, что их поддержат, помогут в работе, и адаптация в профессиональной деятельности пройдет быстро и легко.

Результаты исследования позволяют сделать следующие выводы: уровень знаний о процессе адаптации в студенческом коллективе удовлетворительный. Не все психологически готовы к трудностям в будущей работе. Многие имеют завышенные требования к оплате труда. Необходимо:

- уделять больше внимания подготовке к социальной адаптации студентов, усилить социальное партнерство медицинского колледжа с ЛПУ;
- в ходе различного вида практик персонально подходить к выбору своей будущей медицинской деятельности;
- осуществлять тесное сотрудничество с главными медсестрами ЛПУ;
- организовывать различные воспитательные мероприятия с приглашением работодателей, где студенты смогут узнать об условиях своей будущей работы, улучшить эмоционально-психологический настрой при выборе будущей медицинской деятельности.

Филиппова С.И., Бугеро С.С., Атласова И.В.

История медицинского колледжа имени А.Л. Поленова ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет» – 155 лет

ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»

Медицинский колледж имени А.Л. Поленова ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет» является одним из старейших учебных заведений России. Свою историю он ведет с середины XIX века.

15 августа 1869 года по инициативе земских врачей при Симбирской губернской земской больнице была открыта фельдшерская школа. Дирек-

тором школы был назначен старший врач Симбирской губернской больницы Николай Фомич Фененко. Преподавателями стали ординаторы и врачи больницы, учителя духовной семинарии, священник больничной церкви. В июне 1872 года состоялся первый выпуск.

В 1905 году было открыто отделение повивальных бабок (акушеров) второго разряда и школа стала фельдшерско-акушерской. В 1911 году школа превратилась в перворазрядную, в школе обучалось ежегодно более 100 учащихся. В 1911 году старшим врачом Симбирской больницы был избран доктор медицины А.Л. Поленов, который также стал директором фельдшерско-акушерской школы и проработал в Симбирске более трех лет, под его руководством был создан высококвалифицированный коллектив.

После гражданской войны 1921 года создается объединённая медицинская школа под руководством Федора Григорьевича Анисимова, имеющего два высших образования, участника трех войн. В 1923 году учебное заведение получило названия Акушерского техникума, а с 1926 года стало именоваться медицинским техникумом. Здесь готовили акушеров, медицинских сестер по охране материнства и детства.

С каждым годом улучшалось материальное обеспечение учебного процесса, росло количество выпускников. Например, в 1924 году были выпущены всего 27 акушеров, а в 1938 году были выпущены 332 фельдшера и акушерки.

С началом Великой Отечественной войны Ульяновск становится крупным тыловым городом, который принимает активное участие в обеспечении фронта. 5 сентября 1941 г. состоялся первый досрочный выпуск юношей – фельдшеров, которых направили под Москву. Как и вся страна, наш колледж достойно выдержал испытание войной и внёс свой вклад в общую победу.

В 1955 году школа было реорганизована в медицинское училище, которое стало готовить выпускников по 6 специальностям: фельдшеры, санитарные фельдшеры, зубные техники, зубные врачи, медсестры и акушерки. В 1995 году училище было преобразовано в Ульяновский базовый медицинский колледж. В декабре 2004 года колледж вошел в состав университетского комплекса УлГУ, который возглавлял директор, Заслуженный работник высшей школы РФ, академик РАЕН, кавалер ордена Пирогова Н.И., кавалер медали ордена «За заслуги перед Отечеством» 2 степени, доктор медицинских наук, профессор Мидленко Владимир Ильич.

В 2019 году медицинский колледж получил имя Андрея Львовича Поленова. Сегодня Медицинский колледж имени А.Л. Поленова ИМЭиФК Ульяновского государственного университета возглавляет директор – кандидат медицинских наук, доцент, врач уролог детской областной больницы, Филиппова Светлана Ивановна.

Среди преподавателей колледжа полковник медицинской службы в отставке, участник боевых действий, кавалер орденов за военные заслуги, отличник здравоохранения СССР, также почетные работники среднего профессионального образования РФ, отличники здравоохранения РФ, кандидаты медицинских наук, члены Региональной Ассоциации медицинских сестер, Ветераны труда.

Выпускники колледжа успешно работают в лечебно-профилактических учреждениях нашего региона и далеко за его пределами. Главное достижение учебного заведения – прекрасно подготовленные специалисты, востребованные и конкурентоспособные.

Васильева Т.А., Сизова Ю.А.

Роль медицинской сестры при эндопротезировании тазобедренных суставов

ГУЗ «Ульяновский областной клинический центр специализированных видов медицинской помощи имени заслуженного врача России Е.М. Чучкалова»

Актуальность. В последние годы эндопротезирование является одним из ведущих методов оперативного лечения болезней опорно-двигательного аппарата. Целью эндопротезирования является уменьшение болевого синдрома, восстановление функции сустава и возвращение пациента к активному образу жизни.

Цель исследования – определение роли сестринского персонала при оказании помощи пациентам с заболеванием тазобедренного сустава.

За 2023 год в отделении выполнено 987 оперативных вмешательств, из них 105 операций проведено по поводу эндопротезирования тазобедренных суставов. Выполнение современных высокотехнологичных операций диктует необходимость совместной работы в одной команде врачей и меди-

цинских сестёр. В травматологическом отделении № 1 работают 10 медицинских сестёр, из них 50% имеют высшую квалификационную категорию. В состав отделения входит операционно-перевязочный блок. Оперативное лечение оказывается в плановом порядке, пациенты поступают полностью обследованы, с установленным диагнозом. В отделении палатная медсестра проводит беседу о соблюдении лечебно-охранительного режима, наличии сопутствующих заболеваний и правилах подготовки к операции, при этом акцентирует внимание пациента на важность приёма воды в объеме двух-трёх литров в сутки, с целью профилактики развития тромбоза.

Кроме того, утром медсестра проводит эластичное бинтование нижних конечностей или надеваются компрессионные чулки, с целью профилактики развития тромбоза.

Доставка пациента в операционную проводится медсестрой на каталке.

В послеоперационном периоде осуществляется контроль за жизненно важными показателями: сердечным ритмом, артериальным давлением, пульсом, дыханием, температурой тела, а также за сосудистым (кровоток) и неврологическим (функционирование нервов) состоянием нижних конечностей пациента. Палатная медицинская сестра регистрирует в листе сестринского наблюдения мероприятия по уходу за периферическими, подключичными катетерами (при их наличии); по контролю состояния повязок и дренажных систем (оценивается объем и темп кровотечения); по контролю соблюдения питьевого режима – до 2-х литров воды ежедневно (по 1 стакану в час); по контролю профилактики вывихов эндопротезов (наличие валика между ног). Первая перевязка после операции проводится в палате, индивидуальной укладкой. По результатам контрольного рентгенологического снимка, начинается ранняя реабилитация. Важно начать реабилитационные мероприятия практически сразу, чтобы организм пациента плавно вошел в ритм нагрузок и достижения полной двигательной активности. К ранней реабилитации относится присаживание, сидение и вставание с постели, хождение с дополнительными средствами опоры без нагрузки на оперируемую конечность, начиная со второго дня после операции. Первые занятия с пациентом проводятся лечащим врачом в присутствии медицинской сестры.

Основными задачами медицинских сестер в травматологии являются: обеспечение комфорта и безопасности пациента, контроль за состоянием организма пациента, выполнение предписанных медицинских процедур, оказание неотложной помощи в случае осложнений или обострения состояния.

За период проведения данного вида оперативных вмешательств, у пациентов не было зарегистрировано случаев выявления инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи. Такие показатели работы обусловлены соблюдением медицинскими сёстрами санитарно-эпидемиологических требований по профилактике инфекционных болезней.

Заключение: индивидуальный подход к каждому пациенту, ответственность за свои действия, соблюдение правил асептики и антисептики, профессионализм, этичность и конфиденциальность – вот те принципы, по которым можно оценить работу медицинских сестёр травматологического отделения № 1.

Козырев П.М., Ерошкина Т.В.

Особенности выездной паллиативной медицинской помощи взрослым в сельской местности Инзенского района Ульяновской области

ГУЗ «Инзенская районная больница»

Выездная паллиативная медицинская помощь является наиболее экономически доступной формой оказания медицинской помощи пациентам при таких заболеваниях и состояниях, как онкология, хронические болезни в терминальной стадии, травмы с необратимыми последствиями (при которых больной нуждается в постоянном медицинском уходе), дегенеративные болезни нервной системы на завершающих стадиях, деменции в терминальной стадии.

Часто случается так, что родственники не готовы или не умеют ухаживать за паллиативными пациентами, а альтернатива в виде больничной паллиативной койки лишает человека возможности с достоинством и комфортом провести последние недели или месяцы. Поэтому очень важны выездные паллиативные бригады – они приезжают к пациенту домой, работают с ним и его семьей. Основными направлениями при оказании комплексной паллиативной помощи инкурабельным пациентам являются не только уменьшение страданий пациентов, но и адекватная психологическая помощь, социальная поддержка, общение с родственниками, позволяющие подготовить членов семьи к неизбежному финалу.

Мультипрофессиональный подход и необходимость значительного расширения функций выездной паллиативной медицинской помощи в сельской местности – духовная и социальная поддержка семьи больного человека.

В Инзенском районе существуют определенные сложности в доступности выездной паллиативной медицинской помощи – это значительные расстояния между населенными пунктами, трудности в организации проведения необходимых обследований, консультаций специалистов. Кроме того, существуют возрастные особенности: более 40% жителей Инзенского района представлены возрастной группой старше 60 лет, что определяет их маломобильность, а также присутствие хронических заболеваний, чаще по нескольким нозологиям.

С целью качественного решения задач паллиативной помощи были подготовлены и привлечены к работе волонтеры. За январь-февраль 2024 года взяты под наблюдение 20 человек. Пациентам проводились необходимые обследования, назначалось симптоматическое лечение, проводилось обучение родственников уходу за больным в семье. Кроме того, проводилась информационно-разъяснительная работа, что способствовало улучшению качества жизни пациентов.

Выводы. Организация выездной паллиативной медицинской помощи на территории Инзенского района показала высокую востребованность в данном виде медицинской помощи. Повышение доступности оказания медицинской помощи является важной составляющей национального проекта «Здравоохранение».

Покровская Л.М., Ключева Т.А., Туманян Н.Р., Топорова С.Г.

**Роль медицинской сестры в проведении
электрокардиографических исследований
в ГУЗ «Областной кардиологический диспансер»**

ГУЗ «Областной кардиологический диспансер»

Заболевания сердечно-сосудистой системы занимают одно из первых мест в структуре причин смертности населения в большинстве стран мира, в

том числе в России. Основными симптомами пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы являются боли в области сердца, ощущение сердцебиения и перебоев в работе сердца, головная боль и головокружение, одышка, отеки, психологические проблемы и др. Иногда они протекают скрыто – до тех пор, пока болезнь не приводит к состоянию, угрожающему жизни.

Цель исследования – определение роли медицинской сестры в проведении диагностических исследований, своевременной диагностики и правильной оценки ситуации для оказания неотложной медицинской помощи и дальнейшего лечения.

Материалы и методы. ГУЗ «Областной кардиологический диспансер» имеет отделение функциональной диагностики, в состав которого входят 2 кабинета ЭКГ.

Электрокардиография (ЭКГ) – это обследование сердца с целью диагностики возможных заболеваний и отклонений в его работе. Одним из основных методов диагностики является электрокардиограмма (ЭКГ). Запись проводится с помощью аппаратов: электрокардиограф «ЭК12Т-01- «Р-Д» /260», электрокардиограф ЭК 3Т-01- «Р-Д» /1, электрокардиограф SchillerAT 101, электрокардиограф SchillerAT 102.

В отделении 100% медицинских сестер имеют высшую квалификационную категорию по специальности «Функциональная диагностика».

Ежегодно в отделение функциональной диагностики средним медицинским персоналом выполняются ЭКГ исследования: в поликлинике – 22 857, в дневном стационаре – 2 184, в круглосуточном стационаре – 6 620.

Медицинская сестра ориентируется в результатах исследований и принимает решение о тактике ведения пациента в отсутствие врача. Так, нередко именно медицинская сестра кабинета ЭКГ первой заподозрит наличие у больного инфаркт миокарда, опасные для жизни нарушения ритма сердца и проводимости. Она четко знает свои действия в этой ситуации.

Поэтому помимо регистрации стандартной ЭКГ она: владеет дополнительными методиками регистрации ЭКГ, выявляет артефакты и устраняет их, рассчитывает зубцы и интервалы, определяет ритм и его частоту, диагностирует изменения ЭКГ, определяет особенности регистрации при патологии на ЭКГ, определяет диагностику острых нарушений.

Выводы. Электрокардиография – ценный инструмент диагностики. Позволяет получить данные о ритме сердца, регулярности сокращений, их частоте.

Современная медицинская сестра функциональной диагностики – высококвалифицированный специалист, обладающий необходимыми знаниями и умениями, от которых зависит дальнейшая интерпретация диагноза и назначение лечения.

Токунова Ю.А., Ульянова О.И.

В ногу со временем – применение палатной сигнализации в кардиологическом отделении для больных с острым коронарным синдромом

ГУЗ «Центральная клиническая медико-санитарная часть имени заслуженного врача
России В.А. Егорова»

Актуальность. В отделениях, где лечатся пациенты с острой сердечно-сосудистой патологией, каждая секунда имеет значение, от скорости реакции и своевременности оказания помощи зависит жизнь человека. Системы палатной сигнализации в настоящее время представляют собой мощные коммуникационные системы, относящиеся к классу систем безопасности. Мгновенные уведомления о вызовах или изменениях состояния пациента позволяют медицинскому персоналу оперативно реагировать на экстренные ситуации, уменьшая время отклика и повышая шансы на успешное лечение.

Цель – оценить пользу палатной сигнализации в оптимизации труда медицинской сестры.

Кардиологическое отделение для больных с острым коронарным синдромом развернуто на 30 коек, где оказывают экстренную медицинскую помощь пациентам с острой сердечно-сосудистой патологией. Пациенты поступают в экстренном порядке, часто в тяжелом состоянии, и должны находиться под постоянным контролем сестринского персонала. За 2023 год лечение в отделении получили 1 681 человек, из них с инфарктом миокар-

да – 694 человек, с нестабильной стенокардией – 595, остальные патологии (гипертоническая болезнь и фибрилляция предсердий) – у 392 человек.

Для оптимизации работы медицинской сестры и улучшения качества оказания медицинской помощи в 2021 г. в отделении была установлена система палатной сигнализации ВУЗ-311, состоящая из: акустической сигнализации – звуковой сигнал, предупреждающий медицинский персонал о запросе пациента (выводится на табло номер палаты, откуда поступает сигнал), голосового режима (двухсторонняя голосовая связь), предназначенного для обеспечения переговоров между пациентом и медицинской сестрой, а также между медицинской сестрой и пациентом, кнопки вызова, установленной во всех палатах у каждой кровати.

Система палатной сигнализации служит для вызова, привлечения внимания, оперативного информирования медицинского персонала, а также для передачи дополнительной информации. Теперь больному достаточно нажать на кнопку, чтобы позвать на помощь, и в скором времени в палату войдет медицинская сестра. В отделениях для тяжелых больных, конечно же, важна надежная и удобная связь между пациентом и медицинским персоналом, также это влияет и на оперативность оказания медицинской помощи. Между пациентом и медицинской сестрой есть и обратная связь, когда медицинская сестра может дистанционно связаться с пациентом и пригласить его на процедуры или исследования, а также предупредить об обходе врача.

Проведя хронометраж рабочего времени медицинской сестры до внедрения палатной сигнализации и после, мы увидели, что после внедрения произошла оптимизация трудовых затрат медицинской сестры. На 15% сократилось время, которое медицинская сестра в течение всей рабочей смены тратила на передвижение между палатами и постом, чтобы сообщить пациенту информацию, позвать на процедуры, исследования, проверить, не закончилось ли внутривенно-капельное вливание и т.д. Таким образом, увеличилась доля свободного времени на оказание помощи пациентам, оформление медицинской документации, что в свою очередь положительно отразилось на качестве. Существует правило «золотого часа»: если оказать квалифицированную медицинскую помощь в течение часа, то значительно снижается риск возникновения осложнений. Именно в это время организм работает на максимум, стараясь поддерживать стабильное состояние.

Выводы. Система палатной сигнализации – это современное инновационное решение, предназначенное для удобства пациентов и медицинского персонала. Использование палатной сигнализации в несколько раз увеличило оперативность реагирования медицинской сестры, сократило время на хождение по палатам, а также сделало пребывание пациентов в отделении значительно комфортнее.

Толчкова С.В., Суворова О.Ю.

Преимущества видеоконтролируемого лечения больных туберкулёзом в амбулаторных условиях

ГКУЗ «Областной клинический противотуберкулезный диспансер
имени С.Д. Грязнова»

Актуальность. Учитывая, что эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в Ульяновской области остается напряженной, к началу 2024 года отмечается тенденция к увеличению заболеваемости туберкулезом на 15,7% по сравнению с 2022 годом. Данный вид контроля позволяет повысить приверженность пациента к лечению в условиях ограниченных ресурсов и повысить эффективность лечения.

Цель – анализ возможностей видеоконтролируемой терапии, как одного из направлений эффективного специфического лечения.

Материалы и методы: изучение эффективности видеоконтролируемого лечения и систематизация полученных данных проведены на базе амбулаторного отделения № 2 ГКУЗ «Областной клинический противотуберкулезный диспансер имени С.Д. Грязнова».

Современной трансформацией амбулаторного лечения является видео-контролируемое лечение, при котором пациент, используя различные телекоммуникационные возможности, принимает противотуберкулезные препараты под контролем медицинского персонала, не посещая диспансер. В настоящее время видеоконтролируемое лечение больных с туберкулезной инфекцией становится приоритетной организационной формой лечебного процесса.

Оно имеет такие преимущества, как: соблюдение принципов лечения при продолжительной терапии; пациентоориентированный подход к оказанию противотуберкулёзной помощи; увеличение числа завершённых наблюдений; повышение ответственности пациента за терапию; формирование и поддержка приверженности к лечению; не допускается пропуск приема лекарственных препаратов, если пациент чувствует ухудшение состояния; соблюдается временной интервал между приемами препаратов.

Кроме этого, улучшается доступность для пациентов с ограниченными возможностями, появляется возможность реализации данного подхода лечения в отдаленных районах области, осуществляется контроль вечернего приема доз ПТП, не только в будни, но и в выходные и праздничные дни – таким образом проявляется экономичность лечебного процесса без утраты его качества для пациента.

Проанализированы материалы: медицинские карты пациентов, получающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, контролируемые карты диспансерного наблюдения (учётная форма №030/у) и карта лечения (форма №502-ТБ/у). Проведён анализ медицинской документации пациентов.

Результаты: в 2023 году посредством видеоконтролируемого лечения проведено оздоровление 110 детей с латентной туберкулёзной инфекцией в амбулаторном отделении № 2. Из них 84 пациента завершили лечение по фазе продолжения с эффективным результатом лечения. В настоящее время видеолечение проходят 42 ребёнка, из них 11 пациентов проживают в селе и 36 – в г. Ульяновске. Если сравнить результаты 2022 г. и 2023 г., то у пациентов, находящихся на видеоконтролируемой терапии, наблюдается рост числа случаев с эффективным результатом лечения, уменьшение отказов от приёма противотуберкулёзных препаратов, снижение чувствительности к аллергенам.

Заключение: в амбулаторных условиях видеоконтролируемое лечение больных туберкулёзом является важной частью оказания противотуберкулёзной помощи и позволяет в полной мере реализовать все современные требования к лечению и ведению больных туберкулёзом. Такой подход позволяет максимально устранить барьеры для полного завершения курса лечения противотуберкулёзными препаратами и полного излечения пациента от туберкулёза. Дистанционную медицинскую услугу могут получать пациенты по фазе продолжения, когда его жизни и здоровью ничего не угрожает. Медицинский работник, общаясь с пациентом, получает сведения о возни-

кающих при лечении проблемах, о переносимости противотуберкулёзных препаратов, отношение к лечению выявляет визуально.

Филиппова С.И., Атласова И.В., Бахитова А.Р.

Пути совершенствования медико-социальной помощи инкурабельным больным и членам их семей на дому как неотъемлемая часть повышения качества жизни

ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»

Актуальность. Проблема качества жизни инкурабельных больных имеет свои особенности. Поддержание качества их жизни является основной и, пожалуй, единственной выполнимой задачей оказания медико-социальной помощи данной категории пациентов. Повышая качество жизни больному, мы тем самым улучшаем качество жизни здоровых членов семей, родственников, друзей, окружающих больного, то есть целой группе людей, подчас довольно многочисленной.

Обобщив и проанализировав специальную литературу, можно увидеть, что сестринский персонал играет ключевую роль при оказании помощи инкурабельным больным и их семьям. Исследования проводились в 11 семьях г. Ульяновска, имеющих инкурабельных больных с различной патологией.

Цель исследования – пути совершенствования медико-социальной помощи инкурабельным больным и членам их семей на дому.

Задачи: изучить мнение членов семей, имеющих инкурабельных больных, о необходимости организации «Школы по уходу за инкурабельными пациентами»; оценить мнение членов семей о предлагаемых видах обучения в данных школах; выяснить тематическую направленность данных занятий.

Методы исследования: сбор информации с помощью обработки медико-социальных досье семьи; изучение качества жизни инкурабельных больных на дому в виде интервьюирования.

На первом этапе мы выяснили, насколько самим больным необходимы

знания по самоуходу, а члены семей, осуществляющие уход, осведомлены о его методах и правилах. Необходимо ли им обучение по данным направлениям в организованной «Школе по уходу за инкурабельными больными» (на дому или на базе учебных кабинетов Медицинского колледжа им. А.Л. Поленова УлГУ). Выяснилось, что все 11 (100%) семей нуждаются в получении дополнительной информации по уходу за онкологическими инкурабельными больными. Те больные, которые в состоянии частично себя обслуживать (9 семей – 81%), изъявили желание получить помощь от медицинской сестры по интересующим их вопросам.

Второй этап выявил мнение членов семей о дополнительной информации по уходу. В ходе опроса выяснилось, что 6 семей (54%) желают получить информацию комбинированным способом. Предпочтение получению знаний по уходу в учебном кабинете отдали 9 семей (81%). Получать помощь по вопросам ухода и самоухода только в домашних условиях пожелали 2 семьи (19%), в связи с невозможностью оставить тяжелобольного на попечение другого лица.

Для эффективного обучения пациентов и их родственников появилась необходимость обучения семей в виде «Школы по уходу за инкурабельными пациентами». В результате исследования выяснилось, что приоритетной проблемой для больных является боль – 11 семей (100%) отметили, что хотят получить дополнительные знания по методам медикаментозного и немедикаментозного обезболивания. В психологической помощи нуждаются 3 семьи (27%). Респонденты считают необходимым получить навыки по соблюдению личной гигиены пациента – это отметили 2 семьи (19%); контроль за физическим состоянием больного – 11 семей (100%); питание и кормление тяжелобольных и помощь, необходимую при физиологических отправлениях – 2 семьи (19%).

Выводы: 1. Вышеописанные результаты показывают, что большинству членов семей, онкологических инкурабельных больных, для улучшения качества жизни, необходима помощь медицинской сестры, по уходу на дому. 2. В информации по уходу нуждаются 100% опрошенных семей, помощь медсестры по уходу необходима 100% респондентов. 3. Получать информацию по уходу на дому комбинированным способом пожелали 54% респондентов. 4. Вопросы обезболивания волнуют 100% опрошенных семей, психологическая помощь необходима 27% респондентов.

Четкасова Д.С., Каргина Н.В., Иванова И.С.

Виртуальная колоноскопия – скрининговый метод выявления патологии толстого кишечника

ГУЗ «Городская поликлиника № 5»

Актуальность. Колоректальный рак является одним из самых распространенных форм злокачественных образований. Раннее выявление патологии кишечника (путем проведения эндоскопической колоноскопии) ведет к снижению смертности среди населения. Однако данный метод исследования может не проводиться по многим причинам, в том числе из-за отказа пациента. В связи с этим, в практику врача внедрен лучевой метод исследования толстого кишечника – виртуальная колоноскопия. Основным недостатком данного вида исследования является невозможность взятия биопсийного материала при выявленных образованиях. При этом следует отметить, что частота незавершенной виртуальной колоноскопии достоверно ниже, чем при проведении эндоскопической колоноскопии, а также данный метод исследования имеет очень низкий риск перфорации и инфицирования толстого кишечника. Процедуру виртуальной колоноскопии осуществляет средний медицинский персонал, исследование проводится с минимальными болевыми ощущениями. В дальнейшем полученные рентгенологические изображения интерпретирует врач-рентгенолог. Для получения качественных рентген-сканов лаборант тщательно объясняет пациенту правила подготовки к проведению виртуальной колоноскопии. При соблюдении всех рекомендаций пациентом перед процедурой и выполнении рентгенлаборантом всех этапов проведения данного исследования чувствительность метода в выявлении патологии кишечника увеличивается.

Целью данного исследования явилось определение достоверности результатов виртуального исследования толстого кишечника проведением дальнейшей эндоскопической колоноскопии.

Материалы и методы исследования. В исследование включены 84 пациента (34 мужчины, 50 женщин), имеющих абдоминальный болевой синдром, либо положительный результат анализа кала на скрытую кровь. Средний возраст пациентов составил $52 \pm 5,4$ лет, вес $76 \pm 6,3$ кг. Виртуальная колоноскопия проводилась на компьютерном томографе «Siemens».

В течение 7 дней после виртуальной колоноскопии всем пациентам проведена эндоскопическая колоноскопия.

Результаты. По результатам проведенной виртуальной колоноскопии можно сказать, что у 8% (n = 10) пациентов заболевания толстого кишечника не выявлена. При этом у 92% (n = 74) больных выявлена следующая патология: удлинение петель толстого кишечника (долихосигма, долихоколон, долихотрансверзум), недостаточность баугиниевой заслонки, дивертикулы и полипы толстого кишечника, язвенный колит, подозрение на колоректальный рак. Обращает на себя внимание, что выявленная патология у включенных в исследование пациентов могла сочетаться.

Далее проведено эндоскопическое исследование толстого кишечника, которое в 100% случаев подтвердило патологию, выявленную при виртуальной колоноскопии.

Выводы. Исходя из полученных результатов, можно сделать вывод, что правильная подготовка пациентов к виртуальной колоноскопии, несомненно, является достоверным скрининговым методом диагностики заболеваний толстого кишечника и более щадящим методом исследования.

Шайхутдинова Р.К., Артимовичус Е.Н., Шакишина А.Н.

Особенности работы среднего медицинского персонала травматолого-ортопедического отделения № 2

ГУЗ «Ульяновский областной клинический центр специализированных видов
медицинской помощи имени заслуженного врача России Е.М. Чучкалова»

Активное участие кисти в нашей жизни ведет к её частым травмам. И так как кисть постоянно, каждую секунду, используется нами как «живой» инструмент, нарушение её функционирования приносит человеку большой дискомфорт.

Актуальность исследования. Кисть как орган, участвующий в трудовой деятельности человека, наиболее часто подвергается травматическим повреждениям на производстве и в быту, повреждение кисти составляет 39%–46% всех травм опорно-двигательного аппарата. При несвоевремен-

ной диагностике и неадекватном лечении при этой патологии нередко наступает стойкое снижение трудоспособности и даже снижение бытовой адаптации. Хирургия кисти – это отдельный раздел реконструктивной и пластической хирургии, которая занимается восстановлением поврежденных структур кисти (сухожилий, костей, нервов, сосудов), а также лечением различных заболеваний кисти.

Травматолого-ортопедическое отделение № 2 основано в 1991 году, является единственным отделением, которое оказывает экстренную и плановую специализированную медицинскую помощь пациентам с травмами и заболеваниями кисти, а также с травмами опорно-двигательного аппарата. Отделение рассчитано на 41 койку, работает 11 медицинских сестер. Особенности работы сестринского персонала заключаются в качественном, эффективном и безопасном уходе за пациентами, правильной подготовке к операции, создании комфортной среды пребывания, тщательном послеоперационном уходе, а также снижении психоэмоционального напряжения в связи с невозможностью полноценного функционирования руками и самообслуживания.

Цель исследования – оценка удовлетворенности сестринской помощью и потребности пациентов при нахождении на лечении в травматолого-ортопедическом отделении № 2.

Методы исследования: статистические данные, анкетирование пациентов, анализ полученной информации.

Результаты: в процессе исследования выявлено, что за 2023 год пролечены 1 286 пациентов, из них прооперированы 1 234 человека, что составляет 93,4% хирургической активности. Из прооперированных пациентов 743 человека (60,2%) – в экстренном порядке, 491 человек (39,8%) – плановые. 57,7% от всех пролеченных патологий приходится на заболевания и травмы кисти.

С целью оценки удовлетворенности сестринской помощью и выявления потребностей пациентов, проведено анкетирование. В анкетировании участвовали 53 респондента, из них 60,4% – мужчины и 39,6% – женщины, причем более высокий травматизм у мужчин молодого возраста. При поступлении более 50% пациентов испытывали боль, самая высокая шкала боли в послеоперационном периоде, при выписке только у 11% респондентов отмечалась незначительная боль. Адекватное обезболи-

вание проводилось нестероидными противовоспалительными препаратами, если боль не купировалась, то врач назначал опиоидные препараты или другие наркотические средства. Пациентам в основном требовалось обезболивание 1 раз в день, в послеоперационный период 2 раза в день.

В большинстве ответов пациент испытывал трудности при самообслуживании в послеоперационном периоде. На вопрос об оценке работы медицинских сестер отделения выявлено, что качеством работы среднего медперсонала пациенты удовлетворены и выделяют такие качества, как профессионализм, компетентность, доброта и сострадание.

Выводы: с целью улучшения качества оказания сестринской помощи в отделении на постоянной основе проводятся занятия по профессиональной подготовке и повышению квалификации, прорабатываются вопросы этики и деонтологии, а также отрабатываются практические навыки. По мнению 97% респондентов, работа медицинских сестер играет огромную роль в формировании положительного психоэмоционального климата, комфортной среды и настроения пациентов на дальнейшую адаптацию после полученных травм.

Ширманова Н.О., Сосина Л.А.

Физиотерапия при травмах у спортсменов

ГУЗ «Областной врачебно-физкультурный диспансер»

Физиотерапия представляет собой сферу медицины, которая изучает воздействие на организм различных естественных и природных факторов. Актуальность исследования выбранной темы определяется распространенностью и перманентной применимостью данного вида медицинской реабилитации. В качестве лечебного метода физиотерапия стала набирать популярность в середине 20-го века и продолжает активно использоваться вплоть до текущего момента.

Цель исследования – обосновать необходимость применения физиотерапии в спортивной медицине. В числе методов исследования, использованных при подготовке данной статьи, описание и классификация.

В результате исследования определено одно из приоритетных направлений физиотерапии – восстановление после травм. В спортивной медицине методы физиотерапии предложены для практического применения как средство коррекции факторов, лимитирующих спортивный результат, восстановления спортивных качеств. Кроме того, применяемые физиотерапевтические методы помогают снизить фармакологическую нагрузку на организм пациента. Физиотерапия обладает широким диапазоном лечебных и профилактических эффектов, имеет гомеостатический характер действия, отличается хорошей совместимостью с другими лечебными средствами, доступностью, экономичностью.

В продолжение дискуссии важно отметить, что в рамках этого направления терапии осуществляются: лечение заболеваний и травм, подготовка спортсменов к соревнованиям, реабилитация после повреждений и травм суставов и связок.

Кроме того, физическая терапия может выступать и в роли профилактического средства для снижения риска возникновения заболеваний. Одним из преимуществ физиотерапии является то, что она не предполагает применения лекарственных препаратов и хирургии – при проведении процедур используется воздействие электрическим током, магнитным полем, ультразвуком.

Физические факторы, применяемые спортсменами с восстановительными и/или лечебными целями, являются для них дополнительной нагрузкой. Физические факторы оказывают активное воздействие на организм. Они могут не только снизить утомление, ускорить восстановительные процессы, повысить устойчивость к физическим нагрузкам, но и привести к уменьшению резервных возможностей организма, снижению его спортивной работоспособности, вызвать обострение патологического процесса. Именно поэтому при назначении восстановительных мероприятий на любом тренировочном этапе необходимо учитывать степень утомления спортсмена и рассчитывать общую нагрузку с учетом этого фактора.

В спортивной медицине сроки возобновления тренировок зависят от характера перенесенного заболевания или травмы и, соответственно, будут различными, что будет влиять не только на выбор физических методов лечения, но и на их комбинирование и расстановку.

Реабилитация проходит в разы быстрее благодаря тому, что физическая терапия способствует более эффективной усвояемости медикаментов.

При её осуществлении не провоцируется зависимость от лекарств. Практически все её методы неинвазивны. Программа по реабилитации подбирается с учётом индивидуальных особенностей организма, перенесённых травм и операций, а также задач, которые стоят перед пациентом.

Таким образом, исследуемый метод терапии может и должен быть широко внедрён в медицинскую практику спорта, в том числе использоваться профессионалами и любителями спорта как эффективное, своевременное, индивидуальное, методически точное средство.

Юсупова Е.В., Батяйкина И.В.

Центр здоровья как помощь в реализации здорового образа жизни среди детей и подростков

ГУЗ «Ульяновская областная детская клиническая больница имени политического и общественного деятеля Ю.Ф. Горячева»

Актуальность. В настоящее время очень редко рождаются дети с I группой здоровья, а из школы выходят здоровыми всего 10% выпускников.

Цель – сформировать у детей в раннем возрастном периоде правильное отношение к здоровому образу жизни и рассказать о том, что здоровый образ жизни дает дополнительную возможность гармонично выстраивать отношения в обществе, благодаря чему здоровый человек будет иметь меньше конфликтов с окружающими его людьми.

Национальный проект «Здоровье» был принят 19.08.2009 г. Министерством здравоохранения и социального развития РФ. Его основная программа – формирование здорового образа жизни. Профилактические меры, начатые в детском и подростковом возрасте – важный шаг по направлению к формированию навыков здорового образа жизни.

Методы. Центр здоровья детей осуществляет обучение для создания мотивации к здоровому образу жизни, выявление факторов риска по развитию заболевания, предупреждение и снижение заболеваемости, работу по мотивации отказа от вредных привычек. В дальнейшем динамическое наблюдение за детьми и разработка индивидуальных рекомендаций по со-

хранению здоровья. В Центре здоровья используется оборудование для скрининг-оценки функциональных и адаптивных резервов организма с учетом возрастных особенностей. Определение прогноза состояния здоровья и составление индивидуальной карты здорового образа жизни.

Задачи: расширение общего понимания роли факторов риска, связанных с образом жизни, повышение доступности профилактических услуг для детей и подростков, комплексная оценка состояния здоровья, выявление минимальных и обратимых нарушений состояний здоровья, предоставление аргументов для перехода на последующие уровни профилактики, выделение групп с высоким риском развития заболевания.

Результаты. Центр здоровья осуществляет стационарную и выездную формы работы по формированию здоровому образу жизни в зоне ответственности. Целесообразность осмотров детей в школах обусловлена возможностью проведения осмотров детей без их перемещения, гибким графиком, без нарушения расписания школьных занятий. Фактически, школьный медицинский работник получает от нас инструмент-советчик, в основе которого ежит весь пласт профилактической педиатрии.

За 2023 год осмотрены 4 483 человека, их них: первичных – 4 202 человека, повторных – 281 человек, сельских – 3 679 человек, городских – 804 человека.

Основные профили выявленных функциональных отклонений: ортопедия – 97%, офтальмология – 53%, пульмонология – 40%, стоматология – 48%, эндокринология – 34%, аллергология – 12%.

Это связано со снижением физической активности, постоянным использованием гаджетов, неправильным питанием и малым пребыванием на свежем воздухе.

Выводы. Не вызывает сомнения, что без оценки факторов риска невозможно формировать группы риска, прогнозировать развитие заболевания и выстраивать профилактические программы с учетом индивидуальных особенностей жизни ребенка. Результаты многолетних исследований состояния здоровья детей свидетельствуют о том, что многие виды хронической патологии взрослых стартуют в детском и особенно быстро прогрессируют в школьном возрасте. Поэтому работа нашего Центра направлена на развитие профилактической медицины и формирование у детей и подростков здорового образа жизни.

Ямщикова А.В., Якушкина Е.В., Штенура Я.В.

Организация идентификации личности пациента при диагностических процедурах в ГУЗ «Городская поликлиника № 1 имени С.М. Кирова»

ГУЗ «Городская поликлиника № 1 им. С.М. Кирова»

Актуальность проблемы: идентификация личности пациента является важной частью системы обеспечения безопасности пациента при оказании медицинской помощи. Нами установлено, что идентификация пациента при проведении каждой диагностической манипуляции не алгоритмизирована в медицинских организациях.

Идентификация личности пациента позволяет не допустить ошибок при осмотре пациента, при обследовании, назначении лекарственных препаратов и т.д. Правильная идентификация личности позволяет осуществлять медицинскую помощь конкретному пациенту, а не другому лицу, у которого могут быть такие же фамилия, имя, отчество, и даже год рождения.

Цель исследования: внедрение системы идентификации пациента в ГУЗ «Городская поликлиника №1 им. С.М. Кирова» для обеспечения безопасности пациентов и исключения медицинских ошибок при проведении диагностических процедур.

Задачи исследования:

1. Организация внедрения требований Практических рекомендаций по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в ГУЗ «Городская поликлиника №1 им. С.М. Кирова» по направлению идентификации личности пациента.

2. Разработка алгоритма идентификации личности пациента при проведении диагностических процедур в ГУЗ «Городская поликлиника №1 им. С.М. Кирова».

3. Разработка памятки для пациентов об идентификации личности при оказании медицинской помощи.

Материалы и методы. Для оценки проблемы идентификации личности пациентов в процессе оказания медицинской помощи была изучена нормативно-правовая база, судебная практика по этому вопросу.

Результаты: на основании изучения проблематики идентификации личности пациентов в процессе оказания медицинской помощи установлено, что при каждом обращении за медицинской помощью в поликлинику, по требованию работника пациент обязан предъявить паспорт гражданина Российской Федерации и полис обязательного медицинского страхования.

В ГУЗ «Городская поликлиника № 1 им. С.М. Кирова» был разработан Алгоритм по идентификации личности пациента в диагностическом отделении перед выполнением исследования. Алгоритм включает в себя следующее: 1. Представиться пациенту, назвать свою фамилию, имя, отчество и должность. 2. Попросить паспорт у пациента. 3. Взять направление на диагностическое исследование. 4. Прочитать вслух фамилию, имя, отчество пациента и дату рождения, написанные на направлении и в паспорте. 5. Попросить пациента подтвердить, что эти данные верны. 6. Вернуть паспорт. 7. Спросить у пациента, знает ли он, на какое исследование его направили. 8. Объяснить пациенту, в чем будет заключаться исследование. 9. Выполнить исследование. 10. Уточнить самочувствие пациента после выполнения диагностической процедуры.

Кроме того, разработана памятка для пациентов об идентификации личности.

Вывод: соблюдение простого протокола/алгоритма идентификации личности пациента всеми сотрудниками и при каждом контакте с пациентом, использование не менее 2-х идентификаторов, например, ФИО полностью и года рождения, но никогда – номера палаты, инициалов и т.п. – позволяет снизить число медицинских ошибок из-за проблем с идентификацией личности пациента в процессе оказания медицинской помощи, повысить качество медицинской помощи и обеспечить ее безопасность для пациента.

Раздел 22. Скорая медицинская помощь и медицина катастроф

Золотарёв Д.А., Шаповал А.А.

Оказание скорой медицинской помощи пациентам с бронхиальной астмой

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая станция скорой медицинской помощи»

По данным Национального научно-практического общества скорой медицинской помощи, в Российской Федерации ежегодно частота бронхиальной астмы (БА) составляет 3–5% на каждые 100 тыс. вызовов бригад скорой медицинской помощи (СМП). При этом 10–12% пациентов с БА госпитализируются.

БА представляет собой хроническое, аллергическое воспаление дыхательных путей, приводящее к гиперреактивности бронхов, их обструкции вследствие бронхоконстрикции, отека слизистой и обтурации вязким секретом, клинически проявляющееся респираторными симптомами. Диагноз БА на догоспитальном этапе ставится на основании жалоб на одышку или удушье, появления свистящих хрипов, кашля и их исчезновения спонтанно или после применения бронхоспазмодилаторов. В анамнезе уточняется связь указанных симптомов с факторами риска БА, наличие у больного или его родственников установленной БА или других аллергических заболеваний. При клиническом обследовании выявляют вынужденное положение, участие вспомогательной дыхательной мускулатуры в акте дыхания, сухие хрипы, которые слышны на расстоянии и/или при аускультации над легкими. Обострение БА может протекать в виде острого приступа или затяжного состояния бронхиальной обструкции.

Тактика сотрудника СМП при лечении приступа бронхиальной астмы имеет несколько общих принципов: при осмотре необходимо по клиническим данным оценить степень тяжести обострения, по возможности ограничить контакт с причинно-значимыми аллергенами или пусковыми факторами; по данным анамнеза уточнить, какое лечение проводилось (бронхоспазмолитические препараты, пути введения; дозы и кратность назначения; время последне-

го приема препаратов; получение больным системных кортикостероидов и в каких дозах); исключить осложнения (например, пневмонию, ателектаз, пневмоторакс или пневмомедиастинум); оказать неотложную помощь в зависимости от тяжести приступа; оценить эффект терапии (одышка, ЧСС, АД).

Современное оказание помощи больным при обострении БА означает применение только следующих групп лекарственных средств: **селективные β_2 -агонисты адренорецепторов короткого действия** – сальбутамол, фенотерол; **холинолитические средства** – ипратропиум бромид; комбинированный препарат беродуал (фенотерол + ипратропиум бромид); **глюкокортикоиды, метилксантины** (теофиллин). Основной целью при лечении обострения БА является уменьшение бронхообструкции и обеспечение адекватного газообмена. Терапию во время приступа начинают с ингаляций короткодействующих селективных β_2 -агонистов. Быстрота действия, относительно простой способ использования и небольшое количество побочных эффектов делают ингаляционные β_2 -агонисты препаратом первого ряда для купирования приступа БА.

При нетяжелом обострении БА ингаляций бронхолитиков, как правило, оказывается достаточно; при неэффективности первой ингаляции через небулайзер (первых 2 вдохов аэрозоля) возможна повторная ингаляция бронхолитиков (повторное вдыхание 1–2 доз препарата) через 20 мин (до улучшения состояния или до появления побочных эффектов, обычно не более трёх раз в течение 1 ч). Гормонотерапия необходима при среднетяжелом и тяжелом обострении БА в случае недостаточного эффекта от терапии β -адреномиметиками; при угрозе остановки дыхания; при анамнестических указаниях на необходимость применения глюкокортикоидов для купирования обострения БА.

В современном лечении БА широко используется аэрозольная терапия, что связано с возможностью быстрой доставки препаратов в дыхательные пути, высокой местной активностью ингаляционных средств, неинвазивностью, уменьшением системных побочных эффектов. Использование дозирующих аэрозольных ингаляторов с бронхоспазмолитическими препаратами у детей и нередко у взрослых пациентов затруднено в связи с недостатками ингаляционной техники, возрастными особенностями, тяжестью состояния. Это оказывает влияние на дозу, попадающую в легкие, и, следовательно, снижает ответную реакцию. Преимущества небулайзерной терапии: отсутствие необходимости в координации дыхания с поступлением аэрозоля; возможность использования высоких доз препарата и получе-

ние фармакодинамического ответа за короткий промежуток времени; непрерывная подача лекарственного аэрозоля с мелкодисперсными частицами; быстрое и значительное улучшение состояния вследствие эффективного поступления в бронхи лекарственного вещества; легкая техника ингаляций. Цель небулайзерной терапии состоит в доставке терапевтической дозы препарата в аэрозольной форме непосредственно в бронхи больного и получении фармакодинамического ответа за короткий период времени (5–10 минут). Основные показания к применению небулайзеров на догоспитальном этапе лечения БА: необходимость применения высоких доз препаратов; целенаправленная доставка препарата в дыхательные пути; если имеют место осложнения при применении обычных доз лекарственных средств и высокая частота применения ингаляционных кортикостероидов и других противовоспалительных средств; у детей, особенно первых лет жизни; тяжесть состояния (отсутствие эффективного вдоха); предпочтение больного.

Показаниями для госпитализации больных БА служат: тяжелое обострение астмы; отсутствие ответа на бронходилатационную терапию; больные из группы риска смерти от бронхиальной астмы; угроза остановки дыхания; неблагоприятные бытовые условия. После принятия решения о переводе больного БА в стационар необходимо предусмотреть подготовку транспорта, условия транспортировки и лечебные мероприятия, которые продолжаются в пути (в машине должны быть обеспечены парентеральное введение лекарственных препаратов, санация трахеобронхиального дерева, оксигенотерапия, интубация трахеи, ИВЛ). Иными словами, сотрудники СМП обязаны сделать все, чтобы во время транспортировки минимизировать возникновение угрозы для жизни пациентов.

Колонтай Н.Н., Арапов Д.А., Колесникова М.В.

Анализ обращаемости беременных женщин с поводом «домашние роды» за 2023 год по г. Ульяновску

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая станция скорой медицинской помощи»

Сегодня большинство российских женщин рожают в специально оборудованных для этого роддомах, поскольку лицензирование акушер-

ской деятельности вне медицинских учреждений не осуществляется, из-за чего врачи акушеры-гинекологи и профессиональные акушерки не соглашаются на договорные роды на дому, опасаясь уголовной ответственности.

Имеющиеся различные мировоззренческие установки по-разному оценивают риски женщины в родах. Для одних последователей роды представляют собой потенциально опасное событие, в котором женщине необходимы медицинский контроль и разного рода медицинская помощь. Другие воспринимают их как естественный физиологический процесс, не требующий медицинских вмешательств. На самом деле ситуации бывают разные: например, у женщины могут внезапно отойти воды, и она просто физически не успеет доехать до роддома, ей придется рожать дома, хотя законодательно домашние роды не запрещены, но находятся в так называемой «серой зоне». При прямом запрете такие роженицы оказались бы нарушителями закона, с точки зрения права: с одной стороны, прямого запрета нет, но, с другой, – этот процесс никак не регламентирован в законодательстве. Тем не менее, медицинские работники не имеют права принимать домашние роды (кроме медработников скорой медицинской помощи, прибывших на вызов), что обусловлено отсутствием в России законодательной базы, которая определяла бы правила оказания акушерской помощи вне больничного учреждения.

Вызов на роды, угрозу прерывания беременности являются поводом для вызова скорой медицинской помощи в экстренной форме, они обслуживаются в первую очередь.

По данным информационного комплекса АДИС, за 2022 год зарегистрирован 4 741 вызов по поводу родов и патологии беременности, что составляет 2,4% от общего числа вызовов, госпитализировано 98%, в 2023 году число вызовов по данной категории составило 4 426 или 2,2%, госпитализация составила 98%. Домашние роды в 2022 году зафиксированы в 11 случаях, в 2023 году – в 9 случаях.

Средний возраст рожениц составил 29 лет, в 67% срок беременности составил 39–40 недель, 11% – на сроке 35 недель, 11% – на сроке 36 недель, 11 % – на сроке 37 недель.

В 12% – беременность первая, в 22% – беременность вторая, 44% – третья беременность, 22% пятая беременность. Во время беременности одна пациентка не состояла на учете в женской консультации – 11%. В 22 %

случаев проводилась инфузионная терапия из-за угрозы маточного кровотечения. Гемодинамика во всех случаях оставалась стабильной.

Домашние роды прошли на фоне имеющейся патологии в 4 случаях: 1 – у пациентки с ДЦП, 1 – у пациентки с миопией, 1 – при хроническом пиелонефрите, 1 – после перенесенной аппендэктомии (через 2 дня после выписки из стационара).

Отмечается тревожная тенденция – рожают женщины после 25 лет, при наличии экстрагенитальной патологии, роды в большинстве стремительные. Обращает на себя внимание и снижение общей численности женщин фертильного возраста с 151 734 (в 2022 году) до 147 833 (в 2023 году) с соответствующим снижением численности населения областного центра (г. Ульяновск) с 644 688 человек (в 2022 году) до 634 567 человек (в 2023 году).

Такие тревожные тенденции требуют внимательного и бережного отношения к беременным, взвешенного медицинского участия по отношению к данной категории населения.

Никишин К.Е.

**Причина конфликтов между врачом приемного отделения стационара и фельдшером скорой медицинской помощи.
Доказательство профессиональной значимости сотрудников скорой медицинской помощи**

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая станция скорой медицинской помощи»

Довольно часто возникают конфликтные ситуации между сотрудниками скорой медицинской помощи (СМП) и врачами приемного отделения стационаров из-за неточности постановки диагноза сотрудниками СМП при госпитализации пациента. Некоторые врачи приемного отделения стационара требуют повышенной точности в постановке диагноза, забывая о том, что на догоспитальном этапе врачом (или чаще фельдшером скорой медицинской помощи) ставится предварительный диагноз. К примеру, могут возникать уточняющие вопросы о количестве переломанных рёбер у

госпитализируемого пациента. Сотрудник СМП, не имея рентгеновских данных на этапе госпитализации, может попасть в замешательство. Некоторые врачи настаивают на проведение дифференциальной диагностики при диагнозе «острое нарушение мозгового кровообращения» и «рассеянный склероз» на догоспитальном этапе. На основе данного конфликта формируется мнение среди врачей приемного отделения о незначительности специальности «скорая медицинская помощь».

Цель исследования – рассмотреть причину возникновения конфликтной ситуации в приемном отделении из-за постановки неточного диагноза и определить значимость сотрудников скорой медицинской помощи в сфере здравоохранения.

Материалы и методы исследования. На базе ГУЗ УОКССМП был проведен социологический опрос 20 сотрудников СМП. При анализе результатов опроса были выявлены причины сложности постановки точного диагноза при госпитализации пациента. Отсутствие технической и лабораторной доказательной базы при обследовании больного – 75% (15 опрошенных). Недостаточность диагностического опыта – 10% (2 опрошенных). Трудно диагностируемая ситуация со смазанной симптоматикой – 15% (3 опрошенных).

Сотрудники СМП являются полифункциональными специалистами и обучены в проведении посиндромной диагностике в экстренных ситуациях, требующих быстрого принятия решения в проведении лечебных мероприятий и тактических действий.

Проведен сравнительный опрос сотрудников СМП со стажем работы от 3 до 5 лет и врачей приемных отделений стационаров взрослого профиля со стажем работы от 3 до 5 лет (10 – по хирургической специальности, 10 – по терапевтической).

Результаты опроса сотрудников СМП:

- оказание родоразрешающего пособия – 75% (15 опрошенных),
- оказание экстренной реанимационной помощи – 100% (20 опрошенных),
- диагностика и оказание помощи пациентам с хирургическим заболеванием – 100% (20 опрошенных),
- оказание помощи педиатрическим пациентам – 100% (20 опрошенных),

– оказание помощи пациентам с кардиологической патологией – 100% (20 опрошенных),

– оказание помощи пациентам общего терапевтического профиля – 100% (20 опрошенных).

Результаты опроса сотрудников стационара (врачей): оказание родо-разрешающего пособия – 20% (4 опрошенных), оказание экстренной реанимационной помощи – 85% (17 опрошенных):

– диагностика и оказание помощи пациентам с хирургическим заболеванием – 80% (16 опрошенных),

– оказание помощи педиатрическим пациентам – 55% (11 опрошенных),

– оказание помощи пациентам с кардиологической патологией – 50% (10 опрошенных),

– оказание помощи пациентам общего терапевтического профиля – 50% (10 опрошенных).

Выводы:

1. Сотрудник СМП оказывает экстренную медицинскую помощь всем возрастным группам населения вне медицинской организации. Сложность постановки диагноза специалистами СМП заключается, в первую очередь, в наличии минимального технического диагностического и лабораторного оборудования. Укомплектование бригад СМП сложным медицинским и лабораторным оборудованием технически невозможно и данная идея выглядит фантастично. Используя теоретические и практические знания, опыт, интуицию, сотрудник СМП должен поставить точный обобщенный диагноз, который является предварительным. Попытки врачей приёмного отделения получить более высокоточную информацию от сотрудников СМП и провоцирование при этом конфликтной ситуации являются некомпетентностью.

2. Сотрудники СМП на ранних этапах своего профессионального пути сталкиваются с различными экстренными ситуациями, которые пополняют «боевой» опыт медицинского работника. Зачастую они первыми оказываются в данной ситуации.

Это и доказывает, что профессия сотрудника СМП очень значима в сфере здравоохранения. Уменьшать её значимость в медицинском обществе – признак некомпетентности.

Черевко В.Е.

Дополнительный потенциал решения демографических задач в Год Семьи в актуализации нормативной базы по оказанию первой помощи

ГУЗ «Ульяновский территориальный центр медицины катастроф»

В 2007 г. была утверждена Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года, которая направлена на стабилизацию и рост численности населения, повышение общего коэффициента рождаемости в 1,5 раза и увеличение ожидаемой продолжительности жизни до 75 лет. Достижение таких показателей невозможно без принятия эффективных мер по совершенствованию оказания скорой медицинской помощи населению.

Видя необходимость дополнительных мер, 22 ноября 2023 года Президент России подписал Указ № 875 «О проведении в Российской Федерации Года семьи» в 2024 году. Важная инициатива главы государства должна дать импульс в развитии семейной политики на годы вперед и помочь решить демографическую проблему. Наиболее значимые федеральные мероприятия по совершенствованию положения семей с детьми, обозначенные в Указе: охрана здоровья граждан репродуктивного возраста, семей с детьми; культурно-массовые, спортивные, общественные мероприятия; мероприятия по укреплению ответственного родительства; мероприятия по укреплению у детей и молодежи семейных ценностей; информационно-коммуникационные мероприятия.

Первая помощь (ПП) – это комплекс мероприятий, выполняемых при различных нарушениях здоровья до оказания медицинской помощи с целью устранения угрозы для жизни и предупреждения возможных осложнений.

Раннее оказание ПП очевидцами внезапно возникших критических состояний, при которых исход в значительной мере зависит от быстроты вмешательства, имеет доказанный эффект в виде существенного снижения летальности. Так, например, первая помощь имеет решающее значение в случае внегоспитальной остановки сердца, когда вследствие прогрессирующей гипоксии вероятность восстановления жизни с каждой минутой задержки ока-

зания помощи сокращается приблизительно на 10%. При этом выполнение базовой сердечно-лёгочной реанимации (БСЛР) свидетелями остановки сердца до прибытия бригады СМП увеличивает шансы на выживание в 2–3 раза. Учитывая исходно высокую инцидентность внегоспитальной остановки сердца, в масштабах Российской Федерации такой эффект снижения летальности может способствовать сохранению десятков или сотен тысяч жизней ежегодно.

Материалы исследования. Национальные и международные рекомендации по первой помощи; данные официальной статистики; нормативные правовые акты Российской Федерации, регулирующие оказание ПП; отечественные и зарубежные научные публикации.

Результаты исследования и их анализ. Действующий перечень состояний, при которых оказывается первая помощь, был утверждён Минздравсоцразвития России в 2012 г. Он включает в себя 8 состояний: отсутствие сознания; остановка дыхания и кровообращения; наружные кровотечения; инородные тела верхних дыхательных путей; травмы различных областей тела; ожоги, эффекты воздействия высоких температур, теплового излучения; отморожение и другие эффекты воздействия низких температур; отравления. Для того, чтобы определить общий список угрожающих жизни состояний, для которых мировым научно-медицинским сообществом рекомендовано оказание ПП, выполнен анализ, содержание каждого из них было изучено с целью определения максимально обоснованного списка состояний, для которых даны рекомендации по оказанию ПП.

В числе таких нарушений боль в груди – одна из самых частых причин обращения за медицинской помощью. У 12–32% пациентов СМП, предъявляющих жалобы на боль в груди, диагностируют острый коронарный синдром – ОКС (угрожающее жизни осложнение ишемической болезни сердца). Риск смерти при ОКС и его разновидности – инфаркте миокарда – значительно повышается по мере увеличения промежутка времени от возникновения боли в груди до начала лечения. Следовательно, как можно более раннее выявление боли в груди как потенциального проявления ишемии миокарда, своевременное обращение за медицинской помощью и оказание ПП до прибытия специалистов СМП к пострадавшему играют ключевую роль в предупреждении летального исхода. При этом комплекс мероприятий по оказанию ПП пострадавшим с болью в груди прост в освоении и исполнении.

Другим широко распространенным критическим состоянием, которое требует максимально быстрого оказания ПП, но отсутствует в утверждённом в России перечне состояний, при которых оказывается первая помощь, является острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) – инсульт. Как и в случае ОКС, при инсульте сокращение времени от появления симптомов до оказания медицинской помощи определяет исход, однако даже в странах с высоким уровнем развития здравоохранения только 20–36 % пострадавших с инсультом госпитализируют своевременно. В связи с этим в международных рекомендациях по ПП подчёркивается важность раннего распознавания признаков инсульта и немедленного вызова бригады СМП при подозрении на инсульт. Наряду с интенсификацией первичной и вторичной профилактики, повышением эффективности оказания медицинской помощи и информированием населения о симптомах и правилах действий при развитии инсульта и ОКС, что предусмотрено федеральным проектом «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями», для снижения летальности и инвалидизации, обусловленных этой патологией, необходимо обеспечить максимально эффективное использование ресурса отечественной системы ПП, что предполагает включение боли в груди как типичного проявления ОКС и инсульта в официальный перечень состояний, при которых оказывается первая помощь. Острый коронарный синдром и инсульт, будучи самыми частыми причинами смерти взрослых людей во всём мире, являются приоритетом для организации действенного массового оказания ПП с целью снижения смертности населения. Вместе с тем, при многих других неотложных состояниях (при анафилактических реакциях, гипо- и гипергликемии, судорогах, состояниях, сопровождающихся затруднённым дыханием и др.), для которых в настоящее время в России отсутствуют формальные основания оказывать ПП.

Выводы. Выполненный анализ выявил ряд нарушений здоровья, которые требуют своевременного оказания ПП для сохранения жизни пострадавших, но не входят в действующий в РФ официальный перечень состояний, при которых должна оказываться первая помощь. Среди них – боль в груди как характерное проявление ОКС и инсульт, при том, что ОКС и инсульт в совокупности обуславливают наибольшее количество случаев смерти взрослых в России. Учитывая высокий потенциал ПП как ресурса, способного значительно снизить летальность при этих состояниях и ряде дру-

гих угрожающих жизни расстройств, не входящих в официальный перечень, имеется потребность в расширении и модификации действующего перечня состояний. Это станет возможным после внесения поправок в текст ст. 31 «Первая помощь» федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ. Кроме того, поправки предусматривают утверждение как регламентирующего документа правил оказания ПП, которые будут включать в себя необходимые мероприятия первой помощи. Наряду с этим для обеспечения действенности оказания ПП потребуется реализация в отечественной системе первой помощи комплекса дополнительных взаимосвязанных организационных преобразований с их распространением на все состояния из расширенного перечня, включая: организацию массового обучения населения принципам и навыкам оказания ПП; оснащение участников оказания ПП; организацию учёта и анализа эффективности оказания ПП; создание условий для популяризации ПП и мотивации к оказанию ПП, а также внедрение в практику дистанционного консультирования свидетелей события и пострадавших по вопросам оказания первой помощи, осуществляемого диспетчерами экстренных служб. Решение этой задачи требует координированного взаимодействия специалистов в сфере организации здравоохранения и общественного здоровья, первой помощи и медицины неотложных состояний, и может быть наиболее эффективно реализовано в рамках работы экспертных советов при профильных комиссиях по направлению «Первая помощь».

Шимина М.А., Хуторова В.В., Тиханов А.А., Имангулов А.М.

Оказание медицинской помощи больным в агональном состоянии или в состоянии клинической смерти на догоспитальном этапе за 2023 год

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая станция скорой медицинской помощи»

За 2023 год (период с января 2023 года по декабрь 2023 год) скорой медицинской помощью было констатировано 2 962 смертей. Из них 2 784 смертей зафиксировано до прибытия бригады скорой медицинской

помощи, 178 смертей в присутствии бригад СП, в том числе 19 смертей в машине скорой медицинской помощи.

В состоянии клинической смерти было зафиксировано 40 пациентов, из них 37 пациентам была проведена успешная сердечно-легочная реанимация и доставлены в приемные отделения стационаров.

При анализе нозологии смертей в присутствии видно преобладание заболеваний сердечно-сосудистой системы (80 случаев смерти) и онкологические заболевания в терминальной стадии (16 случаев).

За период 2023 года врачебными (реанимационными) бригадами было зафиксировано 33 смерти в присутствии, фельдшерскими – 108 смертей.

Для оказания помощи пациентам в крайне тяжелом состоянии, требующим искусственную вентиляцию легких, или в состоянии клинической смерти или других неотложных состояниях, автомобили скорой медицинской помощи оснащены всем необходимым. Так, например, автомобили класса «С» оснащены следующим медицинским оборудованием:

Дефибриллятор-монитор (ДКИ-Н-11); электронный аппарат для проведения ИВЛ («ТМТ»); аппарат ингаляционного наркоза (АНПС-01-«ТМТ»); электрокардиограф (МТ КФС); интубационные наборы; комплекты дыхательные для ручной ИВЛ; аспиратор механический; ларингоскопы (взрослые, детские); устройство автоматическое для сердечно-легочной реанимации (ZOLL AUTOPULSE).

Врачи и фельдшеры выездных бригад скорой медицинской помощи обучены навыкам проведения сердечно-легочной реанимации, ИВЛ, интубации пациента и контролю состояния жизненно важных функций пациента и их поддержанию.

Таким образом, для профилактики смертности среди населения на этапе скорой медицинской помощи огромную роль играют:

- алгоритмизация системы опроса пациентов, обратившихся в СМП с поводом «боль в груди», «без сознания», «человеку плохо»;
- оптимизация распределения вызовов в зависимости от срочности и профильности бригады; повышение профессиональной подготовленности медицинского персонала СМП к оказанию помощи больным кардиологического профиля, в том числе к проведению тромболитической терапии;
- совершенствование системы информационно-коммуникационного обеспечения службы СМП;

– повышение эффективности и качества оказания скорой медицинской помощи населению на догоспитальном этапе при состояниях, угрожающих жизни пациента.

Барсукова И.М.^{1,2}, Полюкова М.В.¹, Бумай А.О.¹, Рысев Г.А.¹

Роль среднего медицинского персонала в системе оказания скорой медицинской помощи

¹ ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе»;

² ФГБУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России

Актуальность. Кадровый вопрос – один из основных в системе обеспечения качества медицинской помощи, являясь элементом «качества структуры», то есть условий оказания медицинской помощи, организационно-технических ресурсов, потенциала как способности и готовности оказать услугу (А. Донабедиан, 1966, 1980). Управление качеством медицинской помощи направлено на получение максимально возможных результатов по улучшению здоровья населения при минимально необходимом (оптимальном) расходовании ресурсов. В этой связи возрастает роль среднего медицинского персонала в системе оказания скорой медицинской помощи (СМП), который представлен фельдшерами СМП, фельдшерами по приему вызовов и передаче их выездным бригадам СМП, медсестрами, медсестрами-анестезистами.

Цель исследования – исследование кадрового состава скорой медицинской помощи в Российской Федерации (РФ) с акцентом на средний медицинский персонал.

Материалы и методы исследования: использованы формы Федерального статистического наблюдения (ФСН N 30 «Сведения о медицинской организации») по РФ (утв. Приказом Росстата от 27.12.2022 N 985) за 2014–2022 гг., применялись статистический и аналитический методы.

Результаты. По представленным данным (рисунок 1) средний медицинский персонал представляет сегодня основной кадровый ресурс скорой

медицинской помощи. В значительной степени это связано с обратной динамикой врачебного персонала. По данным Росстата (Здравоохранение России, стат. сб., 2017–2023) в 2016 г., 13,1% персонала станций (отделений) скорой медицинской помощи составляли врачи, 52,3% – средний медицинский персонал; в 2018 г. – 12,5% и 55,0% соответственно; в 2020 г. – 11,4% и 56,1%, в 2022 г. – 10,6% и 56,1% соответственно.

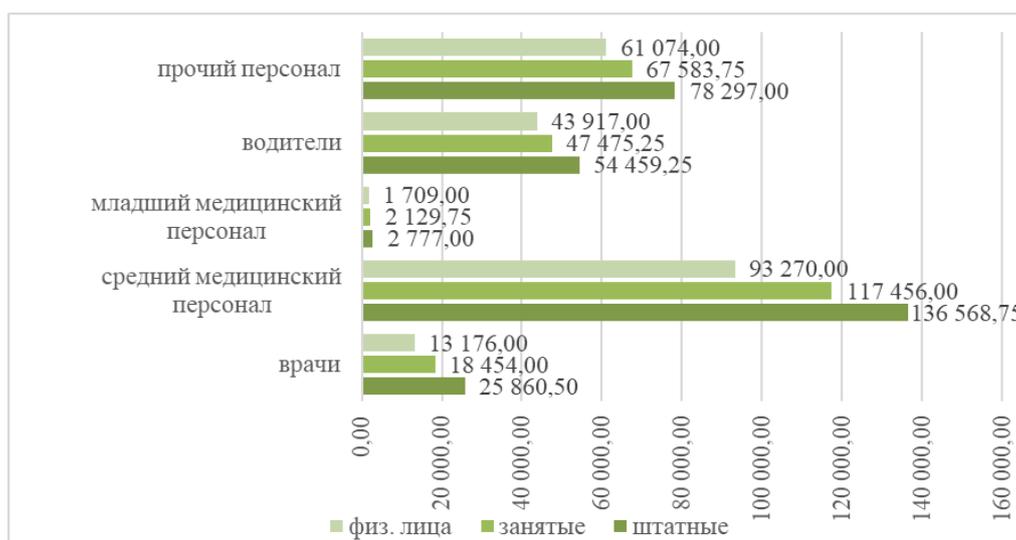


Рис. 1. Соотношение кадрового состава персонала скорой медицинской помощи в РФ, 2022 гг.

В динамике 2010–2022 гг. по РФ отмечается:

- на треть (+26,7%) увеличение числа штатных должностей среднего медицинского персонала (на фоне снижения на треть (-31,1%) числа штатных врачебных должностей);

- увеличение на 12,7% числа занятых должностей среднего медицинского персонала (на фоне снижения на 42,9% числа занятых врачебных должностей);

- увеличение числа (+7,1%) числа физических лиц из категории среднего медицинского персонала (на фоне снижения на треть (-31,4%) числа врачей.

Выводы. Неуклонно возрастает роль среднего медицинского персонала в системе оказания скорой медицинской помощи. Отмечается рост числа фельдшерских бригад на +35,8% в РФ за 2010–2022 гг. И связано это не только и не столько с дефицитом врачебных кадров, сколько с вопросами эффективности, экономичности и адекватности оказания скорой медицинской помощи фельдшерскими бригадами СМП.

Барсукова И.М.^{1, 2}, Рысев Г.А.¹, Бумай А.О.¹

Суточные колебания госпитализации пациентов с алкогольным фактором, доставленных бригадами скорой медицинской помощи

¹ ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе»;

² ФГБУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России

Актуальность. Употребление алкоголя на протяжении многих сотен лет остается одной из самых сложных и опасных для человечества пагубных привычек в связи с огромными медико-социальными, морально-этическими, экономическими и духовными потерями. Пациенты с алкогольным фактором в значительной степени загружают систему здравоохранения страны.

Цель исследования – исследование суточного потока пациентов с алкогольным фактором, доставленных бригадами СМП.

Материалы и методы исследования: использованы формы федерального статистического наблюдения (ФСН N 30 «Сведения о медицинской организации») СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе за 2018–2022 гг., применялись статистический и аналитический методы.

Результаты. Анализ потока пациентов с алкогольным фактором (с признаками алкогольного опьянения / отравления), поступивших в стационар скорой медицинской помощи в 2018–2022 гг. по времени поступления позволил установить суточные колебания интенсивности потока пациентов, выделив приоритетные значения и часовые колебания числа поступающих (рисунки 1 и 2).

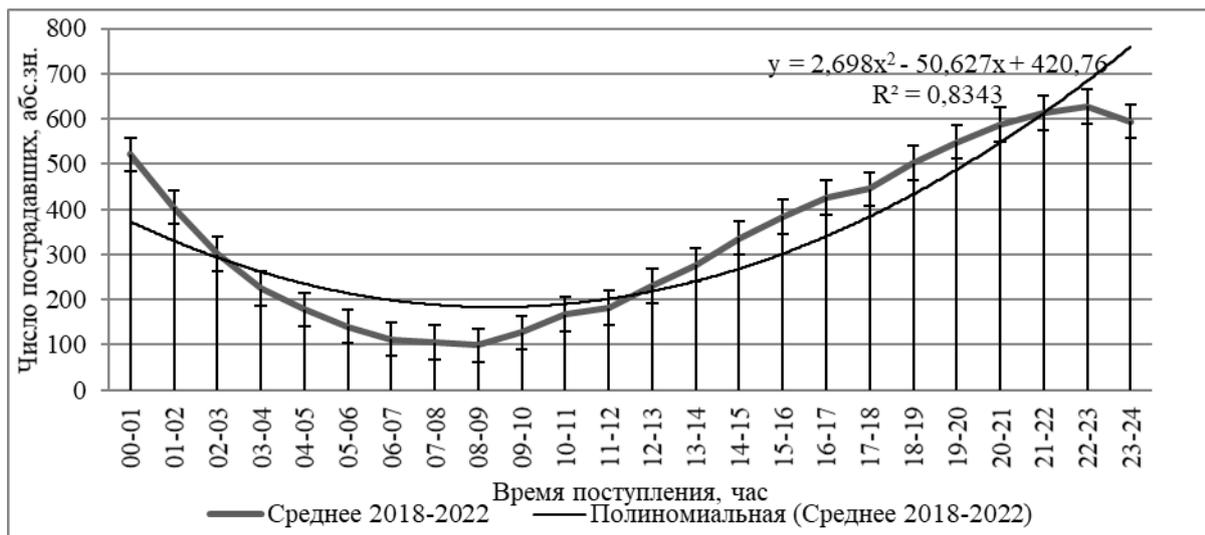


Рис. 1. Среднее число поступающих пациентов в течение суток, 2018–2022 гг.

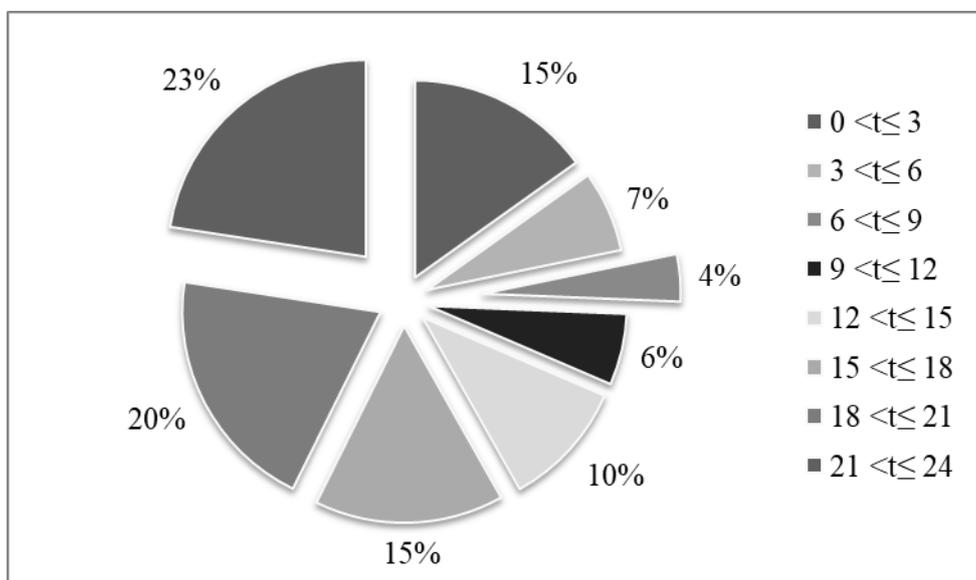


Рис. 2. Распределение пациентов с алкогольным фактором по времени поступления в стационар (3-х часовые интервалы), 2018–2022 гг.

Из представленных данных видно, что подавляющее число пациентов поступает в вечернее и ночное время – максимальный поток за все годы исследуемого периода (в среднем 23,0%) приходится на 21:00 – 24:00.

Самая низкая интенсивность поступления пострадавших отмечена в утренние часы – с 06:00 до 09:00 часов (4,0% потока). Тенденция сохраняется на протяжении всего исследуемого периода вне зависимости от годовых колебаний самого потока (объема) поступающих.

Распределение среднего потока (за 5-и летний период наблюдения) пациентов по 3-х часовым интервалам представлено на рисунке 2.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о суточных колебаниях поступающих пациентов: подавляющее число пациентов поступает в вечернее и ночное время – максимальный поток (23,0%) приходится на 21:00 – 24:00; самая низкая интенсивность поступления (4,0%) отмечена в утренние часы – с 06:00 до 09:00 часов. Это позволяет принять меры организационного характера, направленные на прием пациентов с признаками алкогольного опьянения / отравления, включающие расстановку кадров и режим работы диагностических служб, подготовку коечного фонда и изоляторов.

Лукогорская Н.Н.¹, Бумай С.О.², Барсукова И.М.^{1,3}

Острый коронарный синдром в работе отделения скорой медицинской помощи районного подчинения Санкт-Петербурга

¹ ФГБУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России;

² ГБУЗ СПб «Городская поликлиника № 106»;

³ ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе»

Актуальность. Острый коронарный синдром (ОКС) – термин, обозначающий любую группу клинических признаков или симптомов, позволяющих подозревать острый инфаркт миокарда или нестабильную стенокардию (клинические рекомендации – острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы, 2020). В условиях диагностической неопределенности он вполне обоснованно используется на догоспитальном этапе скорой медицинской помощи, требует оказания медицинской помощи в экстренной форме, критерии которой – признаки угрозы жизни пациента и связанные с ними требования к срокам ее оказания.

Цель исследования – анализ частоты ОКС в работе бригад скорой медицинской помощи отделения скорой медицинской помощи районного подчинения Санкт-Петербурга и ЭКГ-диагностики.

Материалы и методы исследования: использованы данные годового отчета отделения скорой медицинской помощи (ОСМП) ГБУЗ СПб «Городская поликлиника № 106», работающего по территориальному принципу с преимущественным обслуживанием квартирных вызовов в Красносельском районе Санкт-Петербурга, 2019–2023 гг., применялись статистический и аналитический методы.

Результаты. Электрокардиография (ЭКГ) – повсеместно распространенный метод изучения работы сердца, в основе которого лежит графическое изображение электрических импульсов сердца. По данным ОСМП, $34,0 \pm 2,7\%$ вызовов бригад СМП отделения СМП были связаны с регистрацией ЭКГ. Число регистрируемых ЭКГ выросло на $19,2\%$, $p < 0,05$.

Диагностика ОКС в районе обслуживания за период наблюдения достаточно высока и составила $2,0 \pm 0,7\%$ в структуре выполненных вызовов, что в 5 раз превышает общероссийский показатель ($0,4\%$). В динамике 2019–2023 гг. отмечается существенный рост регистрации ОКС в районе обслуживания на $243,1\%$. В силу доступности сосудистых центров и высокотехнологичных способов медицинской помощи (ВМП) пациентам с ОКС (инфарктом миокарда) догоспитальный тромболизис в условиях скорой медицинской помощи в Санкт-Петербурге практически не проводится.

Таблица 1

Частота проведения ЭКГ и диагностики ОКС в работе бригад скорой медицинской помощи отделения скорой медицинской помощи районного подчинения, 2019–2022 гг.

Год	Кол-во обслуж. населения	Общее число выполненных вызовов, всего	Выполнено ЭКГ		Вызовы с ОКС		ТЛТ на ДГЭ*
			Абс. зн.	%	Абс. зн.	%	
2019	187747	30929	9324	30,1	232	0,8	0
2020	192490	29776	9696	32,6	699	2,3	0
2021	198458	32245	11889	36,9	679	2,1	0
2022	225750	32266	11161	34,6	708	2,2	0
2023	227797	30873	11110	36,0	796	2,6	0
M±m	206448,4± ±18952,2	31217,8±1053,0	10636,0± 1081,1	34,0± 2,7	622,8± 223,0	2,0± 0,7	
Динамика, 2019-2022							
Абс. зн.	40050	-56	1786		564		
%	21,3	-0,2	19,2	5,8	243,1	1,8	

*Тромболитическая терапия на догоспитальном этапе

Выводы. Таким образом, результаты проведенного анализа позволили заключить: $34,0 \pm 2,7\%$ вызовов бригад СМП отделения скорой медицинской помощи районного подчинения Санкт-Петербурга выполняют регистрацию ЭКГ с динамикой возрастания числа исследований на $19,2\%$ за 2019–2023 гг.; диагностика ОКС в районе обслуживания достаточно высока и составляет $2,0 \pm 0,7\%$ в структуре выполненных вызовов, что в 5 раз превышает общероссийский показатель ($0,4\%$); отмечается существенный рост регистрации ОКС в районе обслуживания (на $243,1\%$).

Представленные данные отражают как особенности медико-социальной ситуации в регионе (Санкт-Петербурге), так и систему организации медицинской помощи в городе.

Барсукова И.М.^{1, 2}, Тявокина Е.Ю.¹, Бумай А.О.¹

Анализ показателей смертности от случайных отравлений алкоголем

¹ ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе»;

² ФГБУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России

Актуальность. В условиях существующих демографических проблем в Российской Федерации (РФ) особую значимость имеют показатели смертности населения и летальности заболевших, непосредственно связанные с алкоголем. Смерть лиц, принимающих алкоголь, исключительно редко ассоциируется непосредственно с алкоголем, чаще регистрируется как смерть от других причин. Тем не менее, доступные статистические данные позволяют выделить и непосредственно ассоциированные с алкоголем случаи. Они, безусловно, связаны с работой подразделений скорой медицинской помощи.

Цель исследования – анализ показателей смертности от случайных отравлений алкоголем.

Материалы и методы исследования. Анализ проведен на основании данных федеральной статистической отчетности (Минздрав России, Росстат) за 2000–2022 гг., применялись статистический и аналитический методы.

Результаты. В ходе исследования проведен анализ случаев, связанных со смертельными случайными отравлениями алкоголем (Х45) на тыс. населения и 100 000 чел. населения (рис. 1).

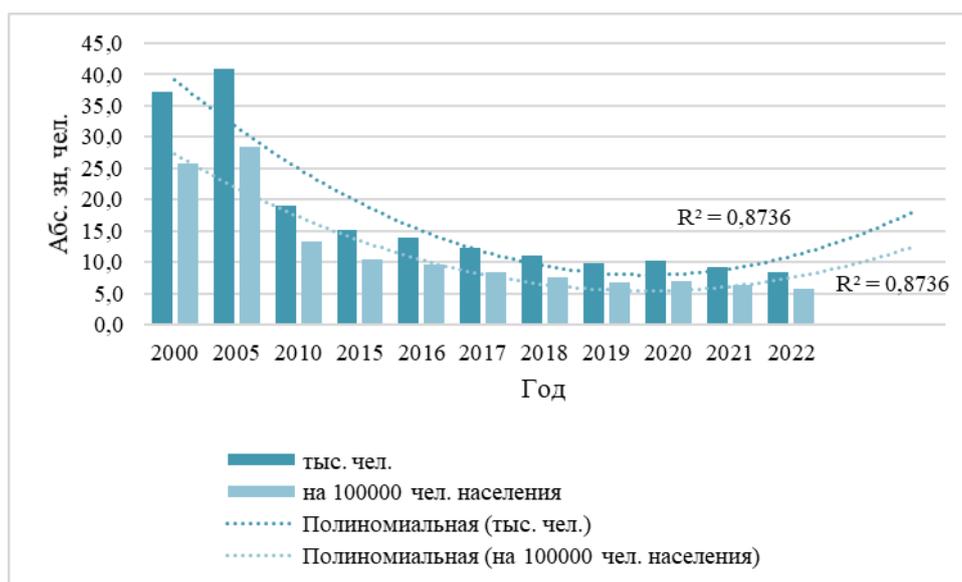


Рис. 1. Динамика умерших от случайных отравлений алкоголем в РФ, 2000–2022 гг., тыс. чел., на 100 000 чел. населения

По представленным данным в среднем за период наблюдения (2000–2022 гг.) $17,1 \pm 11,3$ тыс. чел. ($11,8 \pm 7,9$ чел. на 100 000 тыс. населения) ежегодно умирает от отравления алкоголем; за последние 5 лет (период 2018–2022 гг.) этот показатель более позитивен и составляет $9,8 \pm 1,9$ тыс. чел. и $6,7 \pm 1,3$ чел. на 100 000 чел. населения соответственно.

Оценка динамики показателей позволяет заключить о снижении числа умерших от отравления алкоголем за 2000–2022 гг. – в 4,4 раза (на 77,2%, на 28,7 тыс. населения), за период 2018–2022 гг. – в 1,3 раза (на 22,7%, на 2,5 тыс. населения), $p < 0,05$.

Анализ коэффициентов смертности населения в трудоспособном возрасте по полу позволил заключить, что соотношение мужчин и женщин, умерших от отравления алкоголем, сохранялось практически неизменным за все годы наблюдения и составляло около 5:1.

Выводы. Положительная тенденция свидетельствует о стабилизации ситуации в стране по смертельным отравлениям алкоголем (снижении числа умерших от отравления алкоголем за 2000–2022 гг. на 77,2%), соотношение мужчин и женщин, умерших от отравления алкоголем, сохранялось практически неизменным за все годы наблюдения и составляло около 5:1.

Однако на алкогольное поведение и алкогольные привычки населения влияет уровень социальной напряженности, спровоцированный пандемией коронавирусной инфекции COVID-19 и особенностями общественно-политической обстановки в мире и стране (период 2020–2022 гг.): регистрируется некоторый рост потребления алкоголя, что создает риск случайных отравлений алкоголем.

Тявокина Е.Ю.¹, Барсукова И.М.^{1, 2}, Бумай А.О.¹

Анализ показателей смертности от случайных отравлений алкоголем среди детского населения

¹ ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе»;

² ФГБУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России

Актуальность. Смерть лиц, принимающих алкоголь, от «случайных» отравлений алкоголем представляет серьезную медико-социальную проблему, поскольку зачастую наблюдается убыль населения молодого трудоспособного возраста. Особенно трагично такие случаи следует расценивать, когда речь идет о смерти детей. В условиях существующих демографических проблем, политики государства, направленной на охрану здоровья детского населения, все эти случаи подлежат особому вниманию и контролю. Они, безусловно, связаны с работой подразделений скорой медицинской помощи.

Цель исследования – анализ показателей смертности от случайных отравлений алкоголем среди детского населения.

Материалы и методы исследования. Анализ проведен на основании данных федеральной статистической отчетности (Минздрав России, Росстат) за 2000–2022 гг., применялись статистический и аналитический методы.

Результаты. В ходе исследования проведен анализ случаев, связанных со смертельными случайными отравлениями алкоголем (X45) на тыс. населения и 100 000 чел. населения среди детского населения.

Следует отметить, что при оценке динамики общих показателей, связанных со смертельными случайными отравлениями алкоголем среди всего населения страны (взрослые и дети) выявлено снижение числа умерших от отравления алкоголем за 2000–2022 гг. – в 4,4 раза (на 77,2%, на 28,7 тыс. населения), за период 2018–2022 гг. – в 1,3 раза (на 22,7%, на 2,5 тыс. населения), $p < 0,05$.

Отдельно рассмотрены случаи отравления алкоголем, зафиксированные среди детского населения страны (рис. 1).

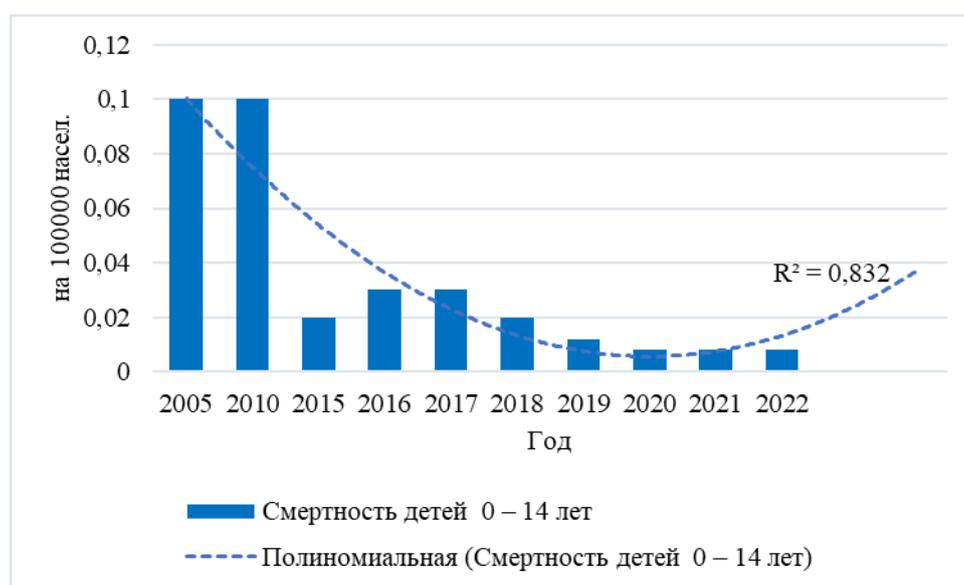


Рис. 1. Смертность детей в возрасте 0–14 лет (на 100 000 человек населения соответствующего возраста) от случайных отравлений алкоголем (X45) в РФ, 2005–2022 гг.

За период 2005–2022 гг. среднегодовой показатель составил $0,034 \pm 0,036$ чел. на 100 000 человек населения соответствующего (детского) возраста, в динамике отмечено снижение этого показателя в 12,5 раз (на 92,0%), $p < 0,05$.

Следует отметить стабилизацию ситуации за 3 последних года (2020–2022 гг.), когда неизменным оставался показатель 0,008 чел. На 100 000 человек населения соответствующего (детского) возраста, без тенденции роста.

Выводы. Данные статистики фиксируют положительную динамику снижения смертности детей в возрасте 0–14 лет (на 100 000 человек населения соответствующего возраста) от случайных отравлений алкоголем (Х45) в Российской Федерации за период 2005–2022 гг. в 12,5 раз (на 92,0%).

Барсукова И.М.^{1,2}, Лукогорская Н.Н.², Бумай С.О.³

Острый коронарный синдром в работе бригад скорой медицинской помощи Российской Федерации

¹ ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе»;

² ФГБУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России;

³ ГБУЗ СПб «Городская поликлиника № 106»;

Актуальность. Согласно клиническим рекомендациям (клинические рекомендации – Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы, 2020 (27.10.2020) – Утверждены Минздравом РФ), острый коронарный синдром (ОКС) – термин, обозначающий любую группу клинических признаков или симптомов, позволяющих подозревать острый инфаркт миокарда (ИМ) или нестабильную стенокардию (НС). Термин «ОКС» используется, когда диагностической информации еще недостаточно для окончательного суждения о наличии или отсутствии очагов некроза в миокарде и, следовательно, представляет собой предварительный диагноз в первые часы и сутки заболевания, в то время как термины «ИМ» и «нестабильная стенокардия» используются при формулировании окончательного диагноза. Соответственно, термин «ОКС» может использоваться на догоспитальном или раннем госпитальном этапах и в дальней-

шем трансформируется в диагноз «острый ИМ», «НС» либо, по результатам дифференциальной диагностики, – в любой другой диагноз, в том числе не кардиологический.

Цель исследования – анализ частоты ОКС в работе бригад скорой медицинской помощи РФ.

Материалы и методы исследования: использованы формы федерального статистического наблюдения (ФСН N 30 «Сведения о медицинской организации») по РФ (утв. Приказом Росстата от 27.12.2022 N 985) за 2014–2022 гг., применялись статистический и аналитический методы.

Результаты. Более 4-х тыс. вызовов ($4\,142\,126 \pm 535\,971,7$ случаев) бригад СМП ежегодно осуществляются с оказанием медицинской помощи пациентам с ОКС. За период наблюдения число их снизилось на 26,8%, $p < 0,05$. Эта динамика не коррелировала с общей тенденцией снижения числа вызовов бригад СМП за тот же период. При этом доля вызовов к пациентам с ОКС практически за весь период наблюдения оставалась неизменной и составляла $0,4 \pm 0,04\%$ (табл. 1, рис. 1).

Таблица 1

Скорая медицинская помощь больным с ОКС, 2014–2022 гг.

Год, показатель	Число лиц, которым оказана медицинская помощь при выездах, всего, абс. зн.	Число больных с ОКС	
		абс. зн.	%
2010	47 727 590	4 673 328	0,5
2012	47 502 786	4 539 495	0,5
2014	45 810 037	3 642 048	0,4
2016	45 638 665	3 470 033	0,4
2018	44 176 940	3 660 689	0,4
2020	44 337 607	4 713 340	0,4
2022	42 743 939	4 295 952	0,4
M±m	45 491 767±1 510 169	4 142126±535 971,7	0,4±0,04
Динамика, 2010-2022			
абс. зн.	-4 983 651	-62 950	
%	-10,4	-26,8	-0,1

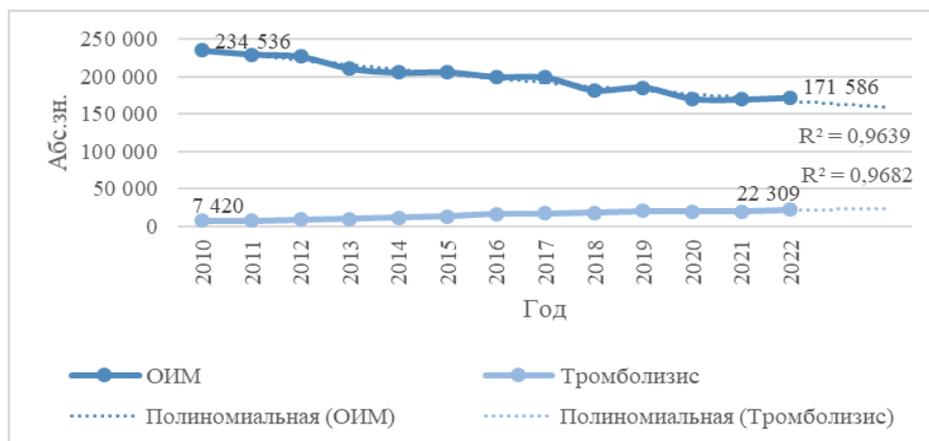


Рис. 1. Скорая медицинская помощь больным с ОКС в РФ, 2014–2022 гг.

Неизбежно встает вопрос проведения догоспитального тромболизиса. Их число насчитывает $14\,947 \pm 5\,189$ ед. в год, с динамикой возрастания на 200,5% за период наблюдения (с 7 420 ед. в 2010 г. до 22 309 ед. в 2022 г.).

Выводы. Пациенты с ОКС составляют 0,4% в структуре вызовов бригад скорой медицинской помощи – 4,1 тыс. вызовов в год, с динамикой снижения на 26,8% за период наблюдения (2014–2022 гг.). Растет число и доля тромболизиса, проводимого на догоспитальном этапе скорой медицинской помощи.

Полюкова М.В.¹, Барсукова И.М.^{1,2}, Рысев Г.А.¹, Бумай А.О.¹

Анализ кадрового состава скорой медицинской помощи: фельдшер (медсестра) по приему вызовов и передаче их выездным бригадам скорой медицинской помощи

¹ ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе»;

² ФГБУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России

Актуальность. Оперативный отдел скорой медицинской помощи (СМП) является структурным подразделением медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, создается в целях обеспечения централизованного приема обращений (вызовов) населения, незамедлительной передачи вызовов выездным бригадам СМП, оперативного управления и контроля за работой выездных бригад

СМП. Одна из ключевых фигур подразделения – фельдшер (медсестра) по приему вызовов и передаче их выездным бригадам СМП, часто называемая «диспетчером». В свете информатизации и автоматизации подразделений СМП, внедрением единой системы вызова экстренных служб «112» меняется численность и роль этих специалистов.

Цель исследования – исследование кадрового состава фельдшеров (медсестер) по приему вызовов и передаче их выездным бригадам СМП в Российской Федерации.

Материалы и методы исследования: использованы формы Федерального статистического наблюдения (ФСН N 30 «Сведения о медицинской организации») по РФ (утв. Приказом Росстата от 27.12.2022 N 985) за 2014–2022 гг., применялись статистический и аналитический методы.

Результаты. По представленным данным (таблица 1, рис. 1), за период наблюдения отмечается статистически значимая отрицательная динамика по штатным, занятым должностям и физическим лицам этих специалистов ($p < 0,05$). Наиболее существенна она наблюдается в отношении числа штатных (-46,5%) и занятых (-37,3%) должностей, уменьшение числа физических лиц (основных работников) было существенно меньшим (на 20,6%, $p < 0,05$). Прослеживаются тренды их дальнейшего снижения.

Неизбежно встает вопрос укомплектованности кадров специалистов. На фоне снижения числа штатных должностей укомплектованность штатов по занятым должностям увеличилась на 12,9%, по физическим лицам – на 23,1%.

Таблица 1

Кадровый состав фельдшеров (медсестер) по приему вызовов и передаче их выездным бригадам СМП в РФ, 2014–2022 гг.

Год, показатели	Фельдшер (медсестра) по приему вызовов и передаче их выездным бригадам				
	должности, абс. зн.		физ. лица, абс. зн.	укомплектованность, %	
	штатные	занятые		по занятым должностям	по физ. лицам
2014	34 228,25	25 679,75	16 342	75,0	47,7
2016	31 209,25	22 912,5	15 107	73,4	48,4
2018	29 397,50	21 008,25	14 398	71,5	49,0
2020	27 795,25	19 267,3	13 602	69,3	48,9
2022	18 319,25	16 102,5	12 980	87,9	70,9
M±m	27 918,8 ±5 615,6	20 847,1 ±3 222,2	14 506,2 ±1 117,9	75,7 ±7,2	53,6 ±9,7
Динамика, 2014–2022 гг.					
абс. зн.	-15 909,0	-9 577,3	-3 362,0		
%	-46,5	-37,3	-20,6	12,9	23,1

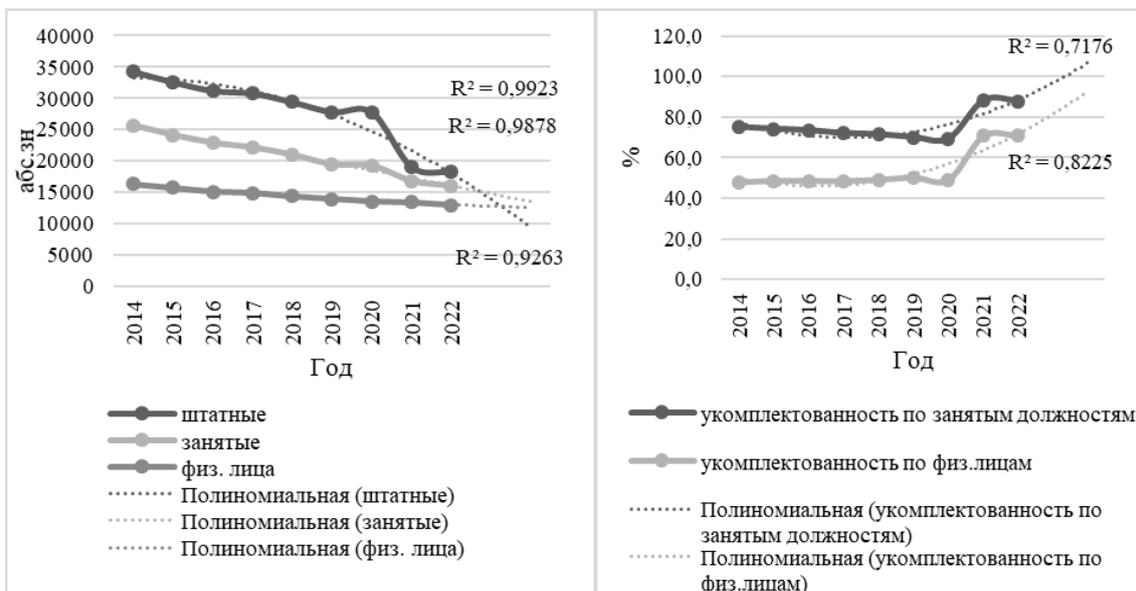


Рис. 1. Динамика численности фельдшеров (медсестер) по приему вызовов и передаче их выездным бригадам СМП в РФ, 2014–2022 гг.

Выводы. Наблюдается отрицательная динамика числа штатных (-46,5%) и занятых (-37,3%) должностей, а также физических лиц (основных работников) фельдшеров (медсестер) по приему вызовов и передаче их выездным бригадам СМП (на 20,6%). В свете информатизации и автоматизации подразделений СМП прослеживаются устойчивые тренды их дальнейшей кадровой динамики.

Рысев Г.А.¹, Барсукова И.М.^{1,2}, Бумай А.О.¹

Половозрастная характеристика пациентов с диагнозом «токсическое действие этанола», доставленных бригадами скорой медицинской помощи

¹ ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе»;

² ФГБУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России

Актуальность. 40,7 тыс. пациентов за пятилетний период наблюдения (2018–2022 гг.) поступили в стационарное отделение скорой медицин-

ской помощи СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе с диагнозом «острое отравление этанолом», доставленных бригадами скорой медицинской помощи (СМП), ежегодный поток – более 8 тыс. чел. Подобный поток значительно загружает ресурсы как бригад СМП, так и многопрофильного стационара СМП.

Цель исследования – исследование половозрастного состава пациентов с острым отравлением этанолом, доставленных бригадами СМП.

Материалы и методы исследования: использованы формы федерального статистического наблюдения (ФСН N 30 «Сведения о медицинской организации») СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе за 2018–2022 гг., применялись статистический и аналитический методы.

Результаты. Возрастные особенности пациентов, поступивших с диагнозом «острое отравление этанолом», представлены в таблице 1 и на рис. 1. Возрастной диапазон пациентов составил от 18 до 90 ($42,3 \pm 11,8$) лет. В 2022 году средний возраст пациентов – $42,1 \pm 8,8$ лет, мода – 36 лет, медиана – 41 год. Представленные данные свидетельствуют об отсутствии достоверных различий в возрастных количественных показателях по годам, наблюдается отсутствие изменений и в отдельных возрастных группах ($p > 0,05$). При оценке возрастных показателей отдельных групп пациентов было установлено, что большая часть госпитализированных пациентов (30,7%) в возрасте от 31 до 40 лет, $p < 0,05$. В наименьшем количестве (1,8%) были представлены пациенты старшего возраста (70 и более лет), $p < 0,05$.

Таблица 1

Средние показатели возраста пациентов с диагнозом T51.0, 2018–2022 гг.

Год	Средний возраст	m	Медиана	Мода
2018	42,8	12,5	42	36
2019	43,4	12,4	42	37
2020	42,9	12,5	42	38
2021	40,5	12,6	39	36
2022	42,1	8,8	41	36

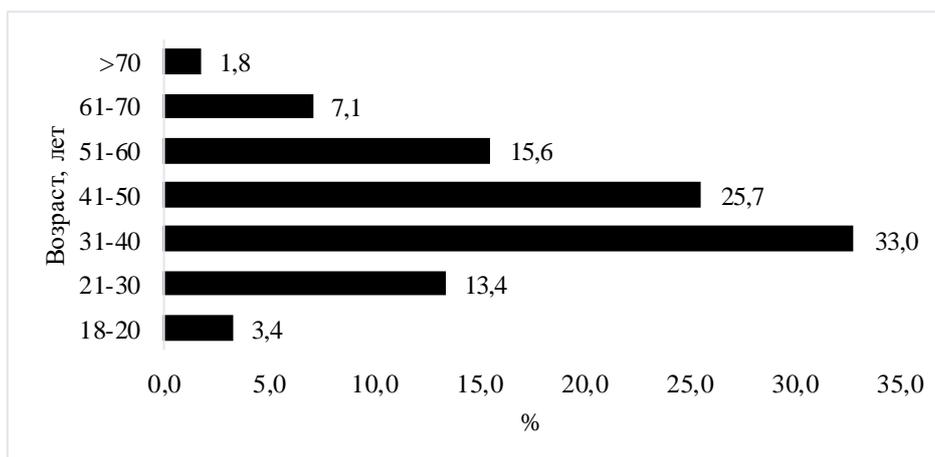


Рис. 1. Распределение пациентов с диагнозом «Токсическое действие этанола» по возрасту, 2022 г.

Половое распределение пациентов с диагнозом «Острое отравление этанолом» характеризуется преобладанием в 4,8 раза мужчин (82,9%) по сравнению с женщинами (17,1%), $p < 0,05$. Достоверной разницы полового распределения пациентов по годам не выявлено, $p > 0,05$.

Выводы. Средний возраст пациентов с диагнозом «острое отравление этанолом», доставленных бригадами СМП, составил $42,1 \pm 8,8$ лет при отсутствии достоверных различий в возрастных количественных показателях по годам; значительная часть госпитализированных (30,7%) – лица в возрасте от 31 до 40 лет, наименьшая (1,8%) – пациенты старшего возраста (70 и более лет).

Половое распределение пациентов с диагнозом «Острое отравление этанолом» характеризуется преобладанием в 4,8 раза мужчин (82,9%) по сравнению с женщинами (17,1%) без достоверной разницы полового распределения пациентов по годам.

Эти особенности имеют принципиальное социальное значение, поскольку основным контингентом являются лица молодого трудоспособного возраста, призванные решать общественные и личные вопросы в сферах демографии, промышленного производства, социальной и культурной среды, обороны страны.

Полюкова М.В.¹, Барсукова И.М.^{1, 2}, Рысев Г.А.¹, Бумай А.О.¹

Анализ кадрового состава скорой медицинской помощи: медсестры-анестезисты

¹ ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе»;

² ФГБУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России

Актуальность. Согласно приказу Минздрава России от 20.06.2013 № 388н «Об утверждении порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи» в составе выездных бригад скорой медицинской помощи (СМП) предусмотрены медицинские сестры-анестезисты, их наличие прописано в двух видах бригад: специализированная выездная бригада СМП анестезиологии-реанимации, в том числе педиатрическая, включает врача-анестезиолога-реаниматолога, двух медицинских сестер-анестезистов и водителя; авиамедицинская выездная бригада СМП включает не менее одного врача СМП или врача анестезиолога-реаниматолога, фельдшера СМП и (или) медицинскую сестру-анестезиста. Тем не менее, реалии сегодняшнего дня свидетельствуют о существенной отрицательной динамике сестер-анестезистов в подразделениях скорой медицинской помощи.

Цель исследования – исследование кадрового состава медицинских сестер-анестезистов в составе бригад СМП в Российской Федерации (РФ).

Материалы и методы исследования: использованы формы федерального статистического наблюдения (ФСН N 30 «Сведения о медицинской организации») по РФ (утв. Приказом Росстата от 27.12.2022 N 985) за 2014–2022 гг., применялись статистический и аналитический методы.

Результаты. По представленным данным (таблица 1, рисунок 1) за период наблюдения отмечается статистически значимая отрицательная динамика по штатным, занятым должностям и физическим лицам этих специалистов ($p < 0,05$). Наиболее существенна она наблюдается в отношении числа штатных (-53,8%) и занятых (-61,7%) должностей, уменьшение числа физических лиц (основных работников) было существенно меньшим (на 20,6%, $p < 0,05$). Прослеживаются тренды их дальнейшего снижения.

Неизбежно встает вопрос укомплектованности кадров специалистов. На фоне снижения числа штатных должностей укомплектованность штатов по занятым должностям увеличилась на 15,7%, по физическим лицам – на 18,5%.

Таблица 1

Кадровый состав медицинских сестер-анестезистов в составе бригад СМП в РФ, 2014–2022 гг.

Год, показатели	Медицинские сестры-анестезисты в составе бригад СМП				
	должности, абс. зн.		физ. лица, абс. зн.	укомплектованность, %	
	штатные	занятые		по занятым должностям	по физ. лицам
2014	63510,0	58107,25	16342	91,5	25,7
2016	67750,0	62164,75	15107	91,8	22,3
2018	72445,3	64892,25	14398	89,6	19,9
2020	22745,0	15955,00	13602	70,1	59,8
2022	29345,0	22242,50	12980	75,8	44,2
M±m	54690,6 ±21356,9	48156,1 ±21343,4	14506,2 ±1117,9	85,3 ±8,3	31,7 ±15,1
Динамика, 2014-2022 гг.					
абс. зн.	-34165,0	-35864,8	-3362,0		
%	-53,8	-61,7	-20,6	-15,7	18,5

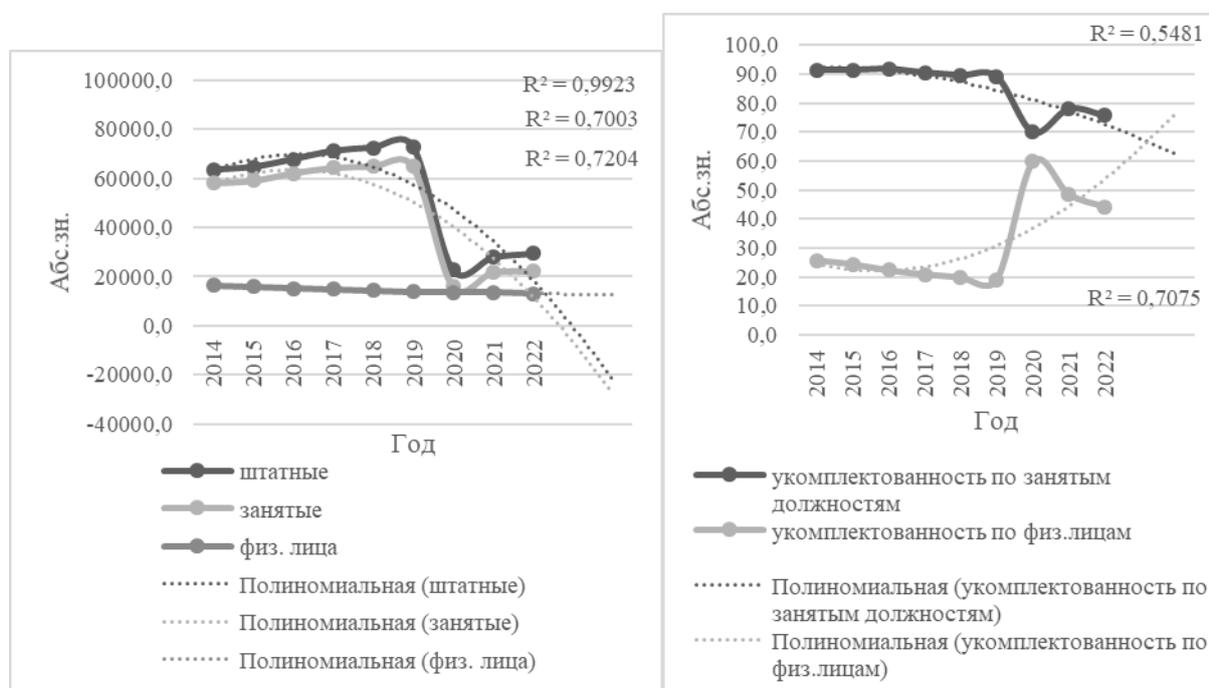


Рис. 1. Динамика численности медицинских сестер-анестезистов в составе бригад СМП и укомплектованности их штатов в РФ, 2014–2022 гг.

Выводы. Наблюдается отрицательная динамика числа штатных (-53,8%) и занятых (-61,7%) должностей, а также физических лиц (основных работников) сестер-анестезистов в выездных бригадах СМП (-20,6%). Эти изменения напрямую связаны с динамикой численности и профильности соответствующих бригад СМП в стране, а также особенностями их кадрового комплектования.

Рысев Г.А.¹, Барсукова И.М.^{1,2}, Бумай А.О.¹

Оценка степени тяжести пациентов с признаками алкогольного опьянения (отравления) этанолом, доставленных бригадами скорой медицинской помощи

¹ ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе»;

² ФГБУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России

Актуальность. До 20 тыс. пациентов, доставляемых бригадами скорой медицинской помощи (СМП), поступали в стационарное отделение скорой медицинской помощи СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе с признаками алкогольного опьянения (отравления) этанолом за период 2018–2022 гг., требуя существенных ресурсов как подразделений скорой медицинской помощи, так и многопрофильных стационаров, принимающих этих пациентов.

Цель исследования – исследование степени тяжести пациентов с признаками алкогольного опьянения (отравления) этанолом, доставленных бригадами СМП.

Материалы и методы исследования: использованы формы федерального статистического наблюдения (ФСН N 30 «Сведения о медицинской организации») СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе за 2018–2022 гг., применялись статистический и аналитический методы.

Результаты. Более половины пациентов с алкогольным фактором поступают в удовлетворительном состоянии (50,6%) (рис. 1), из которых

54,2% пострадавших проявляют признаки асоциального поведения. Пациенты, поступающие в состоянии средней степени тяжести, составляют 27,4% и проявляют признаки асоциального поведения в подавляющем большинстве случаев (89,0%, $p < 0,05$). Пациенты в тяжелом и крайне тяжелом состоянии составляют наиболее малочисленные группы среди исследуемой выборки (16,3% и 5,7%, соответственно, $p < 0,05$) с признаками асоциального поведения – в 60,1% и 40,9%, соответственно. Обращает на себя внимание тот факт, что при оценке уровня этанола в крови пациентов с признаками асоциального поведения он составил 2,7 г/л, что выше среднего уровня среди всех других групп пациентов, в том числе поступивших в тяжелом состоянии.

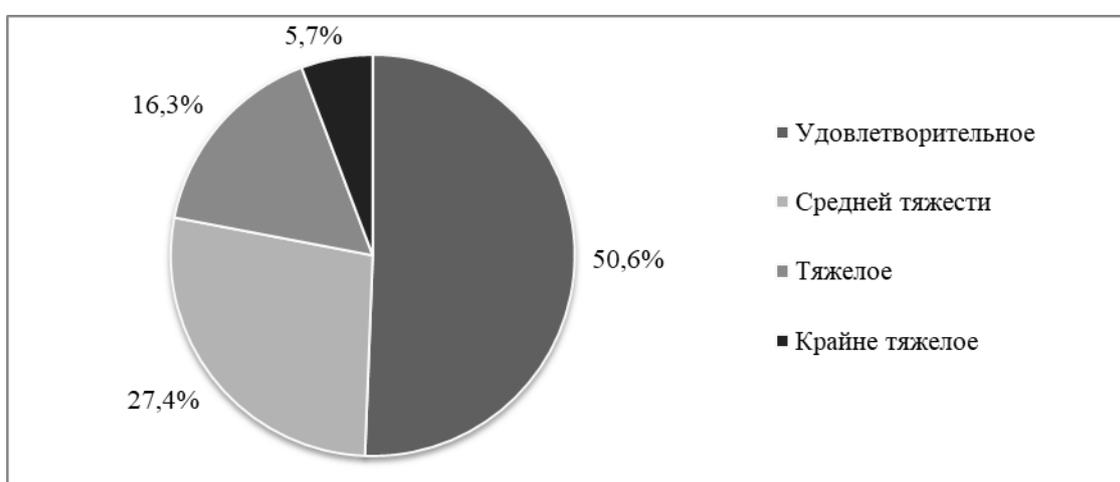


Рис. 1. Распределение пациентов с алкогольным фактором по тяжести состояния, 2018-2022 гг.

Выводы.

Поток пациентов с алкогольным фактором (с признаками алкогольного опьянения (отравления) этанолом) требует значительных ресурсов как подразделений скорой медицинской помощи, так и многопрофильного стационара скорой медицинской помощи, так как имеет не только существенные лечебно-диагностические проблемы (в первую очередь при дифференциальной диагностике угрожающих жизни состояний, маскированных действием алкоголя), но и требует особых условий оказания медицинской помощи: непрерывного динамического наблюдения с видеонаблюдением, изоляцией, ограничениями физической активности, специально подготовленного персонала.

Раздел 23. Стоматология

Филиппова С.И., Шмойлова Е.П., Преснякова Л.Н., Мельников Ю.Е.

Распространённость кариеса среди студентов медицинского колледжа имени А.Л. Поленова Института медицины, экологии и физической культуры ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»

ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»

Кариес – это патологический процесс, характеризующийся разрушением твёрдых тканей зуба. На сегодняшний день является самым распространённым стоматологическим заболеванием и по данным ВОЗ составляет 98% среди населения.

Актуальность темы. Известно, что здоровье зубов зависит не только от генетики человека, но и от его привычек. На человека постоянно влияет внешняя среда и в нашем организме происходит множество химических реакций, которые мы не замечаем или даже не догадываемся о них. Одной из таких реакций является кариес. Именно поэтому необходимо полное и тщательное изучение факторов, способствующих развитию кариеса и его последствий, а также методов профилактики этого заболевания.

Цель работы – выявить количество лиц с кариозными поражениями, установить причины возникновения кариеса среди обучающихся Медицинского Колледжа ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет» (УлГУ).

Задачи: понять, как важен процесс гигиены для молодых организмов обучающихся, изучить причины распространённости заболевания кариесом у обучающихся, выяснить причины возникновения кариеса у обучающихся, предложить рекомендации по профилактике кариеса.

Объект исследования – анкеты обучающихся в колледже.

Методы исследования: анкетирование, осмотр, сбор информации, выводы.

Материалы и методы исследования. В период 2023–2024 учебного года было проведено анкетирование обучающихся МК УлГУ в количестве 85 человек.

По анализу анкет было выявлено, что 65 (76,5%) человек придерживаются рекомендаций по профилактики кариеса и чистят зубы лечебно-профилактическими, фторсодержащими зубными пастами и имеют более здоровые зубы. 20 (23,5%) человек, предпочитают чистить зубы пастами с отбеливающим эффектом по разным причинам.

По результатам осмотра было выявлено, что заболеваемость кариесом среди использующих лечебно-профилактические, фторсодержащие зубные пасты ниже, чем среди тех, кто чистит зубы только отбеливающими пастами.

Выводы. Проведенное исследование показало, что распространенность кариеса у обучающихся невысокая.

В процессе исследования было раскрыто и обосновано влияние всех факторов: общее состояние организма, уход за полостью рта, полноценное питание, наследственность.

Гафурова Г.М., Парфёнова Н.Н., Кулишкина О.В.

Применение стоматологического материала «Апексдент» при лечении деструктивных форм периодонтита

ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника города Ульяновска»

Актуальность проблемы. Заболевания верхушечного периодонтита – одна из серьёзных проблем современной стоматологии. В структуре амбулаторного стоматологического приёма пациенты с воспалительными заболеваниями периодонта составляют от 20% до 50% от общего числа обращений. Принципы эндодонтического лечения зубов предусматривают не только качественную инструментальную обработку и obturацию корневого канала, но также адекватное медикаментозное воздействие на патологический очаг.

Одним из видов такого воздействия является временное пломбирование корневых каналов, с применением стоматологического материала на основе гидроксида кальция «Апексдент».

Цель исследования – анализ клинической эффективности лечения деструктивных форм периодонтита при временном пломбировании материалом «Апексдент», сроки стабилизации и ликвидации очагов деструкции.

Метод и материалы для исследования. Для проведения исследования были выбраны 34 пациента с деструктивными формами периодонтита (при отсутствии в анамнезе аллергических реакций на йод) в возрасте от 18 до 62 лет.

На этапе пломбирования корневых каналов пациенты были разделены на две группы, в зависимости от методов лечения:

I. (Основная группа) – 18 (человек) – для временного пломбирования каналов использовался материал «Апексдент» сроком до 6 месяцев.

II. (Контрольная группа) – 16 (человек) – для временного пломбирования каналов использовался материал «Пульпосептин» на 7–10 суток.

Результаты исследования. Показателями эффективности лечения деструктивных форм периодонтита являлись: показатели рентген контроля после пломбирования канала, отсутствие жалоб у пациентов, использование зуба в акте жевания, безболезненная реакция на перкуссию зуба, ликвидация свищевых ходов, снижение воспалительной реакции слизистой оболочки в области зуба, отсутствие обострения.

Результаты оценивались через 1 месяц, 6 месяцев и год.

Через **1 месяц** в основной группе:

– у 10 человек наблюдалась регрессия очага деструкции (55%); у 6 человек наблюдалось появление очагов остеогенеза и формирование костной ткани (33%);

– у 2 человек – отсутствие на рентгенограмме признаков прогрессирующей деструкции костной ткани или иначе стабилизация процесса (11%).

В контрольной группе у 3 человек – регрессия очага деструкции (19%);

– у 5 человек – появление очагов остеогенеза (31%);

– у 8 человек – стабилизация очага деструкции (50%).

Через **6 месяцев** в основной I группе:

– у 10 человек – значительная регрессия очага деструкции $> 1/2$ (55,5%);

– у 5 человек – регрессия $< 1/2$ (28%);

- у 1 человека – появление остеогенеза (5,5%);
- у 2 человек – стабилизация процесса (11%).

В контрольной II группе:

- у 2 человек – значительная регрессия очага $> \frac{1}{2}$ (12,5%);
- у 6 человек – регрессия $< \frac{1}{2}$ (37,5%);
- у 4 человек – появление остеогенеза (25%);
- у 4 человек – стабилизация очага деструкции (25%).

Через год в I группе:

- у 10 человек – наблюдалась полная ликвидация очагов деструкции (55,5%);
- у 6 человек – на рентгенограмме значительная регрессия очагов деструкции (33,5%);
- у 2 человек – стабилизация очага деструкции (11%).

Во II группе (контрольной):

- у 2 человек наблюдалась полная ликвидация очагов деструкции (12%);
- у 6 человек – регрессия очагов деструкции $> \frac{1}{2}$ (38%);
- у 8 человек – стабилизация очага деструкции (50%).

После постоянного пломбирования корневых каналов у пациентов I группы с использованием материала «Апексдент» осложнения возникли в первые трое суток у 2-х человек (11,1%) в виде боли в области зуба, усиливающийся при надкусывании, гиперемии и отёка слизистой. Симптомы в течение 2-3 дней исчезли самостоятельно. Во II группе (контрольной) количество осложнений возникло у 7 человек (44%). Двум пациентам была выполнена периостеотомия, назначена противовоспалительная терапия, трём пациентам назначены физиотерапевтические методы лечения.

Через 6 и 12 месяцев наблюдения пациенты I группы жалоб не предъявляли и объективные признаки воспаления в периодонте отсутствовали. У пациентов II группы через 6 месяцев диагностировано обострение в 3 случаях, через 12 месяцев – в 2 случаях.

Выводы. Как показали результаты исследования, применяемый нами стоматологический материал «Апексдент» на основе гидроокиси кальция и йодоформа для пломбирования каналов зуба эффективно работает в отношении деструктивных форм периодонтитов и может более широко использоваться в стоматологической практике.

Физюкова Г.Г., Семёнов А.А., Филиппов М.В., Валитов И.Ф.

Комплексный подход в реабилитации пациентов с отсутствием зубов в дистальных отделах челюстей с применением внутрикостных имплантатов

ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника города Ульяновска»

Актуальность. Концевой дефект – это отсутствие жевательных зубов в дистальных отделах зубных рядов верхней или нижней челюстей. Причины утраты могут быть различными, от заболеваний полости рта до возрастных факторов. Отсутствие коренных зубов – одна из самых неприятных проблем, поскольку у пациента нарушается прикус, а проблемы с пережёвыванием пищи, как следствие, приводят к заболеванию пищеварительной системы. Кроме того, в результате отсутствия зубов заметно уменьшается в объёме костная ткань альвеолярного отростка челюстей, а щёки впадают внутрь полости рта, что заметно отражается на эстетике лица. Поэтому реабилитация пациентов с концевыми дефектами зубных рядов – актуальная проблема.

Частичное отсутствие зубов – один из самых распространённых видов патологии зубочелюстной системы. На протяжении многих лет клиническая картина концевого дефекта зубного ряда является наиболее трудной для достижения успешного результата ортопедического лечения, из-за отсутствия дистальной опоры (Кулаков А.А., Лосев Ф.Ф., Гветадзе Р.Ш. 2006.).

Многие протезы для надёжной фиксации должны иметь как минимум два опорных зуба. Кроме того, искусственные зубы должны выдерживать максимальные нагрузки, так как на них приходится самое большое давление при пережёвывании пищи. По данным исследований (Кузнецов П.А. с соавт., 1985, Жулев Е.Н., 2005), концевые дефекты зубных рядов встречаются с частотой от 18,3% до 55% случаев, что приводит к смешанной функции фронтальной группы зубов. Её возникновение связано с тем, что при отсутствии моляров и премоляров вся нагрузка переходит на переднюю группу зубов (Гаврилов Е.И., Жулев Е.Н.). Несвоевременное ортопедическое лечение таких больных ведёт к развитию деформации зубных рядов и патологическим изменениям со стороны височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) (Криштаб С.И. с соавт., 1984. Миликевич В.Ю. с соавт., 1984, Хватова В.А., 2005.)

Восстановление концевых дефектов зубных рядов на ранних стадиях предотвращает развитие патологических изменений в ВНЧС, деформаций зубных рядов, связанных с перемещением зубов, формирование отражённого травматического узла из-за перераспределения жевательных усилий (Никольский В.Ю, Монаков В.А., 2006). Кроме того, при концевых дефектах зубных рядов наблюдаются изменения в жевательных мышцах, что выражается в снижении их биоэлектрической активности (Щербаков А.С., 1978, Пономарева В.А. с соавт., 1987).

Существует несколько вариантов конструкций протезов для замещения концевого дефекта зубных рядов: частичные съёмные пластиночные протезы, бюгельные протезы с кламмерной и замковой фиксацией, консольные мостовидные протезы, протезирование на дентальных имплантатах.

Дентальная имплантация в последние десятилетия стала одним из основных видов реабилитации пациентов, нуждающихся в ортопедической стоматологической помощи. Данный вид относится к высокотехнологической помощи. Восстановление концевого дефекта зубного ряда протезными конструкциями, опирающимися на дентальные имплантаты, позволяет рассматривать решение данной проблемы на новом качественном уровне (Робустова Т.Г., 2003).

Цель исследования – анализ результатов ортопедического лечения пациентов с концевыми дефектами зубных рядов с применением внутрикостных дентальных имплантатов.

Материал и методы. Для достижения поставленной цели на базе ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника города Ульяновска» было организовано протезирование на имплантатах с 2013 года с использованием различных имплантационных систем.

С 2019 по 2023 гг. было проведено обследование и лечение 192 пациентов с концевыми дефектами зубных рядов в возрасте от 33 до 66 лет, в том числе 67 (31,0%) мужчин и 135 (69,0%) женщин, с использованием имплантатов системы Cortex (Израиль).

В 2019 году 20 (10,5%) пациентов, в 2020 году 44 (23%) пациентов, в 2021 году 25 (13,0%) пациентов, в 2022 году 20 (10,5%) пациентов, в 2023 году 82 (43%) пациента. Всем пациентам было проведено обследование с применением клинических, рентгенологических (ОПТГ), функциональных мето-

Выводы. Обследование пациентов с концевыми дефектами зубных рядов показало, что ортопедическое лечение ранее проведено лишь в 54% (103 пациента) случаев.

У 88 пациентов (46%) случаев ортопедическое лечение ранее не проводилось.

Протезные конструкции представляли собой либо частичные съёмные пластиночные и бюгельные протезы, либо консольные мостовидные протезы, которые не устраивали пациентов вследствие низкой функциональности и эстетичности.

У всех пациентов, прошедших ортопедическое лечение с применением внутрикостных дентальных имплантатов с последующим клиническим наблюдением, отмечается стабильная ремиссия костной ткани в области имплантатов. Протезы состоятельны в функциональном и эстетическом плане. На данном этапе дентальная имплантация является единственной альтернативной съёмным и консольным мостовидным протезам при лечении ортопедических пациентов с концевыми дефектами зубных рядов, как на верхней, так и на нижней челюстях, и пользуется спросом у широкого круга лиц.

Соломатина Н.Н., Ахметова Э.В., Баширова Н.Ф., Горбунова В.Ю.

Влияние употребления снюса на состояние слизистой полости рта

ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника г. Ульяновска»

В последнее время в молодежной культуре резко возросла частота употребления бездымных табачных изделий. Последние публикации показывают патогенное воздействие употребления вейпов как на слизистую ротовой полости, так и на весь организм. Помимо вейпов и электронных сигарет, из западной культуры в Россию пришло и употребление снюса. Снюс известен с 1637 года, а в России представлен с 2004 года.

Снюс – это тип «измельченного увлажненного табака», сделан из табака мелкого помола, воды, поваренной соли, соды и содержит ароматизаторы. При употреблении влажный пакетик снюса помещается в преддверие ротовой полости, т.е. закладывается за верхнюю или нижнюю губу или за

щеку. Поваренная соль и сода, которые содержатся в снюсе, раздражают слизистую оболочку рта, вызывая ее мацерацию, что способствует усилению кровотока в месте раздражения и быстрому всасыванию никотина, вызывающего табачную зависимость, и других активных ингредиентов. В одном грамме снюса содержится 12–45 мг никотина.

Снюс, как и другие средства, содержащие никотин, вызывают зависимость. Производители табачных изделий часто рекламируют применение снюса в общественных местах, где курение запрещено.

Никотин стимулирует гипоталамический центр удовольствия, с этим связано появление пристрастия к табаку. Эйфорический эффект в известной степени подобен действию кокаина. Вслед за стимуляцией мозга наступает значительный спад, вплоть до депрессии, это вызывает желание увеличить дозу никотина. Подобный двухфазный механизм характерен для всех наркотических стимуляторов, сначала возбуждающих, затем угнетающих.

В научной литературе имеются сведения о канцерогенном потенциале снюса, проявляющиеся ростом обнаружения рака поджелудочной железы, плоскоклеточной карциномы слизистой ротовой полости, лейкоплакии. Кроме того, доказано, что употребление снюса является фактором риска возникновения сердечно-сосудистых заболеваний. Несомненно, патогенное влияние снюса на слизистую ротовой полости и ткани пародонта. В связи с изложенным, целью нашего исследования явилось изучение частоты возникновения заболеваний пародонта и слизистой ротовой полости у лиц, употребляющих снюс.

Исследование проводилось на базе ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника г. Ульяновска». В анализируемую группу включали лиц в возрасте от 18 до 30 лет, пришедших на прием к врачу-стоматологу без разделения по гендерному признаку, не находившиеся на ортодонтическом лечении. Всего в обследовании приняли участие 67 человек. Среди обследуемых выделили группу пациентов, употребляющих снюс ($n = 17$) и группу не употребляющих никотинсодержащие средства ($n = 50$). Каждому пациенту при обследовании была предложена к заполнению анкета об употреблении никотинсодержащих веществ.

В результате анализа анкет и данных клинического обследования в группе лиц, не употребляющих никотинсодержащие препараты наиболее часто встречался кариес зубов (72,5%) и катаральный гингивит (27%).

Из 50 обследованных 8 человек не имели активных патологических процессов и в лечении не нуждались (16%).

В группе лиц, употребляющих снюс как периодически (в виде замены курению сигарет), так и постоянно (ежедневно), также наиболее часто встречались проявления кариеса (74%). Однако на втором месте по частоте встречаемости наблюдались воспалительно-дистрофические изменения тканей пародонта – лейкоплакия (у 9 человек из 17, употребляющих снюс – 52,9%), причем все лица с лейкоплакией указывали на ежедневное употребление снюса. При осмотре отмечали соответствие локализации лейкоплакических очагов месту наложения пакетиков со снюсом. Чаще всего это было преддверие верхней или нижней губы, в двух случаях это был участок под языком. Помимо лейкоплакии, в этой группе были выявлены пародонтальные проявления – катаральный гингивит (31%), хронический пародонтит (5,9% – 1 человек).

Таким образом, анализ анкет и клинических данных свидетельствует о наличии связи развития кариеса и употребления снюса и значительном негативном влиянии снюса на слизистую оболочку ротовой полости. Благодаря своему составу, снюс имеет щелочное значение pH (7,8-8,5), что вызывает повреждение поверхностных слоев эпителия, его мацерацию и, как следствие, усиление пролиферативных процессов. А влияние компонентов табачных смол вызывает нарушение пролиферации и развитие лейкоплакии. Следует отметить, что в нашем обследовании не было выявлено ни одного случая злокачественного перерождения эпителия, что объясняется молодым возрастом пациентов (до 30 лет) и употреблением снюса не более 3 лет. Однако в литературе описываются многочисленные случаи возникновения плоскоклеточного рака слизистой ротовой полости у больных, употребляющих снюс и насвай более 10 лет. Лейкоплакия, являясь предраковым заболеванием, демонстрирует злокачественный потенциал употребления снюса.

Врачи-стоматологи должны при профилактических и плановых осмотрах обращать внимание на состояние слизистой оболочки, проводить разъяснительную работу среди потребителей никотинсодержащих средств, особенно среди подростков, о вреде и возможных последствиях их применения. Осматривая слизистую полости рта, необходимо акцентировать внимание на местах возможного применения пакетиков снюса – в преддверии рта за верхней или нижней губой.

Анализ наиболее частых причин поломок съёмных протезов

ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника г. Ульяновска»

В практической работе врача стоматолога-ортопеда нередко случаи поломок базисов, кламмеров или искусственных зубов съёмных протезов. Учитывая массовость изготовления съёмных зубных протезов, материальные затраты, которые несут пациенты и специалисты, актуальным является вопрос продления сроков службы съёмных протезов. Для этого важно выявить причины, приводящие к поломке протезов: результат ошибок, допущенных по вине врача или зубного техника, следствие анатомических и функциональных изменений, которые произошли в челюстно-лицевой области после изготовления зубных протезов, ошибки пациентов при пользовании и уходе за протезами.

Цель данной работы – изучение причин и частоты возникновения переломов частичных и полных съёмных зубных протезов.

Материалы и методы. В работе были проанализированы данные, полученные при обращении пациентов за починками съёмных зубных протезов в 2018 году, в 2019 году и в 2023 году. Всего подвергались починке 256 протезов, в том числе 182 протеза верхней челюсти, из них 89 полных съёмных протезов, 93 частичных съёмных протеза. У пациентов старше 50 лет – 74 протеза нижней челюсти: из них 40 полных съёмных протезов и 34 частичных съёмных протезов.

Были установлены основные причины, приводящие к поломке протеза, несоответствие прочностных характеристик конструкционных материалов функциональным нагрузкам, образование зон напряжения в базисах протезов, нарушение технологии изготовления протезов. Допущенные неточности в процессе выполнения лабораторных этапов изготовления протезов, начиная с рабочих моделей, где шероховатости на моделях мешают плотному прилеганию базисов протезов к протезному ложу. Смещение зубов и искривление базиса в результате поломки гипсовой модели при неаккуратном гипсовании и прессовании, неполное очищение перед формовкой пластмассы от воска и мелких кусочков гипса приводит к снижению прочности базиса или фиксации искусственных зубов. Несоблюдение ре-

жима полимеризации приводит к потере эластичности пластмассы, что влечет за собой к поломку протеза.

Нерациональная постановка зубов, неправильное расположение отростка кламмера, недостаточное удаление воска из кюветы, паковка с недостаточным количеством пластмассы в кювету, нарушение режима полимеризации пластмассы. Часто причиной поломки кламмера является неправильное или неоднократное его изгибание. В последнем случае на месте изгиба образуются микротрещины, которые при многократном введении и выведении протеза из полости рта приводят к поломке протезов.

Ошибки при изготовлении съемных пластиночных протезов допускаются и врачом на различных клинических этапах изготовления протеза: обследования больного, выбора оттискового материала и метода получения оттиска, изоляции костных образований на альвеолярных гребнях и нёбе. Причиной может быть неправильное определение центральной окклюзии и центрального соотношения челюстей, а следовательно, неравномерное смыкание зубных рядов и баланс протеза (необходимо обращать внимание на плотность прилегания шаблонов к модели), неправильная припасовка протеза, многократные перегибы кламмеров, излишнее сошлифовывание искусственных зубов, неустраненные супраконтакты и отсутствие множественного смыкания. При наложении протеза врач обязан проверить не только центральное смыкание челюстей, но и соотношение зубных рядов при всех фазах движения нижней челюсти.

Небрежное, неаккуратное отношение пациента к хранению и использованию протезов, а также объёмные изменения слизистой оболочки и костной ткани в области протезного ложа, связанные с возрастом или патологическим процессом в тканях челюстно-лицевой области, развитие неравномерной атрофии альвеолярных гребней могут вызвать балансировку протезов, что впоследствии приводит к их поломке.

Наиболее частые переломы встречались у зубных протезов, срок службы которых составлял от двух до четырех лет. Причинами переломов были нестабильность посадки у 76 (29,7%) протезов, случайное падение у 45 (17,6%) протезов, окклюзионная перегрузка у 29 (11,3%) протезов, дефекты полимеризации у 70 (27,4%), воздействие силы, срабатывающей при приложении жевательной нагрузки, у 18 (7%) протезов, другие причины – у 18 (7%) протезов.

Средний срок пользования съёмным пластиночным протезом составлял 3-5 лет.

Срок службы протеза меняется в зависимости от возраста, общего состояния и индивидуальных особенностей организма. При нарушении прилегания протеза к слизистой оболочке он начинает балансировать, что затрудняет пользование и часто ведет к поломке. При таких условиях починка является неэффективной и пациенту предлагается изготовление нового протеза.

Физюкова Г.Г., Низамова Ф.Ф., Соломатина Н.Н.

Лечение и профилактика вторичной адентии у пожилого населения

ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника г. Ульяновска»

Неуклонный рост продолжительности жизни влечет за собой увеличение числа людей старше 60 лет. По прогнозу, к 2050 году в России количество пожилых граждан достигнет до 31% от общей численности населения.

В Ульяновской области, как и в целом в Российской Федерации, ситуация характеризуется прогрессирующим старением населения.

В регионе увеличилась продолжительность жизни населения с 66,3 лет в 2006 году до 70,4 лет в 2015 году. В 2023 году выросла до 72,19 года.

Продолжительность ожидаемой здоровой жизни составила 57 лет.

Показатели здоровья ухудшаются с возрастом. Около 80% лиц старшего поколения страдают множественной хронической патологией. В среднем у одного пациента старше 60 лет обнаруживается 6-8 различных хронических заболеваний. Затраты на медицинскую помощь пациентам 70 лет и старше в разы превышают стоимость лечения граждан трудоспособного возраста. Потребность в оказании медицинской помощи у населения старшего поколения сохраняется очень высокой и существенно влияет на качество жизни человека в целом. Потребность и показания к протезированию съёмными протезами у пациентов после 50 лет достигают более 50%. Стоматологическое здоровье – это часть общего здоровья, качество жизни оценивается в части физических, функциональных, социальных,

коммуникативных и психологических параметров человека. Оказание медицинской помощи при стоматологических заболеваниях преследует цель предупреждения нарушения жизненно-важных функций организма, достижение и поддержание функционального, эстетичного и социально приемлемого состояния полости рта в течение жизни.

Целью настоящей работы является повышение эффективности лечебно-профилактических мероприятий среди пожилого населения.

Задачи: провести анализ стоматологического статуса полости рта у пожилых лиц с диагнозом «вторичная адентия», определить нуждаемость в протезировании зубов.

Материал и методы. В 2023 году на стоматологический прием в ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника города Ульяновска» зарегистрировано 29 160 первичных обращений от пациентов в возрасте старше 60 лет. В том числе население 60–74 года, 23 205 первичных обращений и 78 589 повторных посещений. Среди населения старше 75 лет число первичных обращений составило 5 955, повторных посещений – 18 978. Всего зарегистрировано 95 567 посещений с целью получения услуг по санации полости рта. Пациенты получали медицинскую помощь в системе ОМС, где предусмотрены услуги по лечению зубов и заболеваний слизистой оболочки полости рта, по удалению корней разрушенных зубов. После санации полости рта более чем в 50% случаях было рекомендовано протезирование зубов, по показаниям. Услуги по протезированию зубов в системе обязательного медицинского страхования не предусмотрены. Критерии нуждаемости в протезировании определяются отсутствием функциональных групп зубов, где превалирует отсутствие жевательных групп зубов, что приводит к нарушению функции зубочелюстного аппарата и снижению качества жизни человека в целом.

Таким образом, нуждаемость в протезировании зубов среди населения старше 60 лет составила 14 580 человек.

Выводы. Потребность в оказании медицинской помощи по протезированию зубов при адентии у населения старшего поколения высокая. Очевидна необходимость структурных организационных мероприятий, направленных на развитие медицинской помощи при стоматологических заболеваниях пациентам пожилого и старческого возраста, что в конечном итоге приведет к увеличению средней продолжительности жизни населения региона.

Раздел 24. Травматология

Шевалаев Г.А.¹, Сорокин О.И.², Дашкин В.В.², Ермоленко А.С.²

Коррекция расстройств гомеостаза у пациентов с переломами длинных трубчатых костей

¹ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»;

² ГУЗ «Ульяновский областной клинический центр специализированных видов медицинской помощи имени Е.М. Чучкалова»

Актуальность. Прогрессивное развитие современного общества сопряжено с дорожно-транспортными происшествиями, боевыми конфликтами, техногенными катастрофами и другими катаклизмами. Они могут стать причиной травм. Сочетанная травма приводит к развитию травматической болезни – нарушению жизнедеятельности организма, расстройствам гомеостаза, которые при неэффективности центральной регуляции и без оптимально подобранной тактики лечения могут приводить к тяжелым, угрожающим жизни пациента осложнениям. Многообразные проявления травматической болезни развиваются у травмированных обычно в первые часы и сутки – вначале развитием шока, а в дальнейшем развитием эндогенной интоксикации.

Цель исследования – исследовать в динамике расстройства гомеостаза и оценить эффективность антиоксиданта мексидол в их коррекции у пациентов с переломами длинных трубчатых костей.

Материалы и методы исследования. Работа основана на материалах 120 клинических наблюдений пациентов с переломами длинных трубчатых костей. Всем пациентам выполнен остеосинтез. Все пациенты разделены на две группы. Первая группа ($n = 75$) – пациенты в возрасте от 20 до 65 лет ($36,8 \pm 6,8$), при этом мужчин было 52 (69,3%), женщин – 23 (30,7%). Переломы костей голени в этой группе диагностирован у 43 (57,3%) пациентов, перелом бедренной кости – у 32 (42,7 %) пациентов. Этой группе в послеоперационном периоде проводилась базисная терапия. Вторая группа ($n = 45$) – пациенты в возрасте от 21 до 67 лет ($37,48 \pm 5,9$), из них мужчин было 33 (73,3%), женщин – 12 (26,7%). Переломы костей

голени во второй группе составили 32 (71,1%), переломы бедренной кости – 13 (28,9%) пациентов. В этой группе в послеоперационном периоде проводился комплекс базисной терапии с дополнением антиоксиданта мексидол. У пациентов обеих групп при поступлении и в послеоперационном периоде (1, 3, 5, 7 сутки после операции), кроме рутинных показателей исследовали уровень эндогенной интоксикации (ЭИ), состояние липидного обмена и перекисного окисления липидов (ПОЛ) в плазме крови и эритроцитах.

Научные изыскания велись при информированном согласии пациента в соответствии с международными нравственными требованиями ВОЗ (правила GCP – Good Clinical Practice), предъявляемыми к медицинским исследованиям с участием человека (Женева, 1993).

Результаты исследования и их обсуждение. Клинико-лабораторные исследования показали, что у пациентов при поступлении в клинику возникали существенные нарушения гомеостаза. Важнейшим критерием расстройств гомеостаза является ЭИ. Нами отмечено увеличение показателей общей концентрации альбумина (ОКА) и эффективной концентрации альбумина (ЭКА), которые снижались соответственно на 8,77 и 14,79% ($p < 0,05$). Индекс токсичности плазмы (ИТ) повышался на 91,06% ($p < 0,05$). Хирургическая операция (остеосинтез) усугубляла нарушения изучаемых показателей. В первые трое суток после операции количество лейкоцитов и сегментоядерных нейтрофилов в общем анализе крови было достоверно повышенным соответственно на 46,8 и 18,6 %. Таким образом, проведенные исследования в первой группе показывают, существенные нарушения гомеостаза, в частности ЭИ, нарушения липидного состава плазмы крови и эритроцитов, интенсификацию ПОЛ и нарастание активности фосфолипазы А2. Применение мексидола позволило уменьшить интенсивность ПОЛ, фосфолипазы А2 в плазме крови и эритроцитах, а на 5–7 сутки наблюдения – нормализовать процессы липоперекисления. Это подтверждалось отсутствием существенных отличий изучаемых показателей от нормальных значений. Также установлено, что лабораторные показатели коррелируют с клинической картиной.

Выводы. Применение антиоксиданта мексидола у больных переломами длинных трубчатых костей приводит к заметной коррекции расстройств гомеостаза, уменьшению негативных последствий хирургической агрессии, что обуславливает и клинический эффект такого рода комплексной терапии.

Шевалаев Г.А.¹, Сафетов М.Р.², Манин А.В.², Элли А.С.²

Переломы лодыжек у взрослых

¹ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»;

² ГУЗ «Ульяновский областной клинический центр специализированных видов медицинской помощи имени Е.М. Чучкалова»

Актуальность. Переломы дистального отдела большеберцовой и малоберцовой костей составляют около 8–10% всех переломов голени. Чаще повреждения возникают у мужчин, чем у женщин. Средний возраст пострадавших колеблется в пределах 35–40 лет. В последние десятилетия частота данных повреждений возрастает, что связано в первую очередь с ростом количества ДТП. Одной из особенностей данных переломов в том, что имеется небольшое покрытие костных образований мягкими тканями. Также следует отметить близкое расположение венозной сосудистой сети к костным образованиям и их повреждение при травме, частое образование венозных тромбов при травме и т.д. Не до конца решены тактические вопросы оперативного лечения лодыжек.

Цель исследования – оценить эффективность различных видов лечения, выявить осложнения, увеличивающих срок реабилитации и восстановления трудоспособности при переломах лодыжек.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 320 пациентов с повреждением лодыжек (код заболевания по МКБ10: S82.5, S82.6) в травматологическом пункте ГУЗ УОКЦСВМП им. Е.М. Чучкалова. В зависимости от возраста пациенты распределены следующим образом: до 18 лет – 20 (6,3 %) пациентов, 19–45 лет – 112 (35%), 46–60 лет – 116 (36,3%) пациентов и старше 60 лет – 62 (19,4%).

Результаты и их обсуждение. С переломом наружной лодыжки (S82,6) пролечено 277 (86,6%) пациентов, с переломом внутренней лодыжки (S82,5) – 43 (123,4%).

По длительности лечения переломов наружной лодыжки получены следующие результаты: в 42% случаев длительность лечения составила 21–35 дней, обусловлена наличием не осложнённых переломов без смещений и ранним периодом реабилитации. В 19 сроки лечения составили 35–40 дней, это среднестатистические сроки не осложнённых переломов без смещений, согласно данным руководства практических врачей под редакцией Корнило-

ва А.В. В 39% случаев длительность лечения более 40 дней, – это, как правило, переломы со смещением, наличие эпидермальных пузырей, выраженного отёка и болевого синдрома, постиммобилизационных контрактур, что в общем значительно препятствовало своевременному началу реабилитации.

По длительности лечения переломов медиальной лодыжки получены следующие результаты: в 82% случаев лечение до 8 недель (что обусловлено прямым механизмом травмы), возможностью ранней реабилитацией и отсутствием осложнений в виде смещения, эпидермальных пузырей. В 9% период лечения 8–10 недель – это среднестатистические сроки неосложнённых переломов без смещений, в 2% лечение 10–12 недель, сроки обусловлены наличием осложнений в виде смещения. В 7% сроки лечения составили более 12 недель, обусловлено это наличием осложнений в виде вторичных смещений и наличием поверхностных сосудистых патологий.

Выводы. Из вышеизложенного следует, что в структуре рассмотренных нозологических форм преобладают лица молодого трудоспособного возраста (19–45 лет), что в свою очередь демонстрирует актуальность данной проблемы. С целью сокращения длительности лечения, необходимо улучшить специализированную помощь в травматологическом пункте и в стационаре, а также использование в ранней реабилитации современных аппаратов механотерапии.

Кузин А.А., Мигуков К.А., Настиев Р.Д., Савельев А.С.

**Анализ хирургической коррекции основных врожденных
аномалий развития кисти в условиях
травматолого-ортопедического отделения
ГУЗ «Ульяновская областная детская клиническая больница
имени политического и общественного деятеля Ю.Ф. Горячева»**

ГУЗ «Ульяновская областная детская клиническая больница имени политического
и общественного деятеля Ю.Ф. Горячева»

Актуальность. Врождённые деформации кисти – один из сложных разделов детской ортопедии. Дефекты кисти составляют 65–95% от всех

врожденных пороков развития верхних конечностей. Отмечается возрастание частоты патологий верхних конечностей в наши дни.

Цель – анализ хирургической коррекции врожденных аномалий развития кисти в условиях травматолого-ортопедического отделения ГУЗ УОДКБ.

В условиях нашего отделения в период с 2014 г. по 2024 г. выполнено множество операций детям с различными врожденными аномалиями развития кисти. Всего было пролечено 524 ребенка с такими заболеваниями как: синдактилия (101); камптодактилия (10), полидактилия (182), болезнь Нотта (211), врожденный вывих 1 пальца кисти (12); врожденный трехфалангизм (3); Врожденный синостоз пястных костей (5).

Синдактилия – врожденное сращение двух и более пальцев (около 50% врожденных аномалий верхних конечностей). Единственный метод лечения хирургический. Методы оперативного лечения включают в себя Z-образную пластику по Лимбергу, пластику свободным кожным лоскутом, комбинированные пластики, корригирующие остеотомии с последующей фиксацией спицами. В каждом случае метод, этапность операций и объем хирургического лечения подбираются индивидуально.

Камптодактилия – порок развития кисти, при котором формируется сгибательная контрактура, обусловленная деформацией проксимального межфалангового сустава пальца за счет укорочения сухожилия. Основным методом лечения является пластика сухожилия поверхностного сгибателя пальца, в некоторых случаях его транспозиция. При недостаточной коррекции производилась укорачивающая остеотомия проксимальной фаланги пальца.

Полидактилия – это врожденная аномалия развития, при которой на конечностях формируются дополнительные пальцы. Они могут быть нормально развитыми или выглядеть как рудиментарные придатки. Лечение только оперативное, путем резекции дополнительного сегмента и, при необходимости, применением кожной пластики.

Врожденный трехфалангизм характеризуется тем, что 1 палец состоит из трёх фаланг, что сопровождается деформацией пальца и нарушением функции. Выполняется резекция проксимального или дистального межфалангового сустава, пластика капсульно-связочного аппарата сустава, остеосинтез металлоконструкцией.

Врожденный вывих 1 пальца кисти: метод лечения хирургический, выполняется открытое вправление вывиха, артролиз проксимального межфалангового сустава, остеосинтез металлоконструкцией.

Врожденный синостоз пястных костей – редкий порок развития, характеризующийся деформацией кисти. Метод лечения хирургический – выполняется корригирующая остеотомия с устранением деформации, остеосинтез металлоконструкцией.

Болезнь Нотта – заболевание сухожильно-связочного аппарата кисти, связанное с утолщением и гипертрофией кольцевидной связки. Клиническая картина характеризуется типичным «защелкиванием» пальца. В большинстве случаев поражается 1 палец кисти. Основным методом лечения хирургический, так как консервативные методы лечения (лечебная гимнастика и физиотерапевтические процедуры) малоэффективны. Операция заключается в рассечении кольцевидной связки.

Выводы: 1. Имеется тенденция к росту количества врожденных пороков развития кисти, что требует обязательной коррекции, индивидуального подхода и планированию тактики лечения. 2. Оптимальный возраст для оперативного лечения – от 1 года до 5 лет, так как в этот период происходит разработка и приобретение навыков пользования конечностью, развитие мелкой моторики. 3. Оперативное лечение успешно проводится в условиях травматолого-ортопедического отделения, за исключением микрохирургической техники. 4. Основной целью лечения порока развития является устранение косметического дефекта, восстановление функции конечности, адаптация и социализация ребенка.

Гришин В.В., Земсков А.Ю., Попов А.А., Королев Д.С.

Чрескостный спицевой остеосинтез при лечении переломов лучевой кости в типичном месте

ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска»

Одним из наиболее частых переломов среди травм скелета является перелом лучевой кости в типичном месте. При этом в повреждении участ-

вуют две или три костные колонны лучезапястного сустава. В настоящее время наиболее часто принято лечить переломы лучевой кости проведением закрытой репозиции с фиксацией в гипсовой или полимерной повязке, однако вторичное смещение отломков, развитие нейротрофических осложнений побуждают чаще применять хирургическое лечение. Одним из методов хирургического лечения является закрытая репозиция под наркозом с чрескостным остеосинтезом спицами Киршнера.

В течение последних 3 лет проводилось активное оперативное лечение переломов в «типичном месте» при нестабильных переломах дистального отдела лучевой кости. Всего были прооперированы 43 пациента разных возрастных групп. Методика заключается в проведении закрытой репозиции отломков под наркозом с фиксацией спицами Киршнера, под контролем С-дуги и дополнительной гипсовой фиксацией. Данный метод оперативного лечения позволяет пациенту обойтись малыми сроками стационарного лечения, т.к. позволяет произвести репозицию отломков закрыто, без открытого доступа к отломкам и перевязок послеоперационной раны. В последующем удаление спиц производится на амбулаторном этапе через 5-6 недель с проведением рентгенконтроля и снятия гипсовой иммобилизации. После этого производится функциональная разработка лучезапястного сустава. Причиной выбора данного метода хирургического лечения является малоинвазивность, создание благоприятных условий для сращения каждой из костей предплечья и максимально раннее начало всех видов движений предплечья и кисти.

Трудоспособность у 38 больных восстановлена в сроки от 60 до 70 дней. Ограничение функции предплечья отмечено у 5 пациентов, что было связано со значительной тяжестью его повреждения. У 4 пациентов отмечалось воспаление в месте проведения спиц, что связано с нарушением режима и несоблюдением рекомендаций врача на амбулаторном этапе.

Таким образом, данный метод лечения позволяет обойтись малоинвазивностью, короткими сроками стационарного лечения и началом раннего этапа реабилитации у пациентов.

Мухамметжанов Р.К., Земсков А.Ю., Попов А.А., Королев Д.С.

Анализ лечения заболевания и травм коленного сустава

ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска»

Артроскопия как метод диагностики и лечения некоторых травм и заболеваний крупных суставов прочно заняла свое место в структуре хирургических пособий, выполняемых ортопедами-травматологами клиник различного уровня. Год от года увеличивается спектр технического обеспечения проведения артроскопий, расширяется перечень показаний. На современном этапе развития медицины в РФ артроскопию можно считать методом выбора в схеме лечебно-диагностических мероприятий, оказываемых больным с заболеваниями и травмами коленного сустава. В ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска» артроскопию коленного сустава мы выполняем с 2003 г. при помощи артроскопов, инструментов, шейвера фирмы ЭЛЕПС, ППП, МФС.

Цель исследования – провести анализ лечения пациентов с травмами и заболеваниями коленного сустава артроскопическим методом.

Методы исследования. Наш опыт основан на проведении 117 артроскопических вмешательств на коленном суставе у 117 пациентов в возрасте от 20 до 78 лет. При этом большую часть пациентов составили лица мужского пола (68%) трудоспособного возраста. Показаниями к артроскопии коленного сустава считали: дополнение диагностической картины в сложных клинических случаях; болезнь Кенига; повреждение мениска (менисков), подтвержденное МРТ исследованием; деформирующий остеоартроз 1-2 ст. Пациентов перед операцией обследовали клинически, рентгенографически, при помощи УЗИ, МРТ.

Результаты. Операции проводили по стандартным методикам под общей или эпидуральной анестезией. В большинстве случаев использовали переднелатеральный и переднемедиальный доступы. Положение оперируемой конечности на операционном столе горизонтальное, что позволяет управлять суставом, сгибая и разгибая голень. У внешней стороны операционного стола на уровне нижней трети бедра устанавливали стандартный упор.

При обнаружении какого-либо повреждения мениска или обоих вы-полняли их частичную резекцию в пределах здоровой ткани. При болезни Кенига удаляли свободно лежащие фрагменты хряща, перифокальную перфорацию хряща. При деформирующем остеоартрозе 1–2 ст. рассечение бедренно-надколенниковой спайки, хондроперфорацию. В раннем послеоперационном периоде применяли холод на область сустава. Со второго дня после операции назначали изометрические сокращения мышц бедра и голени, активные движения в суставах второй конечности. Ходьбу разре-шали на следующий после операции день. После снятия швов назначали массаж мышц бедра и голени.

Среди осложнений отмечали следующие: проникновение жидкости в параартикулярные ткани (5 наблюдений) проявлялось выраженным отеком, ликвидировали иммобилизацией тутором, физиолечением в течение 3–5 дней. Послеоперационный гемартроз (4 наблюдения) устраняли пункцион-ным путем. Послеоперационный синовит отмечали у 9 больных, у которых потребовалось от 3 до 4 пункций с однократным введением дипроспана.

В 95% случаев отмечали достижение хорошего или удовлетвори-тельного результатов. У 4 пациентов отмечался неудовлетворительный ре-зультат, так как сохранялись жалобы пациентов на боль или достигнутый положительный эффект был незначительным по продолжительности.

Выводы. Наш опыт применения артроскопии подтверждает извест-ный факт – артроскопия, выполненная по показаниям и с соблюдением стандартных технологий, позволяет диагностировать и лечить многие па-тологические изменения коленного сустава с отличными результатами.

Попов А.А., Земсков А.Ю., Мухамметжанов Р.К., Королев Д.С.

Вопросы о тактике лечения закрытых переломов лодыжек

ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска»

Целью работы является определение оптимальных методов лечения закрытых переломов костей голеностопного сустава в зависимости от типа повреждения.

Работа основана на анализе клинико-рентгенологических данных и разных методов лечения 123 пострадавших в возрасте от 18 до 70 лет за 2023 г.

Оценка тяжести повреждения голеностопного сустава осуществляется по классификации АО / ASIF: тип А – подсиндесмозный (3,4% больных), тип В – чрезсиндесмозный (76,9% больных) и тип С – надсиндесмозный (19,7% больных) перелом.

Показаниями к закрытой ручной репозиции с последующей гипсовой иммобилизацией 98% (117 больных). У 5% пациентов определялись стабильные переломы всех типов без смещения костных отломков и переломы, сопровождающиеся смещением не более 1/3 фрагмента заднего края большеберцовой кости, повреждение дельтовидной связки и укорочение малоберцовой кости. У группы пациентов с переломами типа В и С отмечен рецидив подвывиха стопы, что послужило поводом к последующему оперативному лечению.

Показания к оперативному лечению (117 пациентов после консервативного лечения) являлись переломы, сопровождающиеся подвывихом стопы со смещением наружной, внутренней лодыжек, заднего края большеберцовой кости. У 2% пациентов с нестабильными переломами не поддающиеся закрытой репозиции и удержанию отломков в гипсовой иммобилизации, данным больным в остром периоде накладывалось скелетное вытяжение.

Операции в ранние (до 14 суток) сроки после травмы произведены у 117-ти пациентов. При этом соблюдалась следующая последовательность: 1 этапом производилось восстановление длины и устранение ротационного смещения малоберцовой кости с фиксацией стягивающим винтом 3,5 или 4,0 мм и нейтрализующей пластиной (1/3 трубчатая, 1/3 трубчатая LCP, метафизарная LCP). При разрыве дистального межберцового синдесмоза проводилась фиксация «болт-стяжкой»; 2 этапом осуществлялась репозиция внутрисуставного фрагмента заднего края большеберцовой кости под контролем ЭОП с фиксацией последнего двумя спицами Киршнера «спереди назад»; 3 этапом производилась репозиция и фиксация внутренней лодыжки двумя спицами Киршнера. Раннюю ЛФК разрешаем после снятия швов до сращения отломков пациентам в гипсовой U-образной повязке.

При изучении результатов предлагаемых методов оперативного лечения установлено, что восстановление функции голеностопного сустава,

бытовой и трудовой активности достигнуто у 23 (29%) больного в течение 5-7 недель, т.е. еще в процессе консолидации отломков. В отличие от этого при консервативном лечении после снятия гипсовой повязки (в среднем через 10 недель после травмы) для нормализации функции голеностопного сустава потребовалось дополнительно 3-5 недель.

Выводы: 1. Хороший ближайший результат у оперированных больных отмечен в 89,6% случаев, а стандартном консервативном лечении – лишь в 28,5% случаев. 2. Хорошие отдаленный результат у оперированных больных получены в 94,3% случаев, а после консервативного лечения – в 47,5% случаев. 3. Исходя из полученных данных и учитывая высокий риск осложнения последствий травмы в ранний период (вторичное смещение отломков, развитие инфекционных осложнений и т.д.), в отдаленный период (посттравматический остеоартроз, анкилоз, контрактура), методом выбора при тяжелой травме голеностопного сустава является оперативный.

Инкин Е.В.^{1,2}, Железняков А.Е.^{1,2}, Асташкин П.А.¹, Замальдинов Р.А.¹

Селективная денервация кистевого сустава при хроническом болевом синдроме

¹ ГУЗ «Ульяновский областной клинический центр специализированных видов
медицинской помощи имени Е.М. Чучкалова»;

² ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»

Хронический болевой синдром и связанные с ним ограничения функции кистевого сустава – типичные последствия различного рода травм и заболеваний сустава (вывихи и переломы костей запястья, повреждения связочного аппарата, переломы дистального метаэпифиза лучевой кости, деформирующий артроз, асептический некроз ладьевидной и полулунной костей). Как правило, классический подход к лечению данной патологии предусматривает артрорез суставов запястья, кистевого сустава, резекция проксимального ряда костей запястья, различные реконструктивные операции на связочном аппарате, основными недостатками которых являются относительно высокий процент неудовлетворительных результатов лечения, а

также и то, что данные методы лечения показаны при выраженной клинике нестабильности сустава и прогрессирующих дегенеративных изменениях и ведут к частичной или полной потере функции кистевого сустава.

Наиболее близким к предлагаемому техническому решению является способ лечения хронического болевого синдрома в кистевом суставе, предложенный американским врачом-хирургом А. Lee Dellon в 1985 г. Способ заключается в денервации участка капсулы сустава иннервируемого чувствительной ветвью тыльного межкостного нерва предплечья и предусматривает выделение ветви данного нерва в нижней трети предплечья и стволное его пересечение.

Данное оперативное вмешательство осуществляется следующим образом.

Производится разрез кожи по задней поверхности предплечья в нижней его трети с переходом на тыльную поверхность кисти дистальнее проекции кистевого сустава. Рассекается *retinaculum extensorum*, сухожилия разгибателей отводятся в локтевую сторону. Обнажается тыльный межкостный нерв предплечья. Производится выделение и пересечение чувствительной ветви нерва, идущей к капсуле кистевого сустава. Далее вокруг мобилизованного участка нерва создается интерпозиционная прокладка, например, из аутовенозного трансплантата, взятого непосредственно в зоне оперативного вмешательства. Восстанавливается *retinaculum extensorum*. Рана послойно ушивается. Иммобилизация сустава осуществляется в течение 1,5 месяцев после полного заживления раны. По окончании иммобилизации назначается курс ФТЛ, ЛФК.

За прошедшие 10 лет в травматолого-ортопедическом отделении № 2 ГУЗ «Ульяновский областной клинический центр специализированных видов медицинской помощи им. Е.М. Чучкалова» было проведено порядка 25 таких операций. Преимущественно, данное оперативное вмешательство проводилось пациентам, с последствиями переломов костей запястья, а также пациентам с болезнью Кинбека и Прайзера.

Уже в раннем послеоперационном периоде, пациенты отмечали значительное снижение болевого синдрома, который ранее затруднял их бытовую и рабочую деятельность. В последующем, после окончания сроков иммобилизации и прохождения полного курса ЛФК и ФТЛ, пациенты отмечали полное избавление от болей.

Как и писалось ранее, преимуществами данного способа оперативного лечения являются: не нарушение биомеханики кистевого сустава (по сравнению с резекцией проксимального ряда костей запястья и артродезом кистевого сустава); меньшая травматизация мягких тканей; более быстрое восстановление.

Жадяев Н.А., Кондратьев С.П., Канаев Ю.Н.

Результаты лечения адгезивного капсулита плечевого сустава с применением обогащенной тромбоцитами плазмы

ГУЗ «Чердаклинская районная больница»

Боль в плечевом суставе встречается достаточно часто. Одной из патологий, вызывающих длительную боль в плечевом суставе и периартикулярных тканях, является адгезивный капсулит. Клиническая картина адгезивного капсулита в первую очередь представлена болевым синдромом различной интенсивности, ограничением амплитуды движений в плечевом суставе, связанным с адгезией и фиброзом капсулы с последующим нарушением эластичности и растяжимости суставной сумки. В настоящее время в качестве пресективного и безопасного метода, оказывающего как противовоспалительное, так и регенеративное действие используется обогащенная тромбоцитами плазма (PRP-Platelet rich plasma) самого пациента. За счет содержания большого количества разнообразных биологически активных факторов, происходит стимуляция репаративных, анаболических процессов в поврежденных тканях, восстанавливаются обменные процессы, активизируется местный иммунитет, улучшается метаболизм клеток, тканевое дыхание, развивается противовоспалительный эффект.

Цель исследования – оценить клиническую эффективность внутрисуставного введения аутологичной обогащенной тромбоцитами плазмы и применение хондропротекторов в зависимости от стадии заболевания.

Материалы и методы. Выполнено исследование, в которое было включено 28 пациентов в возрасте 45–65 лет с диагнозом адгезивный капсулит. Из них 18 женщин и 10 мужчин. Пациенты разделены на 2 группы. Первая,

16 пациентов с 1-й стадией заболевания в которой отмечается период острого воспаления. Вторая группа ,12 пациентов со 2-й стадией в которой отмечается стихание болей и возникновение контрактуры плечевого сустава.

Заготовку и обработку плазмы проводили закрытым способом в стандартных пробирках содержащий гель. Забор крови осуществляли вакуумным способом в объеме 10 мл. Центрифугирование проводилось со скоростью 3 400 об / мин.

В комплексную терапию входило применение хондропротекторов (хондролон) по стандартным схемам. Лечебная физкультура. Длительность лечения от 1 до 3-х месяцев.

Оценку результатов купирования болевого синдрома проводили с применением визуальной аналоговой шкалы (ВАШ). Изменение качества жизни и функции плечевого сустава оценивали с помощью опросника для оценки функции верхней конечности DASH.

Результаты лечения. Применение PRP позволило добиться уменьшения долевого синдрома вне зависимости от стадии заболевания. В I группе пациентов с 1-й стадией заболевания снижение болевого синдрома уже после второго введения и к концу лечения достигало 20 баллов по ВАШ. У пациентов 2-й группы со 2-й стадией заболевания после 1-й инъекции отмечалось усиление болевого синдрома, что связано с увеличением активности плечевого сустава. Снижение болевого синдрома отмечалось после 3-й инъекции, к 15-16 дню лечения снизилось до 30 баллов по ВАШ. У всех пациентов, вне зависимости от стадии заболевания, к концу 1-го месяца лечения произошло значительное увеличение амплитуды движений. Увеличились наружная ротация и отведение плеча – два самых страдающих динамических показателя при адгезивном капсулите. Это свидетельствует об эффективности препарата. Эффект нарастал в течение 3-х месяцев. На фоне снижения болевого синдрома пациенты могли активнее производить разработку сустава.

Заключение: 1. Локальное применение богатой тромбоцитами плазмы в комплексе с хондропротекторами у пациентов с адгезивным капсулитом снижает болевой синдром и опосредованно влияет на амплитуду движений. 2. PRP терапия требует более длительного лечения у пациентов с адгезивным капсулитом 2-й стадии.

Спассков А.А.^{1, 2}, Ельяттар Сальман А.Х.², Адайкин С.В.¹, Вертьянов В.Д.²

Прогнозирование риска возникновения постоперационной пневмонии у пациентов пожилого и старческого возраста с переломами проксимального отдела бедренной кости

¹ ГУЗ «Ульяновский областной клинический центр специализированных видов медицинской помощи имени Е.М. Чучкалова»;

² ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»

Актуальность. Подверженные таким осложнениям, как остеопороз и саркопения, пациенты пожилого и старческого возраста становятся жертвами переломов проксимального отдела бедренной кости с последующими трудностями в восстановлении, в послеоперационном периоде (Chen Y.P. et al., 2021). Современной тенденцией эффективного лечения переломов данной локализации является раннее хирургическое лечение, но несмотря на текущий подход, ранние периоперационные осложнения представляют серьёзную угрозу в контексте дальнейшего прогноза (Quaranta M. et al., 2021). Одним из частых осложнений является постоперационная пневмония, частота развития которой в стационарах может достигать 15%, что несмотря на проводимую антибиотикопрофилактику и ранние респираторные тренировки, пролонгирует сроки послеоперационного восстановления, тем самым увеличивая продолжительность стационарного лечения, а в некоторых случаях становится причиной летального исхода (Tian Y. et al., 2022).

Цель исследования – изучить прогностическую ценность NLR, PLR и SPI для оценки риска развития постоперационной пневмонии у пациентов пожилого и старческого возраста с переломами проксимального отдела бедра.

Методы исследования. Выполнен ретроспективный анализ историй болезни 138 пациентов старше 60 лет, находившихся на стационарном лечении в травматологических отделениях ГУЗ «УОКЦСВМП» в период с 2020 по 2023 гг. по поводу переломов проксимального отдела бедренной кости, которым проведено оперативное лечение. Критериями исключения явились: пациенты с застарелой травмой (между получением травмы и поступлением в стационар прошло более 3-х недель), патологическими переломами, политравмой, инфекциями дыхательных путей и лёгких, иммунокомпromетированные пациенты и длительно принимавшие системную

глюкокортикостероидную терапию. Всем пациентам проведён общеклинический анализ крови в течение первых суток с момента госпитализации. Расчёт соотношений проводился по формулам: $NLR = \text{число нейтрофилов} / \text{число лимфоцитов}$; $PLR = \text{число тромбоцитов} / \text{число лимфоцитов}$; $SII = (\text{число нейтрофилов} \times \text{число тромбоцитов}) / \text{число лимфоцитов}$ (Russell C.D. et al., 2019). Анализ полученных данных проведён при помощи многомерного регрессионного метода и ROC-кривой. Верификация наличия у пациента послеоперационной пневмонии базировалась на данных рентгенографии / МСКТ грудной клетки и осмотра пульмонолога.

Результаты. Средние значения NLR , PLR и SII составили $6,38 \pm 1,64$, $181,11 \pm 75,14$ и $1326,03 \pm 76,76$ соответственно. У пациентов (13 человек – 9,42%) с диагностированной послеоперационной пневмонией отмечается значительное увеличение NLR ($8,47 \pm 2,24$), при этом увеличение PLR и SII носит умеренный характер ($213,66 \pm 79,89$ и $1794,33 \pm 211,77$ соответственно). Установлено, что NLR демонстрирует более высокую прогностическую ценность чем PLR и SII ($AUC = 0,648$, $CI 0,594 \div 0,701$). Выявлена взаимосвязь между высоким уровнем NLR и частотой развития послеоперационной пневмонии ($OR = 2,24$, $CI 1,43 \div 3,51$).

Выводы. Результаты проведённого исследования демонстрируют, что NLR имеет большую прогностическую ценность по сравнению с PLR и SII для оценки риска развития послеоперационной пневмонии у пациентов пожилого и старческого возраста с переломами проксимального отдела бедра.

Королев Д.С., Земсков А.Ю., Попов А.А., Гришин В.В.

Применение компрессионно-дистракционного аппарата внешней фиксации при ранней нестабильности накостного остеосинтеза костей голени

ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска»

Актуальность: многооскольчатый перелом нижней трети обеих костей голени является общей проблемой травматологического общества.

В общем количестве травмы являются высокоэнергетическими. Механизм травмы многообразен (дорожно-транспортные, спортивные, бытовые, уличные). Часто переломы голени сопровождаются повреждениями кожных покровов.

Цель исследования – провести анализ лечения пациентов с переломами нижней трети обеих костей голени, после накостного остеосинтеза пластиной и винтами, при ранней нестабильности.

Методы исследования: в нашей практике отмечены множественные случаи лечения пациентов с многооскольчатыми переломами обеих костей голени, которым при поступлении была выполнена закрытая репозиция отломков на системе скелетного вытяжения за пяточную кость. Средние сроки вытяжения: 7–10 дней, с последующими контрольными рентгенограммами, для определения дальнейшей тактики лечения. При сохранении смещения отломков костей голени нами произведена открытая репозиция отломков большеберцовой кости, накостный остеосинтез пластиной и винтами, гипсовая иммобилизация от верхней трети бедра до кончиков пальцев. В общем объеме 112 операций. Пациенты мужского и женского пола, в возрасте от 18 до 75 лет. В 104 случаях (93%) послеоперационный результат в раннем и отсроченном периоде отмечен как удовлетворительный и положительный. Швы сняты вовремя. Гипсовая иммобилизация прекращена через 8-10 недель после операции. На контрольных рентгенограммах признаки консолидации перелома. Реабилитационный период без особенностей. При анализе послеоперационных отрицательных результатов отмечено, что в 8 случаях (7%) пациенты не соблюдали назначенный режим: ходили с нагрузкой на оперированную конечность. При осмотре и перевязках, на 7–14 сутки после операции, отмечен выраженный отек оперированной конечности, гиперемия в области раны, образование свищевых ходов с сукровично-геморрагическим отделяемым. При пальпации отмечается выраженная болезненность, патологическая подвижность в поврежденном сегменте. Пациентам выполнены контрольные рентгенограммы: стояние отломков удовлетворительное, признаков консолидации нет, накостный остеосинтез стабилен.

Результаты. Учитывая клинические показатели, было принято решение в переводе пациентов на лечение в аппарате внешней фиксации. Интраоперационно при соблюдении асептических условий, были наложены

компрессионно-дистракционные аппараты внешней фиксации из 4-х колец с учетом зоны перелома. Аппарат фиксирован, спицы натянуты. Произведен разрез по послеоперационному рубцу, снятие металлоконструкции, гемостаз. В 6 случаях, с учетом кожного натяжения, получилось ушить рану наглухо «через все слои». В 2-х случаях раны, после снятия металлоконструкций, первично закрыть не получилось. Интраоперационно принято решение о ведении открытой раны до появления первичных грануляций, с последующей пересадкой кожи расщепленным лоскутом. В дальнейшем 6 пациентов после снятия швов на 16-е сутки после операции, выписаны в поликлинику по м/ж с дальнейшим динамическим наблюдением. При продолжающемся стационарном лечении двум пациентам в послеоперационном периоде выполнена аутодермопластика расщепленным кожным лоскутом, последующие перевязки до заживления ран. Выписаны в поликлинику по месту жительства.

Результаты: пациенты, выписанные на амбулаторное долечивание, взяты на динамический контроль. В ходе осмотра, рентген контроля, коррекции стабильности аппарата внешней фиксации раз в месяц отмечается уменьшение болевого синдрома, уменьшение отека, отсутствие неврологической симптоматики, полное сращение перелома в течение 4-6 месяцев. Восстановление работоспособности в течение 12 месяцев.

Выводы: таким образом, данный метод лечения оказался эффективным при лечении ранних послеоперационных осложнений при накостном остеосинтезе костей голени.

Жадяев Н.А., Кондратьев С.П., Канаев Ю.Н.

Результаты лечения гонартроза с применением обогащенной тромбоцитами плазмы

ГУЗ «Чердаклинская районная больница»

Такое распространенное заболевание опорно-двигательной системы, как остеоартроз, поражает до 80% и более населения. Несмотря на то, что проблема лечения остеоартроза постоянно находится в центре внимания,

она по-прежнему до конца не решена. Все большую популярность приобретает введение в полость сустава обогащенной тромбоцитами аутоплазмы. Хотя механизмы действия не до конца ясны, можно считать доказанными противовоспалительный и хондропротекторный эффекты в сочетании с безопасностью и хорошей переносимостью.

Целью нашего исследования явилось изучение эффективности внутрисуставных инъекций обогащенной тромбоцитами плазмой пациентам с гонартрозом II-III стадии.

Проведено лечение 38 пациентов, страдающих остеоартрозом коленных суставов II-III стадии, по рентгенологической классификации Kellgren-Lowrence болевым синдромом не ниже 45 баллов по ВАШ и оценки функции сустава 45 баллов по wOMAC. В выборке преобладали женщины (81.4%), средний возраст – 62.5 лет. Важным критерием считался индекс массы тела, который только в 16.6% случаев соответствовал норме. Ожирение различной степени отмечено у 58.7% пациентов. Получение обогащённой тромбоцитами плазмы производилось полукрытым способом в двух режимах центрифугирования. Введение ОТП в коленный сустав осуществлялся из стандартных передне-внутреннего и передне-наружного доступов после соответствующей обработки кожи растворами антисептиков. Наблюдение проводилось в течение одного года. В качестве контроля определяли интенсивность боли и функцию сустава по шкалам ВАШ и wOMAC, ограничение амплитуды движения в пораженном суставе. Проводилось 3–5 инъекций с интервалом 7–10 дней.

Болевой синдром находился в диапазоне «сильная боль», превышая 65 баллов по ВАШ. У пациентов после введения обогащенной тромбоцитами плазмы, наблюдали постепенное снижение интенсивности болевого синдрома до 35 баллов по ВАШ, причем наибольший эффект достигнут через 3-4 недели после первого введения плазмы. К 1 году интенсивность боли составила до 30-45 баллов по ВАШ. Это говорит о том, что эффект внутрисуставной терапии при введении PRP сохраняется как минимум на 1 год. Зависимости динамики боли от возраста не отмечено. С увеличением ИМТ снижался анальгетический эффект проводимого лечения. Оценка тяжести гонартроза свидетельствовала об улучшении функциональных возможностей коленного сустава после введения ОТП. Положительная динамика была связана с уменьшением болевого синдрома как

во время движений, так и в покое. Наиболее заметная динамика была достигнута через 3 недели после первого введения плазмы.

Заключение. 1. Внутрисуставное введение обогащённой тромбоцитами плазмы при лечении гонартоза II-III стадии позволяет уменьшить выраженность болевого синдрома. Отмеченный эффект находится в прямой зависимости от кратности введения плазмы. 2. Введение ОТП. Позволяет улучшить функцию коленного сустава на протяжении до 1 года. 3. Снижение массы тела у пациентов является принципиальным условием, так как при этом отмечено статистически значимое улучшение результатов лечения.

Раздел 25. Урология

*Беляков Н.Ф., Каманцева С.М., Вагаев В.Д., Фролов О.А.,
Пыдин А.Н., Малянков Е.Н.*

Организация оказания урологической помощи населению Ульяновской области

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»

Цель – показать процесс оказания урологической помощи населению Ульяновской области на этапах маршрутизации.

Материалы и методы. Оказание урологической помощи населению осуществляется согласно Порядкам оказания урологической помощи взрослому населению по профилю «урология»: Приказ МЗ РФ № 907н от 12 ноября 2012 г. Помощь может быть первичная доврачебная, первичная врачебная и специализированная. Диспансеризацию согласно приказу № 404н от 27 апреля 2021 г., проводит первичное звено в объеме анализ жалоб, общего анализа мочи и ПСА у мужчин 45 лет и старше. Врач-терапевт является ответственным за организацию и проведение профилактического медицинского осмотра и диспансеризации населения терапевтического участка. Фельдшер здравпункта или ФАП является ответственным за диспансеризацию населения фельдшерского участка (пр. МЗ РФ от 23 марта 2012 г. № 252н). В случае выявления урологической патологии на основании жалоб, изменения в анализах мочи и повышения ПСА более 4 нг/мл мужчин 45 лет и старше направляют к урологу, а при его отсутствии – к хирургу поликлиники в г. Ульяновск или урологу, а при его отсутствии – хирургу больницы муниципального района, где проводится дообследование и лечение. В случае подозрения на наличие онкологического заболевания согласно Приказу № 116н от 19 февраля 2021 г. об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях пациента направляют в Центр амбулаторной онкологической помощи, а в случае его отсутствия – в первичный онкологический кабинет медицинской организации или по-

ликлиническое отделение Онкологического диспансера. С 2024 г. вступает в силу Постановление Правительства РФ от 28.12.2023 г. № 2353 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 г. и на плановый период – 2025 и 2026 гг. «Исследование иных медицинских вмешательств, проводимых в рамках диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста, по оценке репродуктивного здоровья, в поликлиниках г. Ульяновска проводится урологом, в больницах муниципальных районов урологом, а при его отсутствии – хирургом.

Диспансеризация включает следующие мероприятия:

1. Диспансеризация взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья (далее – диспансеризация) проводится в целях выявления у граждан признаков заболеваний, а также факторов риска их развития.
2. Первый этап диспансеризации у мужчин включает: прием (осмотр) врачом-урологом (при его отсутствии – врачом-хирургом, прошедшим подготовку по вопросам репродуктивного здоровья у мужчин).
3. Второй этап диспансеризации проводится по результатам первого этапа в целях дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания (состояния) и при наличии показаний включает: спермограмму; микроскопическое исследование микрофлоры или проведение лабораторных исследований в целях выявления возбудителей инфекционных заболеваний органов малого таза методом полимеразой цепной реакции; ультразвуковое исследование предстательной железы и органов мошонки; повторный прием (осмотр) врачом-урологом (при его отсутствии – врачом-хирургом, прошедшим подготовку по вопросам репродуктивного здоровья у мужчин).

Заключение. При выявлении патологии со стороны органов репродуктивной, мочевыделительной системы и почек проводится лечение амбулаторно или пациент направляется в ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница» или ЛПУ г. Ульяновска согласно распоряжению МЗ УО от 2.03.2023 г. № 269-р с изменениями от 23 августа 2023 г. № 1232-р.

Беляков Н.Ф., Каманцева С.М., Заирова Н.С.

Организация уроандрологической помощи мужскому населению Ульяновской области

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»

Введение. Проблему мужского здоровья следует рассматривать как один из элементов национальной безопасности страны – таковым было единое мнение экспертов – участников заседания комитета Совета Федерации по социальной политике, при широком участии врачей и многих региональных руководителей. Для современной России решение проблем репродуктивного здоровья и мужского долголетия является жизненно необходимым.

Цель – показать модель реорганизации уроандрологической службы Ульяновской области с целью повышения качества оказания медицинской помощи мальчикам, подросткам и мужчинам.

Материалы и методы. В 2007 г. на основании закона Ульяновской области № 82-30 от 31 мая 2007 г. и Приказа Министерства здравоохранения Ульяновской области № 473 от 13.08.2008 г. «О реализации Областной целевой программы «Целевая диспансеризация мужского населения мужского населения Ульяновской области по ранней диагностике рака предстательной железы «Мужчинам здоровье и долголетие» на 2007–2009 гг.» был открыт центр «Мужское здоровье» в ГУЗ УОКБ и фельдшерские Мужские смотровые кабинеты в поликлиниках г. Ульяновска и районных больниц. Действие программы закончилось в 2009 г., но Центр и кабинеты функционируют по настоящее время и требуют юридического обоснования. В 2015 г. в соответствии с распоряжением Министерства здравоохранения и социального развития Ульяновской области от 28.05.2015 г. № 1577-р «Об оказании уроандрологической помощи мужскому населению Ульяновской области» открыт Уроандрологический центр и Мужская консультация на базе ГУЗ УОКЦСВМП. К сожалению, через год Мужские консультации прекратили функционировать ввиду отсутствия финансирования, а Уроандрологический центр так и не начал функционировать.

Данные подразделения предназначены для оказания плановой специализированной лечебно-диагностической помощи мужскому населению с

заболеваниями органов мочеполовой системы: мужское бесплодие, андропауза, андрологические аспекты заболеваний простаты, инфекции в андрологии и ЗППП, онкоандрология, генитальная дерматология, мужская генитальная хирургия. Необходимо наладить работу Уроандрологического центра, Мужских консультаций и Центра «Мужское здоровье» ГУЗ УОКБ, кроме того, открыть Мужские консультации для Засвияжского района в ГУЗ ЦК МСЧ и для Заволжского района в ГУЗ ЦКГБ. Таким образом, структура будет выглядеть следующим образом: Уроандрологический центр ГУЗ УОКЦСВМП, Мужская консультация ГУЗ УОКЦСВМП для жителей Ленинского и Железнодорожного р-на г. Ульяновска, Мужская консультация ГУЗ ЦГКБ для населения Заволжского р-на г. Ульяновска, Мужская консультация ГУЗ ЦК МСЧ для жителей Засвияжского р-на г. Ульяновска, Мужская Консультация ГУЗ УОККВД для жителей Ленинского района г. Ульяновска, Центр «Мужское здоровье» ГУЗ УОКБ для муниципальных районов Ульяновской области, фельдшерские смотровые кабинеты поликлиник г. Ульяновска, городских и районных больниц Ульяновской области для скрининга рака предстательной железы продолжают функционировать. Штатное расписание и оборудование данных образований соответствует нормативам Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «Урология», Приказ МЗ РФ № 907н от 12 ноября 2012 г.

Рентгеновские, лабораторные и УЗИ-обследования центра «Мужское здоровье», Уроандрологического центра и Мужских консультаций проводятся в отделении лучевой диагностики, УЗИ и клинко-иммунологической лаборатории в ЛПУ, чьим подразделением они являются. Уроандрологический центр ГУЗ УОКЦСВМП является структурным подразделением больницы и предназначен для оказания плановой специализированной лечебно-диагностической помощи больным с заболеваниями мочеполовой системы (необходимо 5-7 плановых коек круглосуточного пребывания, 5-7 коек дневного стационара и койки одного дня для городского населения), оказания консультативной помощи врачам других ЛПУ в вопросах диагностики и лечения больных с патологией органов мочеполовой системы. Областной клинический кожвендиспансер в штатном расписании имеет уролога, лицензию и кабинет для оказания данного вида деятельности. Медицинская помощь больным с urgentной андрологией (трав-

ма и острые воспалительные заболевания наружных половых органов, приапизм) осуществляется согласно Распоряжению Министерства здравоохранения Ульяновской области № 269-р от 02.03.2023 г. с изменениями № 1232-р от 23.08.2023 г.

Заключение. Важнейшие целевые индикаторы и показатели реализации:

– число посещений мужчинами мужских консультаций и кабинетов врача уролога-андролога,

– число осмотренных мальчиков, подростков, мужчин,

– количество выявленной уроандрологической патологии,

– показатель заболеваемости раком предстательной железы.

Ожидаемые результаты реализации: снижение показателя запущенности рака предстательной железы на 5%, увеличение объемов амбулаторно-поликлинической помощи мальчикам, подросткам, а также мужчинам с уроандрологическими проблемами (увеличение количества посещений) с одновременным улучшением ее качества (расширение объема обследования, его доступности, преемственность).

Беляков Н.Ф., Каманцева С.М., Вагаев В.Д., Фролов О.А.,

Пыдин А.Н., Малянков Е.Н.

Факторы, влияющие на репродуктивную функцию мужчин

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»

Введение. Согласно постановлению Правительства РФ от 28.12.2023 № 2 353 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам бесплатного оказания медицинской помощи на 2024 г. и на плановый период 2025 и 2026 гг. «Исследование иных медицинских вмешательств, проводимых в рамках диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста, по оценке репродуктивного здоровья, которая включает следующие мероприятия: 1. Диспансеризация взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья проводится в целях выявления признаков заболеваний, а также факторов риска их развития. 2. Первый этап диспансеризации у мужчин включает: прием

(осмотр) врачом-урологом (при его отсутствии – врачом-хирургом, прошедшим подготовку по вопросам репродуктивного здоровья у мужчин). 3. Второй этап диспансеризации проводится по результатам первого этапа в целях дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания (состояния) и при наличии показаний включает: спермограмму; микроскопическое исследование микрофлоры или проведение лабораторных исследований в целях выявления возбудителей инфекционных заболеваний органов малого таза методом полимеразой цепной реакции; ультразвуковое исследование предстательной железы и органов мошонки. Диспансеризация проводится в первую очередь для диагностики мужского бесплодия, которое можно рассматривать как полиэтиологическое заболевание или же как следствие воздействия на мужской организм ряда факторов, таких как социально-бытовые в сочетании с генитальными и экстрагенитальными заболеваниями.

Цель – провести анализ факторов, влияющих на мужскую фертильность.

Материалы и методы. Обследованы 56 мужчин, обратившихся по поводу мужского бесплодия со средним возрастом $29,6 \pm 5$ лет. Продолжительность заболевания составило $2,4 \pm 2$ года. Выполнен анализ жалоб, анамнеза, выполнено физикальное, лабораторное и ультразвуковое обследование.

Результаты. Число курящих больных составило 91,0%, употребляли алкоголь – 96,4%, работа на вредном производстве – 3,6%, использовали сидения автомобиля с подогревом – 57,1%, регулярно посещали сауну 30,4%. Эпидемический паротит, осложнённый орхитом, выявлен в 1,1%, вирусный гепатит В и С – 2,7%, хроническая болезнь почек, в т.ч. корригированная программным гемодиализом – в 0,4%. Хронический бактериальный простатит диагностирован у 41,0%, инфекция, передающаяся половым путем, у 12,5%, варикоцеле – у 14,5%, синдром Клайнфельтера – у 0,2%.

Заключение. Мужское бесплодие – это полиэтиологическое заболевание, требующее изменения образа жизни больного и мультидисциплинарного подхода к диагностике и лечению.

*Беляков Н.Ф., Каманцева С.М., Вагаев В.Д., Фролов О.А.,
Пыдин А.Н., Малянков Е.Н.*

Эндоскопическое лечение послеоперационных стриктур уретры

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»

Актуальность. Клиническое исследование мужчин пожилого и старческого возраста со стриктурой уретры показало, что основной ее причиной являются осложнения после оперативного лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ). После трансуретральной резекции простаты (ТУРП) более часто стриктура возникает в бульбозном отделе уретры, а после чреспузырной аденомэктомии – на уровне простатического отдела. При лечении стриктуры протяженностью более 1 см предпочтительна открытая операция с формированием анастомоза «конец в конец». В то время как внутренняя оптическая уретротомия показана при стриктурах менее 1 см, особенно у пожилых и старых мужчин из-за тяжести их соматического состояния.

Цель – выполнить оценку результатов внутренней оптической уретротомии у больных стриктурой уретры после аденомэктомии и после ТУРП.

Материалы и методы. Мы проанализировали собственный опыт эндоскопических операций на мочеиспускательном канале при стриктурах протяженностью от 0,2 до 1,0 см, в среднем $0,5 \pm 0,3$ см, согласно уретрографии. В период с 2017 по 2019 гг. было выполнено 58 операций по поводу стриктуры уретры различной локализации, из них 48 (82,7%) – эндоскопические. По причинам стриктуры распределились следующим образом: 11 (18,9%) – после аденомэктомии, 37 (63,7%) – после ТУРП, 1 (1,7%) – пластика «конец в конец» после тупой травмы промежности и 9 (15,7%) меатотомий вследствие воспаления наружного отверстия уретры. Внутренняя уретротомия выполнялась резектоскопом (Карл Шторц, Германия) с использованием «холодного» ножа. Все наблюдаемые пациенты были в возрасте от 58 до 69 лет, в среднем $64,1 \pm 4,7$ год. Сроки наблюдения составили от 12 месяцев до 3 лет, в среднем $1,7 \pm 0,8$ лет.

Результаты. При анализе результатов эндоскопического лечения стриктур мочеиспускательного канала установлено, что эффективность

«первичной» внутренней уретротомии составляет 91,7%. При этом среднее пребывание в стационаре составило $12,1 \pm 3,4$ койко-дня. У 1 (2,0%) больного со стриктурой после ТУРП и 3 (6,3%) после аденомэктомии наблюдались рецидивы стриктуры мочеиспускательного канала. Кроме того, отмечен ряд интраоперационных осложнений: перфорация уретры 1 (2,0%), кровотечение из кавернозных тел 1 (2,0%). Также имела место уретроррагия – в 10,2% случаев (5 операций), уретрит – у 8 (16,3%) больных, а в 1 (2,0%) случае – орхоэпидидимит, которые купированы консервативно.

Выводы. Эндоскопические методы лечения стриктур мочеиспускательного канала являются эффективными и безопасными методами лечения пациентов с данной нозологией. Наилучший эффект отмечен у больных со стриктурой после ТУРП.

Карпухина Е.В., Каманцева С.М.

Подготовка мужчины к программе ЭКО

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»

Актуальность. Отсутствие тенденции к снижению частоты бесплодных браков является актуальным вопросом современного здравоохранения. Согласно данным ВОЗ, распространенность бесплодия в мире составляет 10–15%. Внедрение методов вспомогательных репродуктивных технологий (далее – ВРТ) расширило возможности преодоления проблемы бесплодного брака.

Цель – подготовка к экстракорпоральному оплодотворению (далее – ЭКО) как варианту ВРТ имеет не меньшее значение, чем сама процедура искусственного оплодотворения. Говоря о подготовке, чаще всего имеют в виду женщин. Но будущие отцы нуждаются в ней не меньше, т.к. на этом этапе можно выявить и, по возможности, скорректировать разнообразные патологические состояния и негативные факторы, которые способны отрицательно сказаться на результате.

Материалы и методы. С августа 2018 г. в ГУЗ Ульяновская областная клиническая больница» (далее – ГУЗ УОКБ) проводится комплексное обследование пар, у которых диагностирован женский фактор бесплодия, нуждающихся в оказании медицинской помощи с использованием вспомогательных репродуктивных технологий, для получения квоты на данный вид лечения.

Урологом поликлиники ГУЗ УОКБ проводится обследование мужчин в таких парах по направлению лечебного учреждения, где наблюдается женщина. Спектр обследований – в соответствии с перечнем, утвержденным Приказом Минздрава России от 31.07.2020 г. № 803н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению».

Базовый план обследования мужчины перед ЭКО включает:

1. Спермограмма. По современным рекомендациям ВОЗ оценка ее результатов осуществляется с тестом на морфологию сперматозоидов по критериям Крюгера и проведением MAR-теста для выявления аутоиммунного фактора мужского бесплодия.

2. Серологическое исследование крови для выявления антител к ключевым инфекциям: ВИЧ 1,2 (вирус иммунодефицита человека), к гепатиту В (HBsAg) и гепатиту С (анти-HCV).

3. Серологическое исследование крови на сифилис (выявление в крови антител к бледной трепонеме).

4. Микробиологическое исследование мазка из уретры для выявления других ЗППП (микоплазмоза, уреаплазмоза, хламидиоза, цитомегаловирусной инфекции, герпеса 1 и 2 типов).

5. Серологическое исследование крови с определением антител классов М и G к вирусу простого герпеса 1, 2 типов, цитомегаловирусу.

6. Консультация уролога для получения заключения о вступлении в ЭКО-протокол.

Результаты. В рамках данной программы с 2018 г. в ГУЗ УОКБ обследовано 1 437 мужчин, из них в 2018 г. – 85, в 2019 г. – 262, в 2020 г. – 286, в 2021 г. – 252, в 2022 г. – 242, в 2023 г. – 279, за 2 месяца 2024 г. – 31 мужчина.

По окончании обследования выдается заключение с результатами, а также рекомендации по коррекции образа жизни, которые позволят максимально нивелировать воздействие неблагоприятных для сперматогенеза факторов. Подготовку мужчины к ЭКО следует начинать заранее. Данные мероприятия включают:

– отказ от курения или хотя бы максимальное снижение количество выкуриваемых за сутки сигарет. Никотин и содержащиеся в табачном дыму вещества способствуют ухудшению качества спермы. Они приводят к снижению подвижности и концентрации спермиев, повышают количество морфологически неполноценных половых клеток в эякуляте. Кроме того,

эти соединения оказывают негативное влияние на структуру генетического материала созревающих сперматозоидов;

– сведение к минимуму потребление алкоголя, отказ от крепких спиртных напитков. Этиловый спирт ухудшает сперматогенез, снижая количество и подвижность сперматозоидов;

– нормализацию массы тела. Склонность к избыточной массе тела и ожирению нередко сопряжена с гормональными расстройствами, что может повлиять на процесс созревания сперматозоидов;

– соблюдение принципов здорового питания, потребление пищи с достаточным количеством белка, микроэлементов и витаминов;

– в период подготовки к ЭКО мужчине желательно отказаться от приема горячих ванн и посещения саун, ведь эти мероприятия способствуют повышению температуры в мошонке и тем самым угнетающе действуют на сперматогенез;

– носить комфортное нижнее белье и удобную сезонную одежду. Это является профилактикой перегревания промежности и ухудшения кровоснабжения органов мошонки;

– пройти лечение по поводу хронических заболеваний и инфекций (если таковые имеются), с помощью врача подобрать поддерживающую терапию для удержания их в стадии компенсации.

Заключение. Совместная подготовка обоих партнеров к лечению с использованием ВРТ позволяет улучшить результаты программ, перинатальные исходы, снизить риски заболеваемости детей.

Клочков А.В., Шмырин А.Г., Измаилов Д.Н., Саттаров Р.Ш.

Гистоморфологические и функциональные изменения в почках крыс после дистанционного ударно-волнового воздействия в динамике

ГУЗ «Ульяновский областной клинический центр специализированных видов
медицинской помощи имени заслуженного врача России Е.М. Чучкалова»

Дистанционная ударно-волновая литотрипсия (ДУВЛ) считается первой линией лечения камней почек 1,0-1,5 см, как наименее инвазивный

метод. Однако ударная волна при любом типе аппаратного воздействия неизбежно приводит к повреждению почки.

Актуальность. Актуальность проблемы обусловливается высокой заболеваемостью мочекаменной болезнью в РФ и недостатком «биомаркеров повреждения», ориентированных на раннюю диагностику повреждения почки при ДУВЛ.

Целью нашего исследования является уточнение механизмов повреждения и динамическая оценка структурно-функциональных изменений в почках при дистанционном ударно-волновом воздействии (ДУВВ) в эксперименте.

Материалы и методы. Исследование проводилось на 42-х половозрелых нелинейных белых крысах самцах весом 240–290 г., содержащихся в соответствии с Европейской конвенции по защите позвоночных животных в стандартных условиях вивария.

Животные были разделены на 5 групп: группа интактных животных (контрольная), 4 группы животных, которым проводилось однократно ДУВВ.

Животных наркотизировали введением тиопентала натрия (50 мг/кг внутрибрюшинно). После наступления наркотического сна проводилось ДУВВ в соответствии с рекомендуемыми параметрами для лабораторных животных. ДУВВ проводили однократно на литотрипторе Litostar-plus фирмы Simens с электромагнитной генерацией ударных волн, продолжительность сеанса составляла 7 минут. После ДУВВ животные умерщвлялись под общим наркозом путем декапитации на 1-е; 3-е; 7-е, 14-е сутки, при этом производился забор крови путем пункции сердца, моча забиралась из мочевого пузыря, левую почку использовали для приготовления гомогената.

Нами изучены маркеры повреждения и функциональных нарушений почек в сыворотке крови: мочевины, креатинин; скорость клубочковой фильтрации; белок в моче, в гомогенате левой почки; параметры свободнорадикального окисления: белковые карбонильные группы, малоновый диальдигид, восстановленный глутатион; ферменты антиоксидантной защиты: супероксиддисмутаза, глутатионпероксидаза, глутатионредуктаза.

Следующим этапом нашего исследования была гистоморфологическая оценка изменений в почках животных после ДУВВ в динамике.

Результаты. Проведенный эксперимент показал, что после ДУВВ на почку с 1-го по 3-й день происходит активация процессов перекисного окисления липидов нефроэпителия, снижение антиоксидантной защиты, что в итоге приводит к мембранодеструктивным изменениям, гибели клеток нефроэпи-

теля, альтерации ткани почки. На 7-е сутки выраженные гистоморфологические изменения приводят к снижению функции почки. Только на 14-е сутки маркеры повреждения почки и её гистоморфологическая структура приближается к норме, что позволяет повторно проводить ДУВВ на почку.

Выводы. 1. ДУВВ на почку экспериментальных животных приводит к развитию мембранодеструктивных процессов, которые носят обратимый характер, восстановление происходит на 14 день. 2. Необходимо проводить профилактику повреждения почки при ДУВЛ. 3. Повторное ДУВЛ возможно не ранее 14 дней.

Коньшин И.И., Соловьёв Д.А.

Нарушения регионарной гемодинамики при острых эпидидимоорхитах

ГУЗ «Центральная клиническая медико-санитарная часть имени заслуженного врача
России В.А. Егорова»

Актуальность. Острые заболевания органов мошонки встречаются довольно часто и являются причиной госпитализации 4-5% всех урологических больных. Более 25% мужчин на протяжении жизни переносят эпидидимит (П.М. Федорченко и соавт., 1985). Наиболее часто (в 80% случаев) острым эпидидимитом заболевают мужчины в возрасте от 20 до 40 лет. Одним из осложнений острого эпидидимоорхита давления является сдавление сосудистой ножки яичка и как следствие нарушение кровоснабжения органов мошонки [Кадыров З.А., Теодорович О.В., Жуков О.Б. Атлас ультразвуковой диагностики органов мошонки. М.: Издательство Бином, 2008; 128 с., ил.].

Целью исследования стала оценка изменений регионарной гемодинамики при острых эпидидимоорхитах.

Материалы и методы. Оценка степени васкуляризации яичка и его придатка проводилась методом ультразвукового исследования органов мошонки в режиме цветного доплеровского картирования (ЦДК). Использовался аппарат «Toshiba Nemio» экспертного класса с линейным датчиком частотой 10 МГц. Индекс резистивности (ИР) артерии придатка яичка измерялся и оценивался в режиме импульсной волновой доплерометрии. Внутримошоночное

давление определялось во время выполнения оперативных вмешательств. Основная группа составила 26 человек. В данную группу были включены больные мужского пола с острым эпидидимоорхитом в возрасте от 35 до 75 лет. Разделение на подгруппы было основано на наличии или отсутствии повышения внутримочоночного давления. Контрольная группа состояла из 10 мужчин без патологии органов мошонки. Статистическая обработка полученных данных проводилась по общепринятым правилам статистического анализа с вычислением средних величин (M), стандартного отклонения (σ) и возможной ошибки (p).

Результаты. Было установлено, что у 15 больных острым эпидидимоорхитом повышение интраскротального давления не регистрировалось (1-я подгруппа), а у 11 больных имелось повышение давления до $14,4 \pm 2,4$ см вод. ст (2-я подгруппа). У больных с повышением интраскротального давления отмечалось снижение васкуляризации яичка и придатка, а также повышение ИР артерии придатка яичка до $0,75 \pm 0,06$, в то время как в контрольной группе ИР артерии придатка яичка составил $0,55 \pm 0,04$ ($p < 0,05$). В группе больных без повышения интраскротального давления отмечалась диффузная гиперваскуляризация яичка и придатка, ИР артерии придатка яичка составил $0,50 \pm 0,03$, что соответствует эхографической картине острого орхоэпидидимита без ишемического поражения [Хофер М. Цветовая дуплексная сонография. Практическое руководство / М.: Мед. лит., 2007. – 108 с.: ил.].

Выводы. Полученные результаты указывают на повышение резистивности сосудов органов мошонки в условиях повышения внутримочоночного давления, что должно учитываться при выборе тактики лечения.

Фомин М.О.

**Терапия острого пиелонефрита беременных.
Особенности ведения беременных с нарушением
уродинамики верхних мочевых путей**

ГУЗ «Городская больница № 3»

Актуальность. Несмотря на достижения современной медицины в лечении инфекций мочевыводящих путей, они остаются одними из рас-

пространенных заболеваний беременных женщин. Гестационный пиелонефрит – неспецифический воспалительный процесс, в который вовлекаются интерстициальная ткань почек и чашечно-лоханочная система. Частота встречаемости данного заболевания в практике составляет, по данным различных авторов, 5–10%. Острый гестационный пиелонефрит относится к заболеваниям, оказывающим неблагоприятное воздействие как на организм матери, так и на плод.

Материалы и методы. Проведен литературный анализ публикаций касаясь проблем ведения беременных женщин с пиелонефритом и пиелонефритом, осложнённым обструкцией верхних мочевыводящих путей (ВМП). Распространённость острого пиелонефрита беременных: 14 случаев на 1000 родов (2,5%) или 53 случая на каждые 10 000 родов. Острый пиелонефрит беременных относится к категории осложненных форм инфекций мочевых путей (ИМП) и, как правило, протекает на фоне нарушенной уродинамики; может способствовать развитию осложнений как со стороны матери, так и со стороны ребенка: преэклампсия, преждевременные роды, задержка внутриутробного развития, низкая масса плода при рождении, сепсис, ОРДС, анемия, преждевременные роды, ОПП, абсцесс почки, летальный исход, внутриутробная гибель плода. Лечение острого пиелонефрита беременных без нарушения пассажа мочи из ВМП начинают с консервативной терапии. Начиная с 10-12 недели беременности, емкость ВМП постепенно увеличивается. С 10-12 недель и почти до 30-32 недель беременности постепенно снижаются мышечный тонус и сократительная активность мочеточников. Под воздействием повышенного уровня прогестерона у беременных происходит ретенция, удлинение и искривление мочеточников, что создает условия инфицирования мочи. При выборе лечения пиелонефрита беременных ведущим является решение вопроса о необходимости операций: дренирования почек и ВМП, выбор оптимального метода дренирования, контроль функции и длительности пребывания дренажей в мочевыводящих путях, а также профилактика осложнений после выполненного дренирования ВМП. Срочное дренирование ВМП и выбора его метода при острой урологической патологии – главный вопрос совместной лечебной тактики уролога, акушера-гинеколога. В настоящее время разработаны подходы к ведению пациентов с обструктивным гестационным пиелонефритом: при отсутствии эффекта от пози-

ционной и антибактериальной терапии в течение 72 часов выполняется дренирование ВМП стентом на срок 3-4 недели; далее – удаление дренажа через 3-4 недели с оценкой эффекта (купирование воспалительного процесса, уменьшение ретенции ВМП, восстановление оттока мочи из почки). В случае сохранения ретенции ВМП, нарушения пассаж мочи из почки выполняется восстановление дренажа с заменой через 3-4 недели и удаление через 3-4 недели после родов. Антибактериальная терапия должна проводиться в обязательном порядке, после восстановления оттока мочи из почки, с учетом посева мочи, согласно федеральным клиническим рекомендациям и консультации клинического фармаколога. При полной обструкции ВМП начало антибактериального лечения до выполнения дренирования сопряжено с риском развития бактериотоксического шока. Стентирование предпочтительнее при остром обструктивном пиелонефрите легкого и среднетяжелого течения. Чрескожная пункционная нефростомия проводится в случаях тяжелого острого обструктивного пиелонефрита. Она предпочтительнее, чем стентирование, как надежный контролируемый метод дренирования почки, не имеющий стент-зависимых осложнений.

Выводы. Тяжесть состояния и осложнений при остром обструктивном пиелонефрите у беременных обусловлена отсутствием или неэффективностью дренирования ВМП, особенностями микрофлоры мочи, неадекватным выбором антибактериальной терапии. Коррекция уродинамики, адекватно подобранная деэскалационная антибактериальная терапия улучшает прогноз при инфекции мочевыводящих путей. Необходимо учитывать региональные особенности резистентности микрофлоры мочи, риска по СКАТ и результатов культуральных проб мочи пациенток в динамике. Выбор тактики лечения обструктивной уропатии у беременных должен основываться на этиопатогенетической причине. Дренирование ВМП у беременных должно выполняться строго по показаниям. Следует избегать длительного и отдавать предпочтение краткосрочному дренированию ВМП у беременных. Неотложное и адекватное лечение любой клинической формы инфекции мочевыводящих путей у беременных, особенно при обструктивной уропатии, предотвращает септические осложнения у беременной и внутриутробные инфекции у плода.

Суворов Д.В., Гаврилов А.В., Пахалин Н.М., Кутковой П.Ю.

Основные аспекты диагностики и лечения гестационного пиелонефрита в условиях круглосуточного стационара

ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска»

Актуальность. Гестационный пиелонефрит – неспецифический инфекционно-воспалительный процесс, возникающий во время беременности, с первоначальным и преимущественным поражением интерстициальной ткани, чашечно-лоханочной системы и канальцев почек; в последующем в процесс вовлекаются клубочки и сосуды почек.

Актуальность вопроса гестационного пиелонефрита обусловлена увеличением роста инфекционно-воспалительных заболеваний мочевыводящих путей у женщин за последние годы.

Цель – анализ активного ведения пациенток с гестационным пиелонефритом (ГП) за последние 2 года в урологическом отделении ЦГКБ в 2022-2023 годах.

Задачи: алгоритм ведения пациенток с гестационным пиелонефритом.

Материалы и методы: истории болезни беременных, пролеченных в урологическом отделении ГУЗ ЦГКБ за 2022-2023 годы, всего 31 пациентка.

Методики исследования: анализ лечения пациенток с гестационным пиелонефритом

Основным фактором в развитии гестационного пиелонефрита является нарушение уродинамики верхних мочевыводящих путей или наличие инфекции в организме женщины.

Во время наиболее выраженных гормональных изменений в плацентарной системе выделяют критический срок развития пиелонефрита по данным литературы – 23–28 недель.

Самым частым симптомом у беременных пациенток, больных острым пиелонефритом, являются ноющие боли в поясничной области (100%). К урологическим симптомам, также наблюдаемым у беременных с острым инфекционно-воспалительным процессом в почках, следует отне-

сти повышение температуры тела выше 38°C – у 14 пациентов (45%), болезненную пальпацию пораженной почки – у 23 человек (74%).

В 15 случаях из 31 проводилась катетеризация почек (48,4%) – то есть у каждой второй пациентки; у всех пациенток отмечены характерные сроки гестации – более 20 недель, длительность заболевания, гипертермия 1–3 суток.

Расширение чашечно-лоханочной системы более 20 мм – у 11 пациенток (35,5%).

Лейкоцитоз крови более 15×10^9 – у 13 пациенток (42%).

В посевах мочи обнаружены *E. coli*, *Candida albicans*, *E. faecalis* – у 15 пациенток (48,4%).

Длительное дренирование – установка стента – проведено в 5 случаях, чрескожная пункционная нефростомия – в одном случае.

Люмботомия, нефростомия, декапсуляция – в одном случае.

Выводы. Таким образом, ГП чаще встречался у беременных женщин на сроке гестации более 20 недель.

Самым частым симптомом острого гестационного пиелонефрита являются ноющие боли в поясничной области, болезненная пальпация в проекции пораженной почки и лихорадка.

Наиболее частые диагностические признаки: лейкоцитурия (95%), уретеропиелокаликоектазия по данным УЗИ (36%), лейкоцитоз (42%) – в общем анализе крови.

Активное дренирование – катетеризация, стентирование, ЧПНС, позволяют избежать открытых оперативных вмешательств в большинстве случаев при сроках заболевания (лихорадочного симптома) не более 3 суток.

Раздел 26. Фтизиатрия

Колчин Д.В.^{1,2}, Савоненкова Л.Н.^{1,2}, Рузов В.И.¹, Прохоров О.Ю.^{1,2}

Протеины и цитокины крови в оценке выраженности системного воспалительного ответа у пациентов с туберкулезом легких

¹ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»;

² ГКУЗ «Областной клинический противотуберкулезный диспансер имени С.Д. Грязнова»

Актуальность. Системный воспалительный ответ (СВО) – универсальная реакция организма на действие повреждающих факторов. В качестве его маркеров при сердечно-сосудистых, онкологических, эндокринологических заболеваниях, травмах и инфекциях наряду с протеинами в последнее время используют цитокины, роль которых при туберкулезе легких (ТЛ) мало изучена.

Цель – определить значение протеинов и цитокинов крови при оценке выраженности СВО у пациентов с туберкулезом.

Методы. Проведен анализ значений: общего протеина, альбуминовой фракции, соотношения альбумины/глобулины (А/Г), С-реактивного белка (СРБ), провоспалительного (IL-6) и противовоспалительного (IL-10) интерлейкинов и сосудистого эндотелиального фактора роста (VEGF) у 112 госпитальных пациентов с активным туберкулезом легких (ТЛ). Пациенты ранжированы на 3 группы в зависимости от сроков исследования: I (n = 41) – до 3 месяцев, II (n = 39) – через 3-6 месяцев, III (n = 32) – более 6 месяцев от начала лечения, что соответствует началу (группа I) и окончанию (группа II) фазы интенсивной терапии и фазе продолжения лечения (группа III). Группы сопоставимы по возрасту и полу, клиническим формам ТЛ, осложнениям и сопутствующим заболеваниям. Пациенты с ТЛ сомнительной активностью, а также в коморбидности с ВИЧ-инфекцией, ХВГ в стадии репликации вируса, АГ и ИБС в исследование не включены. Определяли среднее значение и стандартное отклонение средних величин

($M \pm SD$). Достоверность различий (P) определяли с по критерию Манна-Уитни (U). Различия считали достоверными при $P < 0,05$.

Результаты исследования представлены в таблице 1. Как видно из таблицы, общее количество протеина у пациентов всех групп оказалось в пределах референсного интервала (РИ), но в III группе (78,6 г/л) выше, чем I и II ($P < 0,05$). Показатели значений альбуминов и А/Г также были в рамках РИ, но без значимых различий по группам. Содержание СРБ у пациентов I (24,3 г/л), II (15,7 г/л) групп – и что особенно важно – и III (13,9 мг/л) группы превышало верхнее значение РИ в 2,43-1,57-1,39 раз соответственно ($P < 0,05$).

Таблица 1

Общий белок, альбумины, А/Г, СРБ, IL-6, IL-10, VEGF у пациентов ТЛ в I, II, III группах

Показатель, РИ	I гр, n=41	II гр, n=39	III гр, n=32	РI-II	РI-III	РII-III
Общий протеин 64-83 г/л	73,9±8,18	74,5±8,57	78,6±6,96	0,85	0,01*	0,01*
Альбумины 35-52 г/л	37,3±4,51	38,3±5,41	40,1±5,98	0,39	0,07	0,43
А/Г 1,5-2,3	1,06±0,28	1,09±0,27	1,11±0,36	0,46	0,97	0,53
СРБ 0-10 мг/л	24,3±14,8	15,7±11,3	13,9±16,8	0,01*	0,01*	0,13
IL-6 0-10 пг/мл	12,9±11,2	11,9±11,4	7,84±5,82	0,11	0,03*	0,59
IL-10 0-31 пг/мл	8,3±5,41	8,07±8,26	7,13±5,87	0,74	0,46	0,47
VEGF не >691 пг/мл	382,4±215, 8	340,5±201, 1	278,2±212, 4	0,66	0,04*	0,10

Примечание: *различия достоверны

Уровень IL-10, обладающего, по мнению многих авторов, про- и противовоспалительным действием одновременно, оставался в рамках РИ в I, II, III группах, а его понижение от группы к группе было не достоверным. Значение IL-6, возглавляющего класс интерлейкинов избирательного про-воспалительного действия, было выше РИ в I (12,9 пг/мл) и II (11,9 пг/мл) группах. Его понижение во II группе в сравнении с I и III группами оказа-

лось не достоверным, но в III группе по сравнению с I снизился в 1,65 раза (7,84 против 12,9 пг/мл), $P < 0,05$. Экспрессия VEGF была в значениях РИ, но достоверно снизилась в III группе в сравнении с I (278,2 против 382,4) в 1,37 раза $P < 0,05$.

Выводы. Из белковых маркеров наиболее информативен для определения выраженности СВО при ТЛ - СРБ, но сохранение его повышенного уровня в фазе продолжения лечения ограничивает возможность определения фазы окончания интенсивной терапии. Надежными маркерами выраженности СВО и критериями для перехода к фазе продолжения лечения при ТЛ являются IL-6 и VEGF.

Ледяева О.Ю., Ерастова Н.В.

Проблемы, возникающие при госпитализации гражданина в медицинскую противотуберкулезную организацию в недобровольном порядке

ГКУЗ «Областной клинический противотуберкулезный диспансер имени
С.Д. Грязнова»

Актуальность проблемы. Эпидемическая ситуация по туберкулезу на территории Ульяновской области, а также недостатки правового регулирования при исполнении решения суда о госпитализации гражданина в медицинскую противотуберкулезную организацию в недобровольном порядке остаются актуальной темой.

Цель исследования. Статьей 41 Конституции Российской Федерации предусмотрено право каждого на охрану здоровья и медицинскую помощь. Но в соответствии с частью 3 статьи 55 Конституции Российской Федерации права и свободы человека и гражданина могут быть ограничены федеральным законом только в той мере, в какой это необходимо в целях защиты здоровья, прав и законных интересов других лиц. Наличие у гражданина туберкулеза (или подозрение на него) является одним из таких случаев.

Федеральным законом от 18 июня 2001 г. № 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации» на основании

решений суда предусмотрена госпитализация в медицинские противотуберкулезные организации для обязательных обследования и лечения в стационарных условиях больных заразными формами туберкулеза, неоднократно нарушающих санитарно-противоэпидемический режим, а также умышленно уклоняющихся от обследования в целях выявления туберкулеза или от лечения туберкулеза.

По нашему мнению, трудности возникают, когда после решения суда гражданина госпитализируют в медицинскую противотуберкулезную организацию. Действующее законодательство обеспечивает только возможность привлечения больного туберкулезом, злостно уклоняющегося от лечения, к госпитализации в недобровольном порядке, не обеспечивая при этом принудительного лечения. В соответствии со статьёй 21 Конституции РФ: «Достоинство личности охраняется государством. Ничто не может быть основанием для его умаления. Никто не должен подвергаться пыткам, насилию, другому жестокому или унижающему человеческое достоинство обращению или наказанию. Никто не может быть без добровольного согласия подвергнут медицинским, научным или иным опытам.»

В статье 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» говорится о праве пациента отказаться от медицинского вмешательства. Следовательно, больной с заразной формой туберкулеза, являясь полностью дееспособным, вменяемым гражданином Российской Федерации не может быть подвергнут принудительному приёму препаратов и совершению медицинских манипуляций без его согласия.

Большинство пациентов ведут асоциальный образ жизни. Такая категория лиц практически не является в суд, отсутствует или не проживает по месту регистрации, что вызывает трудности у федеральной службы судебных приставов, исполняющих судебный акт немедленного исполнения. Кроме того, судебный пристав-исполнитель на осуществление розыска лиц данной категории не уполномочен, подобные полномочия отсутствуют и у сотрудников полиции.

Противотуберкулезные учреждения не являются учреждениями закрытого типа. В связи с этим ограничивать свободу передвижения больного не представляется возможным. Поэтому часть больных, побыв в стационаре некоторое время, вновь его покидает.

Методы исследования. При написании работы автором использованы различные методы научного познания, как общенаучные: анализ, синтез, логический и структурно-функциональный, так и частнонаучные: формально-юридический, метод правового моделирования.

Результаты исследования. В 2022 году в Ульяновской области было вынесено 12 решений судов о госпитализации гражданина в медицинскую противотуберкулезную организацию в недобровольном порядке. Из них 2 человека не госпитализированы (решения судов не исполнены), один умер до исполнения решения суда, один выбыл в исправительное учреждение, 8 были госпитализированы. Из госпитализированных: 3 человека самовольно покинули стационар, 2 человека эффективно завершили лечение (клиническое излечение), 3 человека продолжают лечение (переведены на амбулаторное лечение, стойко абациллированы, завершение лечения в середине 2024 г.).

В 2023 году было вынесено 18 решений судов о госпитализации гражданина в медицинскую противотуберкулезную организацию в недобровольном порядке. Из 10 госпитализированных 8 человек продолжают лечение, двое умерли после самовольного ухода из стационара. 8 человек не госпитализированы. Из госпитализированных: два человека абациллированы, переведены на амбулаторное лечение, в планах завершение лечения в середине 2024 г. У 4 человек наблюдается положительная рентгенологическая картина. Один человек получает симптоматическое лечение. Один человек, госпитализированный для прохождения обследования, прошел полное обследование и выписан.

Выводы. Постоянный рост количества больных туберкулезом, прервавших лечение, уклоняющихся от обследования и лечения, а также лиц с подозрением на туберкулез, которым выписано направление для консультации в противотуберкулезные учреждения, но не являются, требуют принятия мер по внесению изменения в законодательство РФ, таких как:

- определения порядка принудительной госпитализации в специализированный стационар,

- разработка и внедрение мер социальной поддержки лиц, добросовестно и в полном объеме прошедших или проходящих лечение туберкулеза, в указанные в направлениях сроки, пришедших или обратившихся в противотуберкулезные учреждения для подтверждения или опровержения предварительно поставленного диагноза туберкулеза.

В соответствии со статьей 13 Федерального закона от 18.06.2001 г. № 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации» лица, находящиеся под диспансерным наблюдением в связи с туберкулезом, и больные туберкулезом имеют ряд обязанностей, в частности: проходить медицинское обследование и профилактические мероприятия, в том числе путем применения лекарственных препаратов; соблюдать государственные санитарно-эпидемиологические правила и гигиенические нормативы, установленные для указанной категории лиц. Помимо этого, указанные лица обязаны проходить лечение, назначенное врачом медицинской противотуберкулезной организации; соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности; соблюдать правила поведения пациентов в медицинских противотуберкулезных организациях во время нахождения на лечении в таких организациях.

Привлечение указанных граждан к административной ответственности в виде штрафа за невыполнение возложенных на них обязанностей, а именно: нарушение действующих санитарных правил и гигиенических нормативов, невыполнение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, будет способствовать прохождению лечения в стационарных условиях полного курса лечения.

Также применение мер в виде принудительного лечения на основании судебного решения может эффективнее обеспечивать снижение напряженности эпидемической ситуации в Российской Федерации.

Утемишева В.Н.

Тактика ведения детей и подростков, законные представители которых отказались от скрининга на туберкулёз

ГКУЗ «Областной клинический противотуберкулёзный диспансер имени
С.Д. Грязнова»

Цель – обобщить практику по работе с «отказниками» от обследования на туберкулёзную инфекцию.

Задача – ознакомить специалистов, охраняющих здоровье и жизнь детей, с принципами ведения детей и подростков, законные представители которых отказались от скрининга на туберкулёз.

Верховный Суд Российской Федерации от 18.04.2019 г. № АКПИ19-115 решил: в удовлетворении административного искового заявления И., Д. об оспаривании письма Министерства здравоохранения Российской Федерации от 7 апреля 2017 г. № 15-2/10/2-2343 «О направлении клинических рекомендаций «Выявление и диагностика туберкулёза у детей, поступающих и обучающихся в образовательных организациях» отказать.

Письмо ГВС ДФ МЗ РФ д.м.н., профессора В.А. Аксёновой от 15.01.2024 г. «Руководителям органов управления учреждений здравоохранения субъектов РФ, копия Руководителям органов управления учреждений образования субъектов РФ» о необходимости межведомственного взаимодействия Министерства Здравоохранения с Министерством образования РФ при допуске детей в общеобразовательные организации.

Письмо Министерства просвещения и воспитания Ульяновской области от 13.04.2023 г. «Руководителям учреждений образования» о недопущении в детские коллективы детей, не обследованных на туберкулёз, инъецированное ГКУЗ «Областной клинический противотуберкулёзный диспансер имени С.Д Грязнова».

Отказ от проведения обследования ребёнка на туберкулёзную инфекцию должен быть оформлен письменно законным представителем ребёнка и подшит к медицинской документации ребёнка в ГУЗ ПМСП у.ф.: № 112/у, 026/у-2000.

Каждый законный представитель, отказавшийся от проведения внутрикожных проб на туберкулёзную инфекцию, в обязательном порядке приглашается на заседание врачебной комиссии медицинской организации ГУЗ ПМСП для проведения дополнительного информирования о рекомендуемом медицинском вмешательстве, о последствиях отказа от него, выясняются причины отказа.

Ребёнок должен прийти на приём с направлением к фтизиатру, с указанными сведениями (при наличии): о вакцинации БЦЖ и предыдущих иммунодиагностических пробах.

Внутрикожные тесты остаются приоритетными методами иммунодиагностики туберкулёзной инфекции у детей.

У подростков применяются оба метода диагностики: проба с АТР и флюорография.

Обзорная рентгенография грудной клетки используется для исключения туберкулёза органов дыхания с письменного согласия законного представителя.

Не рекомендуется для скрининга туберкулезной инфекции у детей исследование крови, других биологических жидкостей методом ПЦР и ИФА.

При отказе родителей (законных представителей) ребёнка от внутрикожных туберкулёзных проб возможно назначение альтернативных коммерческих методов *in vitro*, зарегистрированных в России: T-SPOT.TB или QuantiFERON-TB Gold в качестве только дополнения к стандартным диагностическим исследованиям, а не скринингового метода обследования.

Дети, иммунодиагностика которым не проводилась, допускаются в детскую организацию при наличии заключения врача-фтизиатра об отсутствии заболевания. Врач-фтизиатр не решает вопрос о допуске ребёнка в организованные коллективы, обследует с целью исключения туберкулёза, выдаёт заключение.

Дети, направленные на консультацию в противотуберкулезный диспансер, родители или законные представители которых не представили в течение 1 месяца с момента постановки проб заключение фтизиатра об отсутствии заболевания туберкулезом, не допускаются в детские организации.

Панкова Т.Б.

Актуальные вопросы внелёгочного туберкулёза

ГКУЗ «Областной клинический противотуберкулёзный диспансер имени
С.Д. Грязнова»

Цель – изучить особенности течения внелёгочного туберкулёза в современных условиях.

Материалы и методы: анализ медицинских карт пациентов ГКУЗ «Областной клинический противотуберкулёзный диспансер имени С.Д. Грязнова» с внелёгочным туберкулёзом за последние пять лет.

Несмотря на снижение заболеваемости по внелёгочному туберкулёзу в России и в Ульяновской области, остаётся актуальным вопрос раннего выявления данной патологии у пациентов ввиду сложности диагностики, отсутствия настороженности у специалистов (не фтизиатров) на туберкулёзную природу патологических изменений в организме пациентов, отсутствия приверженности к наблюдению, обследованию, лечению у фтизиатрических пациентов, особенно с Ко-инфекцией.

Проанализированы следующие материалы: медицинские карты пациентов, состоящих на диспансерном наблюдении у фтизиатров, у инфекционистов, карты лечения пациентов (форма № 502-ТБ/У). Результаты: в последние годы растёт число больных с генерализованными формами туберкулёза на фоне ВИЧ-инфекции.

Приведены примеры клинических форм внелёгочного туберкулёза по МКБ 10: туберкулёз мозговых оболочек и центральной нервной системы, туберкулёз кишечника, брюшины и брыжеечных лимфатических узлов, туберкулёз костей и суставов, туберкулёз мочевых, половых органов, туберкулёз кожи и подкожной клетчатки, туберкулёз периферических лимфатических узлов, туберкулёз глаз и туберкулёз прочих органов – все прочие, редко встречающиеся изолированные туберкулёзные поражения, подтверждая крылатое выражение во фтизиатрии «туберкулёз поражает любой орган человеческого организма, кроме ногтей и волос».

В последние годы увеличивается число лиц, живущих с ВИЧ-инфекцией, а учитывая статистические данные, свидетельствующие о наличии большого резервуара туберкулёзной инфекции в регионе, на протяжении длительного времени сохраняющиеся высокие показатели: распространённости / смертности от туберкулёза среди взрослого населения; высокой доли больных с МБТ (+) с ЛУ: первичной МЛУ (79,2%), ПРЕ-ШЛУ (47,4%), ШЛУ, с социально-дезадаптированным статусом, с низкой приверженностью к лечению и своевременному обследованию; высокого удельного веса больных: с бактериовыделением – 50,3%, с полостями распада – 31,7%, с МЛУ МБТ – 41,2%, туберкулёз + ВИЧ – 31,9% среди в/в больных туберкулёзом органов дыхания, следует ожидать эпидемию

ВИЧ / СПИД + туберкулёз с генерализованными формами с поражением многих систем (центральной нервной, дыхательной, костной, мочевыделительной, лимфатической). Исход лечения у таких больных менее благоприятный.

Наиболее тяжелые и часто встречающиеся формы внелегочного туберкулёза – это костно-суставный туберкулёз; часто запоздало диагностируемый ввиду сложности диагностики и дающий тяжелые осложнения, часто приводящие к инвалидности и летальности. Чаще встречается туберкулёз позвоночника (туберкулёзный спондилит). При несвоевременной диагностике заболевание даёт тяжелые осложнения: деформация позвоночника, натечные абсцессы (паравертебральные и наружные), свищи, парезы и параличи, амилоидоз внутренних органов, требующие длительного, не всегда успешного лечения, приводящие к тяжёлой инвалидизации.

Необходимо наладить внутриведомственное взаимодействие и сотрудничество специалистов разных профилей: фтизиатров, терапевтов, инфекционистов, хирургов, ортопедов, неврологов, офтальмологов и других при обследовании пациентов, в том числе ВИЧ-инфицированных, с целью раннего выявления и адекватного лечения внелёгочного туберкулёза, обеспечения благоприятного прогноза болезни для здоровья и жизни.

Раздел 27. Хирургия

Хамидов А.В.^{1,2}, Юдин А.Н.^{1,2}, Баранов А.А.^{1,2}, Тулупов И.Д.^{1,2}

Клинический случай хирургического лечения оторвавшейся гигантской миксомы правого предсердия в сочетании с протезированием трикуспидального клапана

¹ ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»;

² ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»

Миксома левого предсердия – наиболее часто встречающаяся доброкачественная опухоль сердца. Клинические проявления миксомы сердца зависят от ее локализации и размеров, но часто заболевание протекает бессимптомно в течение длительного времени. Поэтому очень важно своевременно заподозрить наличие опухоли и провести лечение после дообследования, чтобы избежать развития фатальных осложнений.

Цель исследования. В настоящем наблюдении мы приводим клинический случай пациентки, у которой оторвавшаяся гигантская миксома, оказывала стенозирующий эффект в диастолу, сочеталась с недостаточностью ТК.

Материал и методы. Пациентка Х., 27 лет. За 2 суток до поступления в кардиохирургическое отделение ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница» у больной появилась одышка при незначительной физической нагрузке, отеки на лице и нижних конечностях, головокружение. В связи с прогрессированием отеков и одышки была вызвана скорая помощь, госпитализирована кардиологическое отделение в г. Димитровграде. При трансторакальной эхокардиографии (ЭхоКГ), был поставлен диагноз: «Гигантская миксома правого предсердия. Недостаточность ТК III степени». С данным диагнозом больная была переведена и госпитализирована в кардиохирургическое отделение ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница» для проведения хирургического лечения: удаления миксомы правого предсердия и одномоментной коррекции ТК. При повторном ЭхоКГ: «В полостях правых отделов лоцируется гигантское объемное образование размерами 8,3 × 48 × 47 мм округлой формы с четкими краями.

Образование подвижное, свободно пролабирует в полость правого желудочка, создавая обструкцию ТК. Место фиксации данного образования не определяется». Пациентке рекомендовано проведение операции удаления объемного образования правого предсердия и коррекция трикуспидальной недостаточности в условиях гипотермического искусственного кровообращения (ИК) и фармакохолодовой кардиopleгии.

Операцию выполняли путем срединной стернотомии в условиях искусственного кровообращения с постепенным охлаждением пациентки до 28°C. Вскрыто правое предсердие. К ране предлежит большое объемное образование плотной консистенции, яйцевидной формы, которая практически заполняет всю полость правого предсердия и к эндокарду правого предсердия не крепится. В центре опухоли имеется ножка с широким основанием, с помощью которой она ранее крепилась к эндокарду мембранозной части межпредсердной перегородки. Так как опухоль не крепилась к МПП, она была легко удалена. При ревизии ТК: последний дилатирован. Задняя створка ТК представлена остатками створчатой ткани, имеется множество мелких разрывов, обусловленных механическим повреждением опухолью при её флотации. Выполнена протезирование ТК биологическим протезом «БиоЛАБ» № 30. Мембранозная часть МПП, где крепилась ножка миксомы, иссечена и произведена пластика заплатой из ксеноперикарда. Гистологически опухоль представлена гомогенной межточечной субстанцией, коллагеновых волокон, местами видны мелкозернистые базофильные массы по типу кальцинатов. Ранний послеоперационный период протекал без осложнений. На 8-е сутки после операции пациентка выписана из стационара. По результатам обследования ко дню выписки состояние больной расценивалось как удовлетворительное.

В связи с тем, что клиническая картина миксомы предсердия не сопровождается выраженной симптоматикой на ранних стадиях, длительное время миксома не диагностируется. Однако у таких пациентов высок риск развития внезапной смерти. Единственный радикальный метод лечения этой патологии – удаление миксомы. Плановое скрининговое обследование населения позволяет диагностировать миксому сердца и направить пациента на лечение в специализированное медицинское учреждение.

Бесов В.А., Нуштаев Н.С., Ахмадуллов И.Т.

Клинический случай: кишечное кровотечение из дивертикула Меккеля

ГУЗ «Ульяновский областной клинический центр специализированных видов
медицинской помощи имени заслуженного врача России Е.М. Чучкалова»

Дивертикул Меккеля – это наиболее частый врожденный порок развития ЖКТ, который встречается у 2–4% населения; расположен на противобрыжечном крае подвздошной кишки на расстоянии 60–100 см от илеоцекального угла, средняя длина – 5–7 см. Среди пациентов с дивертикулом Меккеля соотношение мужчин и женщин примерно 2:1, а в случае симптоматического течения – 5:1. В 50% случаев дивертикул Меккеля диагностируют у детей в возрасте до 10 лет, остальные случаи, как правило, манифестируют в возрасте до 30 лет [1, 2]. Симптоматическое течение при дивертикуле Меккеля, по данным разных авторов, может встречаться в диапазоне от 5% до 16%.

Клиническое наблюдение. Пациентка М., 24 года, поступила в 5 хирургическое отделение ГУЗ «Ульяновский областной клинический центр специализированных видов медицинской помощи имени заслуженного врача России Е.М. Чучкалова» в экстренном порядке 15.05.2023 (доставлена бригадой скорой медицинской помощи) с предварительным диагнозом «желудочно-кишечное кровотечение неясной этиологии». Из анамнеза известно, что пациентку в течение 2 дней беспокоит выраженная общая слабость, стул «черного цвета», головокружение. Ранее перенесенных операций не было.

При осмотре: Общее состояние средней тяжести. Пациентка в сознании, кожный покров и видимые слизистые бледной окраски. Артериальное – 100 и 60 мм рт. ст. Пульс – 100 ударов в минуту. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот округлой формы, симметричный, не вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Симптомов раздражения брюшины не выявлено. При ректальном осмотре кал на перчатке черного цвета. При поступлении в общий анализе крови отмечается гемоглобин (84 г/л), эритроцитов ($2,92 \times 10^{12}/л$), тромбоцитов ($138 \times 10^9/л$), лейкоцитов до $8,1 \times 10^9/л$. В условиях приемно-

го отделения выполнено УЗИ органов брюшной полости, по результатам которого патологии не выявлено. Также больной выполнялась фиброгастроуденоскопия, по данным которой кровотечение из верхних отделов ЖКТ не было выявлено. Хронический поверхностный гастрит.

Пациенту был выставлен *диагноз* «кишечное кровотечение неясной этиологии, анемия средней степени тяжести». Больному проводилась консервативная (гемостатическая) терапия, переливание компонентов крови (500 мл свежезамороженной плазмы и 500 мл эритроцитарной взвеси). Данных о продолжающемся кишечном кровотечении не выявлено.

На фоне проводимой консервативной терапии состояние пациентки было относительно стабильным. Проведены две фиброгастроуденоскопии, которые также не выявили источника кровотечений. Отмечалось снижение гемоглобина до 61, без гемодинамически значимых изменений у пациентки, которые компенсировались гемотрансфузией.

19.05.2023 с целью выявления источника кровотечения пациенту выполнена *фиброколоноскопия*. Заключение: «Признаки кишечного кровотечения, неполный осмотр, источник кровотечения не выявлен». В этот же день на фоне проводимого лечения у больной произошло резкое ухудшение состояния. Появились признаки явного жизнеугрожающего рецидива кишечного кровотечения с признаками геморрагического шока. Решено выполнить диагностическую лапаротомию с интраоперационным решением вопроса об объеме операции.

Выполнена *диагностическая лапаротомия*. Интраоперационно у пациентки выявлено: «Желудок пустой, патологических образований нет, двенадцатиперстная кишка без признаков повреждения, воспаления, пальпаторно патологических образований не выявлено. Тонкая кишка спавшаяся на всем протяжении, крови в просвете нет, за исключением участка в 50 см от илеоцекального угла, имеется дивертикул Меккеля длиной до 10 см, в просвете которого также содержится жидкая кровь. Выше дивертикула кишка чистая, просвет крови не содержит. Пальпаторно переастигнутая толстая кишка патологических образований не содержит, но в просвете кровь черного цвета». Произведена резекция 15 см тонкой кишки с дивертикулом – наложен анастомоз конец-в-конец. Дренажирование брюшной полости силиконовым дренажом в малый таз.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Дренажи из брюшной полости удалены на 2-е сутки. В общем анализе крови отмечено повышение уровня гемоглобина и эритроцитов. Швы сняты на 14-е сутки после операции. Больная в удовлетворительном состоянии выписана из стационара на 12-е сутки после оперативного лечения. Пациентке даны необходимые рекомендации.

Гистологически выявлена кавернозная гемангиома подслизистого слоя стенки тонкой кишки.

Обсуждение. Хирургия дивертикула Меккеля является одним из наименее изученных разделов заболеваний брюшной полости, особенно у взрослого населения. Проведенные в последние годы исследования показали сложность диагностики данной патологии, которая может иметь скрытое течение и такие грозные осложнения, как кишечное кровотечение. Современное развитие медицины предполагает использование в клинической хирургии высокотехнологичного диагностического оборудования. Внедрение *сцинтиографии* или видеокапсульной эндоскопии для исследования тонкого и толстого кишечника облегчает диагностику множества заболеваний, особенно кровотечений из нижних отделов ЖКТ. Но многие лечебные учреждения не располагают оборудованием для проведения данного вида обследования. Поэтому при диагностике тонкокишечных кровотечений нужно полагаться на объективное состояние пациента, клиническую картину, лабораторные методы исследования, а также знания и опыт хирургов, занимающихся лечением больных с данной патологией.

Заключение. Особенность приведенного клинического наблюдения заключается в том, что дивертикул Меккеля достаточно редко осложняется кровотечением, что, в свою очередь, затрудняет диагностику этого состояния и приводит к промедлению с проведением хирургического вмешательства. Примерно в 50% случаев в нем содержится эктопическая слизистая оболочка желудка, редко присутствует ткань толстой кишки, поджелудочной железы или эндометрия. Прилегающая к париетальным клеткам слизистая оболочка подвздошной кишки может изъязвляться и кровоточить, что проявляется рецидивирующей меленой или выделением измененной крови из прямой кишки.

Чавга А.И.^{1, 2}, Щеголев В.Ю.^{1, 2}, Шамсутдинов С.М.^{1, 2}, Сесин В.В.²

Хирургическое лечение ожирения. Региональный опыт

¹ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»;

² ГУЗ «Ульяновский областной клинический центр специализированных видов медицинской помощи имени заслуженного врача России Е.М. Чучкалова»

Актуальность. Морбидное ожирение является актуальной проблемой здравоохранения развитых стран. По полученным данным, распространенность ожирения на территории России остается высокой и при этом продолжает увеличиваться. Ожирение тесно связано с сахарным диабетом 2 типа, артериальной гипертензией и другими заболеваниями. Анализ многочисленных исследований показал, что бариатрическая хирургия не только может вызвать потерю веса, но и показывает хорошие результаты при лечении сахарного диабета 2 типа. Продольная резекция желудка – признанная бариатрическая операция.

Цель исследования. Данное исследование обобщает результаты трехлетнего опыта продольной резекции желудка в ГУЗ «Ульяновский областной клинический центр специализированных видов медицинской помощи имени Е.М. Чучкалова». Результаты будут способствовать разработке региональной стратегии лечения морбидного ожирения и сахарного диабета. Данная статья также направлена на предоставление информации о бариатрической хирургии региональным хирургам, эндокринологам и врачам общей практики.

Материал и методы исследования. Мы выполняем продольные резекции желудка, с марта 2021 г. к февралю 2024 г. было выполнено 204 операций; 27 (13%) пациентов – мужчины, 177 (87%) – женщины. Средний возраст пациентов составляет $37,0 \pm 9,8$ лет, минимальный возраст – 16, максимальный – 59. Средний индекс массы тела (ИМТ) составляет $46,5 \pm 7,3$ кг/м², минимальный ИМТ – 32,3 кг/м², максимальный – 75,3 кг/м². Максимальный вес пациента составил 205 кг. Инсулинорезистентность или непереносимость глюкозы до операции была выявлена у 32 (15,7%) пациентов, 24 (11,7%) пациентов страдали сахарным диабетом 2 типа при пероральной терапии, еще 4 (1,9%) пациента получали лечение инсулином. Все процедуры проводились под общей эндотрахеальной ане-

стезией. В 7% случаев одновременно были выполнены другие операции – 7 (3,4%) холецистэктомий, 4 (1,9%) грыжесечения, 3 (1,4%) адгезиолизиса. Одну операцию не выполнили из-за огромных размеров левой печеночной доли, что значительно ограничивало манипуляции в зоне операции. 204 операции (100%) были выполнены лапароскопически. Среднее время операции составило 90 ± 50 минут (включая длительные первые операции).

Результаты собственных исследований: ранние послеоперационные осложнения были выявлены у 6 (2,9%) пациентов. 4 несостоятельности степлерной линии желудка (1,96%) и 2 кровотечения (0,9%). Все пациенты были повторно прооперированы. После несостоятельности степлерной линии желудка в послеоперационном периоде формировался высокий желудочный свищ, который самостоятельно закрывался в течение нескольких месяцев. Анализ потери веса показал, что в течение первых трех месяцев после операции средняя избыточная потеря веса составила $30,0 \pm 11,0\%$, через 6 месяцев она составила $45,1 \pm 15,5\%$, через 9 месяцев после операции избыточный вес снизился на $50,0 \pm 12,0\%$, а через год он снизился на $53,3 \pm 14,0\%$. В течение первых трех месяцев после операции 10 пациентов с сахарным диабетом 2 типа прекратили консервативное лечение из-за нормального уровня глюкозы.

Выводы: продольная резекция желудка продемонстрировала хорошие результаты при лечении как патологического ожирения, так и сахарного диабета 2 типа. Во время последующего наблюдения пациенты выражают свое удовлетворение повышением качества жизни. Влияние продольной резекции желудка на фертильность до сих пор не изучено. Нам сообщили о 4 беременностях после наших операций у ранее бесплодных пациенток, которым безуспешно проводилось консервативное лечение. Необходимо регистрировать дальнейшие наблюдения, чтобы оценить отдаленные результаты продольной резекции желудка для контроля веса. Однако имеющиеся на сегодняшний день данные убеждают нас в том, что эту процедуру следует использовать в качестве первичной при морбидном ожирении и сопутствующем сахарном диабете 2 типа.

Шагдалеев Р.Ф.¹, Тонеев Е.А.^{1,2}, Мартынов А.А.², Мидленко О.В.¹

Анализ частоты и индикаторов возникновения затяжного плеврального выпота у пациентов после проведенной лобэктомии

¹ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»;

² ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер»

Заболевания легких по-прежнему остаются одними из наиболее распространенных и тяжелых заболеваний в медицинской практике и представляют серьезную угрозу для жизни пациентов. Лобэктомия является радикальным способом лечения многих заболеваний. Несмотря на успешное развитие хирургии, продленный послеоперационный плевральный выпот является одним из значительных осложнений, которое требует дополнительного его изучения.

По данным авторов, нейтрофильно-лейкоцитарный индекс и количество белка в плевральной жидкости являются индикаторами для развития продленного выпота.

Цель – определить прогностические индикаторы продленного послеоперационного плеврального выпота после лобэктомии.

Материалы и методы: в данное исследование были включены пациенты, которым была выполнена лобэктомия в период 01.03.2023 по 10.11.2023 г. в ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер» г. Ульяновск. Всего в анализ были включены 45 пациентов, 22 из которых были с затяжным послеоперационным плевральным выпотом и 23 – без данного осложнения. Анализ параметров исследуемых групп был проведен по унифицированному протоколу.

Полученные результаты. Частота развития продленного послеоперационного плеврального выпота (ППВ) составила практически половину пролеченных пациентов – 49%. Пациенты были распределены по полу следующим образом: в группе ППВ было 17 мужчин (77%) и 5 женщин (23%), в то время как в группе без продленного выпота было 12 мужчин (52%) и 11 женщин (48%), $p = 0,12$. Возраст в группе с ППВ составил 66 ± 4 года, в сравнении с группой без продленного выпота – 63 ± 2 года ($p = 0,295$). При проведении однофакторного анализа статистически значимыми оказались следующие изучаемые параметры пациентов: рост пациента ($p = 0,019$), количество белка

($p < 0,001$), количество нейтрофилов ($p = 0,153$), количество лейкоцитов в дренажной жидкости на 2 сутки ($p = 0,004$), количество лимфоцитов в крови ($p = 0,013$), и нейтрофильно-лейкоцитарный индекс на 5 сутки ($p = 0,02$), характер плевральной жидкости (экссудат) – ($p < 0,001$). Остальные параметры, такие, как функция внешнего дыхания, уровень лобэктомии, время операции, объем кровопотери и коморбидность не оказались статистически значимыми. После выполнения многофакторного анализа были выявлены 2 статистически значимых индикатора – «нейтрофильно-лейкоцитарный индекс на 5 сутки» и «белок в дренажной жидкости на 2 сутки», повышение пороговых значений которых, 2,889 и 32,1 г/л соответственно, сопровождалось наличием у пациентов продленного послеоперационного плеврального выпота.

Выводы. «Нейтрофильно-лейкоцитарный индекс крови на 5 сутки» и «количество белка в плевральной жидкости на 2 сутки» являются прогностическими индикаторами развития продленного послеоперационного плеврального выпота. Частота развития данного осложнения в проведенном исследовании составила 49%.

Сотникова Е.В., Петренко В.Г., Лапшаев Д.Н., Пахарев О.И.

Хирургическое лечение острого панкреатита

ГУЗ «Центральная клиническая медико-санитарная часть имени заслуженного врача России В.А. Егорова»

Актуальность. Острый панкреатит одна из сложных urgentных патологий в абдоминальной хирургии, является предметом множества дискуссий. Количество деструктивных форм острого панкреатита составляет 15%.

Цель исследования – оценить результаты хирургического лечения пациентов с панкреонекрозом и определить эффективную тактику оперативного лечения.

Объект исследования: в период с 2019 по 2023 гг. в хирургическом отделении ГУЗ ЦК МСЧ им. В.А. Егорова проходили лечение 659 пациентов с острым панкреатитом.

Методы исследования: в основу положен анализ лечения пациентов с деструктивными формами острого панкреатита – 129 случаев (20% от общего числа пациентов с острым панкреатитом). У 50 (39%) пациентов выявлена инфицированная форма панкреонекроза, стерильная форма – у 79 (41%).

Среди пациентов с панкреонекрозом преобладали мужчины 75 (70%), женщин было 54 (30%). Возраст пациентов – в диапазоне от 19 до 78 лет. Время от начала заболевания – от 1 до 9 дней. Всем пациентам выполнялось УЗИ, компьютерная томография для конкретизации локализации процесса деструкции. Показания к оперативному вмешательству: неэффективность консервативной терапии, прогрессирование полиорганной недостаточности, перитонит, инфицированный панкреонекроз, сепсис. В первой группе было 54 пациента, хирургическое лечение начиналось с выполнения лапароскопии. У 11 пациентов после проведения санации ферментативного перитонита, дренирования сальниковой сумки и брюшной полости данная операция была окончательным вариантом оперативного пособия. В 3 случаях была выполнена конверсия на лапаротомный доступ, в 40 случаях на последующих этапах лечения выполнялась лапаротомия и малоинвазивные санации сальниковой сумки. Во второй группе в 75 случаях выполнялась лапаротомия как первый этап доступа. На последующих этапах в 41 случае выполнялась малоинвазивная санация сальниковой сумки, некрсеквестрэктомия, в 34 случаях – релапаротомия, из которых 2 раза выполнялась спленэктомия (причиной являлся абсцесс селезенки и вовлечение в гнойно-некротический процесс сосудистой стенки селезеночной артерии). Так, в 11 случаях после лапароскопического дренирования сальниковой сумки – повторное оперативное вмешательство не потребовалось. При выполнении лапаратомий в заключительном этапе формировалась оментобурсопанкреатостома, в 40% случаев дополнялась люмбостомией для дальнейшей малоинвазивной санации, некрсеквестрэктомии у 41 пациента. В послеоперационном периоде каждый день выполнялась санация через дренажные трубки. Повторная санация, смена дренажей и тампонов производилась через 6-8 дней после их установки 2-4 раза за случай. Послеоперационная летальность в первой группе составила 11 пациентов (20%), во второй группе – 24 пациента (32%). Причины летального исхода: сепсис, острый инфаркт миокарда, тромбоэмболия легочной артерии.

Вывод: при стерильной форме панкреонекроза целесообразно применение лапароскопических методов оперативного лечения; при инфицированной

форме панкреонекроза предпочтительно формирование оментобурсопанкреатостом для дальнейшей малоинвазивной санации и некрсеквестрэктомий; малоинвазивная методика имеет ряд преимуществ: сокращает длительность оперативного вмешательства, снижает риск послеоперационных осложнений; применение лапароскопических и комбинированных оперативных способов снижает риск послеоперационных осложнений, уменьшает количество дней пребывания пациента в стационаре в 1,4 раза и снижает уровень летальности на 10%.

Евтушенко Е.Г., Карташев А.А., Ярков С.В., Файзуллин И.Р.

Сравнение использования монополярной коагуляции и ультразвуковой диссекции при геморроидэктомии

ГУЗ «Ульяновский областной клинический центр специализированных видов медицинской помощи имени заслуженного врача России Е.М. Чучкалова»

Актуальность. Геморроидэктомия – самая часто проводимая операция в колопроктологии.

По данным НМИЦ Колопроктологии им А.Н. Рыжих, в России ежегодно проводится в среднем 50 000 геморроидэктомий, в нашем отделении – 300.

В настоящее время проведение этой операции невозможно представить без использования тех или иных энергетических установок. Мы в своей практике применяем монополярную коагуляцию и ультразвуковой диссектор. Сравнению эффективности и безопасности этих способов посвящено наше исследование.

Цель исследования – сравнить ближайшие и отдаленные результаты лечения пациентов перенесших геморроидэктомию с использованием различных энергетических инструментов.

Методы исследования. В исследование включено 78 пациентов с диагнозом «хронический комбинированный геморрой», оперированных в хирургическом отделении № 7 ГУЗ УОКЦСВМП в 2023 г. Во всех случаях выполнялась открытая геморроидэктомия по Миллигану-Моргану с использованием монополярной коагуляции или ультразвукового диссектора.

В первую группу включены 44 пациента, которым операция выполнялась с использованием монополярной коагуляции, во вторую – 34 пациента, которым операция выполнялась с использованием ультразвукового диссектора.

Обе группы сопоставимы по полу, возрасту, сопутствующим заболеваниям и стадиям заболевания. Минимальный срок наблюдения за пациентами после операции – 3 месяца.

Результаты.

Средняя продолжительность оперативного вмешательства в первой группе составила $17,6 \pm 5,4$ минуты, во второй – $10,3 \pm 4,4$ минуты, разница этих значений статистически достоверна ($p < 0,01$).

Средний срок выздоровления в обеих группах был сходный ($p = 0,67$) и составил $42,3 \pm 15,1$ суток в 1-й и $38,2 \pm 8,0$ суток – во 2-й группах.

Ранние послеоперационные осложнения возникли у 1 (2,3%) пациента первой группы и 1 (2,9%) пациента второй группы и были представлены кровотечениями, потребовавшими коррекции, но разница этих показателей статистически не значима ($p = 0,86$).

Поздние послеоперационные осложнения возникли у 3 (6,8%) пациентов первой группы и 3 (8,8%) пациентов второй группы, но разница этих показателей статистически не значима ($p = 0,74$).

Эти осложнения были представлены длительно незаживающими ранами (более 60 дней), временным нарушением держания и относительными стенозами заднего прохода.

В первой группе у 2 (4,5%) пациентов возникли длительно незаживающие раны, у 1 (2,3%) пациента наблюдалось временное нарушение держания. Во второй группе у 1 (2,9%) пациента наблюдалось временное нарушение держания, а у 2 (5,9%) пациентов – относительный стеноз анального канала.

Все поздние осложнения были скорректированы с использованием консервативных мероприятий, случае стенозов применялось бужирование анального канала, в случае длительно незаживающих ран – мазевых средства с антибактериальными компонентами и бактериологическое исследование отделяемого ран для коррекции лечения. Временное нарушение держания проходило самостоятельно к 2-3 месяцам после операции.

Выводы.

1. Геморроидэктомия с использованием ультразвукового диссектора по сравнению с монополярной коагуляцией позволяет сократить среднее время оперативного вмешательства с $17,6 \pm 5,4$ до $10,3 \pm 4,4$ минут.

2. Обе методики обладают сходными рисками возникновения ранних и поздних послеоперационных осложнений и сроками заживления ран.

3. Нами выявлено, что применение монополярной коагуляции в большей степени сопряжено с риском возникновения длительно незаживающих ран, а применение ультразвукового диссектора – с возникновением стенозов заднего прохода.

Зарипов Л.Р.¹, Шагдалеев Р.Ф.², Тонеев Е.А.^{1,2}, Нуретдинов Д.И.²

Анализ частоты и индикаторов риска развития острого панкреатита у пациентов после выполненной гастрэктомии

¹ ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер»;

² ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»

Заболевания желудка в настоящее время имеют значимую частоту встречаемости среди всех заболеваний и представляют серьезную угрозу для жизни пациентов. Гастрэктомия и сегодня остается радикальным методом лечения серьезных заболеваний желудка. Однако после выполнения гастрэктомии у пациентов может развиваться множество осложнений. Одним из таких является развитие острого панкреатита (ОП). По данным статистики, частота данного осложнения может достигать 40% случаев, кроме того, оно может провоцировать других более серьезных осложнений, например, панкреонекроз, брюшинные флегмоны, что может значительно повышать частоту смертности до 62% у данной группы пациентов.

Цель – определить частоту и факторы риска развития острого панкреатита после гастрэктомии.

Материалы и методы: в данное исследование были включены пациенты, которым была выполнена гастрэктомия в период 01.03.2018 по 31.10.2023 г. в ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер» г. Ульяновска. Всего в анализ были включены 198 пациентов. Для диагностики и классификации острого панкреатита регистрировались клинически значимые изменения и краткосрочные результаты,

ключевым критерием было повышение амилазы в крови более 300 ммоль/л. Анализ параметров исследуемых групп был проведен по разработанному протоколу.

Полученные результаты. Частота развития острого панкреатита составила 8% пролеченных пациентов. Пациенты были распределены по полу следующим образом: в группе без ОП было 117 мужчин (64,3%) и 65 женщин (35,7%), в то время как в группе с легким ОП мужчин – 6 (54,5%), женщин – 5 (45,5%), в группе со среднетяжелым ОП – 2 (40%) и 3 (60%), соответственно, $p = 0,449$.

Возраст в группе без ОП составил 66 ± 4 лет, в сравнении с группой с легким ОП – 64 ± 6 лет и группой со среднетяжелым ОП 64 ± 3 лет ($p = 0,779$). При проведении однофакторного анализа статистически значимыми оказались следующие изучаемые параметры пациентов: объем кровопотери ($p = 0,039$), нейтрофильно-лейкоцитарный индекс ($p < 0,001$) и тромбоцитарно-лейкоцитарный индекс ($p = 0,004$) на 1 сутки после оперативного лечения, а также количество амилазы в сыворотке крови на 1 сутки после гастрэктомии ($p < 0,001$). Другие исследуемые параметры, такие, как наличие или отсутствие сопутствующих заболеваний (хроническая болезнь почек, сахарный диабет, гипертоническая болезнь, хроническая сердечная недостаточность) не оказались статистически значимыми. После выполнения многофакторного анализа были выявлены два статистически значимых индикатора – «тромбоцитарно-лейкоцитарный индекс на 1 сутки» и «нейтрофильно-лейкоцитарный индекс на 1 сутки», повышение пороговых значений которых (215,6 и 15,5 г/л соответственно) сопровождалось наличием у пациентов острого панкреатита.

Выводы: «нейтрофильно-лейкоцитарный индекс крови на 1 сутки» и «тромбоцитарно-лейкоцитарный индекс на 1 сутки» являются прогностическими индикаторами развития острого панкреатита после гастрэктомии. Частота развития данного осложнения в проведенном исследовании составила 8%.

Долгов О.А., Григорьев К.Ю., Ванюшин П.Н., Бекин В.Ю.

Возможности хирургического лечения заболеваний щитовидной железы и паращитовидных желез из мини-доступа

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»

По данным ВОЗ, патология щитовидной железы (ЩЖ) встречается у 300 млн человек, у 80% из них в виде узловых форм (Ворохобина Н.В., Слободской В.Р., Кузнецов А.В. Узловой зоб (учебное пособие). – СПб.: Изд. дом СПбМАПО, 2006. – 79 с). Ежегодно в США диагностируются 300 000 новых случаев наличия узлов в ЩЖ (Петров В.Г., Нелаева А.А., Александрова Е.А., Антонова Е.В., Хучашева И.А., Мелехин Е.В. К вопросу об эффективности и безопасности миниинвазивной лазериндуцированной термотерапии кистозно-коллоидных узлов щитовидной железы // Университетская медицина Урала. – 2015. – № 1. – С. 28–31. Патология паращитовидных желез (ПЩЖ) – рассматривается первичный гиперпаратиреоз (ПГПТ) – имеет тенденцию к увеличению количества выявляемых форм. Так, по результатам анализа 1914 пациентов с ПГПТ (Российский регистр пациентов с первичным гиперпаратиреозом) на декабрь 2017 года наблюдается возрастание распространенности заболевания по г. Москва – в 2017 она составила 13 случаев на 100 000 взрослого населения, а в 2010 году – 4 случая на 100 000 взрослого населения (Клинические рекомендации РФ по лечению первичного гиперпаратиреоза 2020 г.).

Цель исследования – оценить возможность применения мини-доступа для операций на ЩЖ и ПЩЖ.

Материалы и методы. За 2013–2014 (февраль) гг. в хирургическом отделении ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница» выполнено 10 оперативных вмешательств из мини-доступа на ЩЖ и ПЩЖ. По поводу патологии щитовидной железы оперировано 5 больных и 5 оперированы по поводу первичного гиперпаратиреоза.

Результаты. Всем больным с патологией ЩЖ была выполнена гемитиреоидэктомия. Трех из них левосторонняя, двум – правосторонняя гемитиреоидэктомия. У всех больных была узловая форма зоба. Размеры узлов по УЗИ: 4-4,5 см в диаметре. У четверых – аденомы без тиреоток-

сикоза, у 1 – токсическая аденома ЩЖ. С ПГПТ оперированы 5 больных, с аденомой нижней паращитовидной железы – 4, верхней – 1. Размеры по длине – от 1,0 до 3,0 см. Разрез выполняли горизонтальный симметричный выше яремной вырезки длиной от 2,0 и до менее 3,0 см. Кожный лоскут максимально мобилизуется во все стороны. Вторая фасция шеи с подъязычными мышцами пересекались и разводились вертикально и дополнительно пересекались поперек, особенно на стороне операции. При ПГПТ мобилизовывался нижний полюс ЩЖ, выделялась аденома, удалялась с помощью ультразвукового электрохирургического генератора «Harmonic». При патологии верхней ПЩЖ – дополнительно мобилизовывалась доля ЩЖ с латеральной поверхности и проводилось удаление аденомы. Набор инструментов был стандартным. Длительность операции составляла от 15 до 60 мин (в среднем – около 30 мин). При операции на ЩЖ доступ был аналогичным. Мобилизация доли также начиналась с нижнего полюса, с последующей обработкой боковых сосудов, пересечением перешейка. В последующем доля вывихивалась в рану и проводилась мобилизация верхнего полюса с пирамидальной долей. Длительность операций колебалась от 45 до 75 мин (в среднем – 63 мин). Послеоперационных осложнений не было.

Выводы. Операции из мини-доступа на ЩЖ и ПЩЖ возможно успешно выполнять при использовании стандартных инструментов с хорошим косметическим эффектом.

Евтушенко Е.Г., Файзуллин И.Р., Карташев А.А., Ярков С.В.

Применение устройства для зондирования свищевых ходов и проведения лигатуры для лечения пациентов с острым парапроктитом

ГУЗ «Ульяновский областной клинический центр специализированных видов
медицинской помощи имени заслуженного врача России Е.М. Чучкалова»

Актуальность проблемы. Парапроктит (свищ заднего прохода, свищ прямой кишки) – воспалительный процесс в анальной крипте, межсфинк-

терном пространстве и параректальной клетчатке, сопровождающийся формированием свищевого хода. При этом пораженная крипта является внутренним отверстием свища (Клинические рекомендации по колопроктологии 2020 г.).

В настоящее время существует высокий интерес к использованию лигатурных способов лечения острого и хронического парапроктита, свищей прямой кишки – как отдельных самостоятельных способов, так и в сочетании с другими хирургическими вмешательствами.

Одной из проблем данного способа является малотравматичное проведение лигатур через свищевые ходы, которые, зачастую, имеют причудливую форму и дополнительные полости.

Традиционный способ проведения лигатуры при помощи хирургического пуговчатого зонда, изогнутого зажима и иглы Дешана имеет ряд недостатков.

В хирургическом отделении № 7 ГУЗ «Ульяновский областной клинический центр специализированных видов медицинской помощи имени заслуженного врача России Е.М. Чучкалова» разработано устройство для зондирования свищевых ходов и проведения лигатуры. Заявка на полезную модель № 2023129402 от 13.11.2023.

Целью данной научной работы является сравнение количества успешных проведенных дренирующей лигатуры при помощи разработанного устройства и традиционными способами.

Методы исследования. Проанализированы истории болезни пациентов, пролеченных в хирургическом отделении № 7 ГУЗ «Ульяновский областной клинический центр специализированных видов медицинской помощи имени заслуженного врача России Е.М. Чучкалова» с диагнозом «острый парапроктит» в 2022–2023 гг., оценены результаты оперативного лечения.

Результаты. В 2022 году в отделении было пролечено 106 пациентов с диагнозом «острый парапроктит». Успешное проведение дренирующей лигатуры с использованием традиционного способа было выполнено в 6,6% случаев (7 человек).

В 2023 году в отделении были пролечены 90 пациентов с диагнозом «острый парапроктит». Успешное проведение дренирующей лигатуры с

использованием разработанного устройства было выполнено в 13,3% случаев (12 человек).

Выводы. Использование разработанного устройства для зондирования свищевых ходов и проведения лигатуры значительно повышает шанс успешного проведения дренирующей лигатуры.

Чавга А.И.^{1, 2}, Мидленко О.В.¹, Мидленко В.И.^{1, 2}, Белоногов Н.И.^{1, 2}

Лечение поражения печени при тяжелом остром панкреатите

¹ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»;

² ГУЗ «Ульяновский областной клинический центр специализированных видов медицинской помощи имени заслуженного врача России Е.М. Чучкалова»

Актуальность – в настоящее время лечение пациентов с острым панкреатитом является одной из сложных задач экстренной абдоминальной хирургии. При тяжелом панкреатите печеночная недостаточность сопровождается 18–80% случаев. Она значительно утяжеляет течение основного заболевания и может стать причиной летального исхода у 40% больных. Наличие ферментативного перитонита усугубляет поражение печени.

Цель исследования – улучшить результаты лечения поражения печени у пациентов с тяжелым острым панкреатитом путем наружного дренирования желчевыводящих путей, катетеризации круглой связки печени, превентивного использования гепатопротекторного препарата «Гептрал».

Материал и методы исследования. Оценка тяжести ОП проводилась по данным оценочных шкал (APACHE II и SOFA) и наличию дыхательной, сердечно-сосудистой, печеночной недостаточности и острого повреждения почек. Под наблюдением авторов находились 49 пациентов с тяжелым острым панкреатитом, проходившие лечение с 2017 по 2023 г. в хирургических отделениях ГУЗ «Ульяновский областной клинический центр специализированных видов медицинской помощи имени заслуженного врача России Е.М. Чучкалова». Из них мужчин – 40 (81,6%), женщин – 9 (18,4%) человек. Больных в возрасте от 45 до 65 лет было 42 (85%) человека.

У подавляющего числа больных – 35 (71,4%) – этиологическим фактором был прием алкоголя, у 14 (28,6%) – желчнокаменная болезнь. Лечение больных проводили согласно Российским клиническим рекомендациям. Основную группу составил 21 больной, которым в комплексном лечении применяли препарат «Гептрал» путем введения в круглую связку печени в сочетании с наружным дренированием желчевыводящих путей. Группу сравнения, сформированную ретроспективно с 2017 по 2019 г., составили 28 пациентов, которым проводилось комплексное лечение тяжелого острого панкреатита согласно Российским клиническим рекомендациям. Контрольными точками исследования были первые, третьи и пятые сутки послеоперационного периода.

Результаты исследования: количество больных со значительным повышением АЛТ в первые сутки послеоперационного периода достоверно не отличались. В основной группе – 23,8%, в группе сравнения – 25%. На третьи сутки лечения доля таких больных в основной группе снизилась, а в группе сравнения – повысилась. При анализе показателей на пятые сутки выявлено достоверное снижение АЛТ в основной группе до 9,2%, а в группе сравнения – 28,5%. Также отмечалась динамика этого показателя в основной группе на 14,6%, а в группе сравнения – 6,5%. Анализ изменений показателей АЛТ_{Ед/л} показал, что различия в группах становятся достоверными. В основной группе показатель минимально повышен – $123,4 \pm 5$, а в группе сравнения остается умеренно повышенным и составляет $203,6 \pm 5,3$. Анализ тяжести состояния пациентов в послеоперационном периоде показал, что в основной группе, начиная с третьих суток, отмечалась положительная динамика, которую мы связываем с введением в круглую связку печени «Гептрала». В основной группе лапароскопическая санация выполнена 12 больным, эндоскопическая папиллосфинктеротомия – 3 пациентам. Двум больным произведена лапароскопическая холецистэктомия. Лапаротомия, некрсеквестрэктомия проведена 4 больным. В группе сравнения лапароскопия выполнена 9 больным, лапароскопическая холецистэктомия проведена 5 пациентам. Лапароскопическая холецистостомия выполнена 8 больным. Лапаротомия, некрсеквестрэктомия проведены 6 пациентам. В основной группе умерли 2 больных, в группе сравнения было 4 летальных исхода.

Выводы: применение «Гептрала» в комплексном лечении пациентов с тяжелым острым панкреатитом в послеоперационном периоде способствует достижению положительной динамики в основной группе пациентов. Начиная с третьих суток, отмечалось снижение показателей АЛТ в основной группе на 14,6%, а в группе сравнения – 6,5%. Также способствует улучшению клинических и лабораторных показателей, предупреждая развитие острой печеночной недостаточности. В основной группе с $9,23 \pm 0,3$ до $8,34 \pm 0,3$, в группе сравнения – с $9,65 \pm 0,5$ до $9,26 \pm 0,5$ по шкале АРАСНЕ-II и с $7,49 \pm 0,3$ до $6,32 \pm 0,3$ – в основной группе, в группе сравнения – с $7,13 \pm 0,5$ до $7,03 \pm 0,3$ по шкале SOFA.

Шагдалеев Р.Ф.¹, Тонеев Е.А.^{1, 2}, Мартынов А.А.², Мидленко О.В.¹

Сравнительный анализ частоты развития затяжного плеврального выпота у пациентов после видео-ассистированной и открытой лобэктомии

¹ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»;

² ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер»

Хирургическое лечение заболеваний легкого занимает ключевую позицию в радикальном лечении данной категории пациентов. С развитием малоинвазивных технологий в торакальной хирургии широкое применение среди хирургов получила видео-ассистированная методика выполнения лобэктомии (ВТС-лобэктомия). Данный способ проведения оперативного лечения характеризуется меньшей травматичностью, более быстрой реабилитацией пациента, а также меньшей частотой развития осложнений, по сравнению с открытой лобэктомией. По данным авторов, у пациентов после ВТС-лобэктомии была меньшая частота развития продленного плеврального выпота (ППВ), меньше сроки постановки плевральных дренажей, меньшее количество проведенных койко-дней по сравнению с открытой лобэктомией.

Цель – провести сравнительный анализ частоты развития продленного послеоперационного плеврального выпота после ВТС-лобэктомии и от-

крытой лобэктомии, а также определить прогностические индикаторы развития (ППВ) у пациентов после ВТС-лобэктомии.

Материалы и методы: в данное исследование были включены пациенты после проведенной ВТС-лобэктомии в период с 01.01.2022 по 01.01.2024 и после открытой лобэктомии в период с 01.03.2023 по 10.11.2023. Всего в исследование было включено 78 больных, 48 из которых были без затяжного плеврального выпота и 30 – с наличием данного осложнения. Был проведен анализ исследуемых групп пациентов по единому разработанному протоколу.

Полученные результаты: пациенты после ВТС-лобэктомии по полу были распределены следующим образом: в группе с ППВ 5 мужчин и 3 женщины, в группе с благополучным послеоперационным периодом 12 и 13 человек, соответственно ($p = 0,69$). Различия групп пациентов с открытой и видео-ассистированной лобэктомией по индексу коморбидности Charlson ($p = 0,162$). Частота развития ППВ у пациентов после ВТС-лобэктомии и открытой лобэктомии в нашем исследовании составила 24% и 49% соответственно. Значения таких лабораторных показателей плевральной жидкости, как количество белка, нейтрофилов, лейкоцитов и объема выпота, было статистически значимо ниже в группе ВТС-лобэктомий ($p < 0,001$). Было установлено, что у пациентов с открытой лобэктомией сроки нахождения плеврального дренажа в полости грудной клетки статистически значимо больше, чем в группе сравнения ($p = 0,012$). При проведении многофакторного анализа вероятности развития ППВ в зависимости от варианта доступа, были определены следующие два статистически значимых показателя: превышение референсных значений нейтрофильно-лейкоцитарного индекса на 4 сутки – ($p = 0,003$) и количества белка в дренажной жидкости на 2 сутки – ($p = 0,002$).

Выводы: использование видео-ассистированных технологий при выполнении лобэктомии у пациентов позволяет существенно снизить частоту развития продленного плеврального выпота, а также сократить сроки постановки дренажной трубки и проведенных койко-дней, тем самым ускоряя реабилитацию больного и снижая риски развития осложнений вследствие длительного нахождения плевральной трубки в грудной клетке. Индикаторами развития ППВ после проведенной ВТС-лобэктомии являются

нейтрофильно-лейкоцитарный индекс на 4 сутки и количество белка в дренажной жидкости на 2 сутки.

*Зубарев А.П.¹, Абрамов Д.В.^{1,2}, Смолькина А.В.², Константинов С.Н.¹,
Бондаренко П.И.¹, Безъязычный А.В.¹*

Клинический случай перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки у пациента с ишемическим инсультом

¹ ГУЗ «Ульяновский областной клинический госпиталь ветеранов войн»;

² ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»

Актуальность. В некоторых случаях своевременная диагностика перформативной язвы может быть затруднена, особенно у пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения, в связи с отсутствием возможности речевого контакта с пациентом и, следовательно, невозможностью пациентом локализовать боль в животе, невозможностью собрать анамнез, а также с высоким риском венозных тромбоэмболических осложнений.

Цель исследования. В данном обзоре мы рассмотрим клинический случай атипичного течения перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки у пациента в остром периоде ишемического инсульта, с высоким риском ВТЭО и кардиоэмболических осложнений и одновременно высоким риском кровотечения.

Результаты. Больной С., мужчина, возраст 67 лет, поступил на лечение в отделение медицинской реабилитации пациентов с нарушением функции центральной нервной системы 16.11.2022 с диагнозом: «Дисциркуляторная энцефалопатия 3 ст. Ишемический криптогенный инсульт в правой гемисфере (от 01.11.2022). Гипертоническая болезнь 3 ст. 3 ст. риск 4. Хроническая сердечная недостаточность 2а. Хронический бронхит, субремиссия. Ожирение 2 ст». Из неврологической симптоматики у пациента наблюдалась левосторонняя гемиплегия, нарушение мочеиспускания, снижение критики. 18.11.2022 пациенту была выполнена троакарная эпи-

цистостомия по поводу полной паталогической задержки мочи. А 21.11.2022 пациент с клиникой перитонита неясной этиологии был переведен в отделение анестезиологии и реанимации, с целью предоперационной подготовки.

По рентгенографии: признаки частичной кишечной непроходимости, свободного газа в брюшной полости не обнаружено. Пациент поступил в операционную с диагнозом: «Тромбоз мезентериальных сосудов кишечника? Ятрогенное повреждение кишечника при выполнении троакарной эпицистостомии?».

В связи с неясной клинической картиной под общей неингаляционной анестезией бала выполнена лапароскопия брюшной полости. При ревизии выявлена жидкость грязно-коричневого цвета в правой подвздошной области. После этого была выполнена средне-срединная лапаротомия. При ревизии в правой подвздошной области, над лоном обнаружена жидкость грязно-коричневого цвета, без резкого запаха, в объёме 350 мл. Тонкий кишечник спавшийся, перистальтика удовлетворительная, пульсация на сосудах тонкого кишечника сохранена. Тонкий кишечник осмотрен на всём протяжении, дефектов стенки кишки не выявлено. По эпицистостоме введен раствор бриллиантовой зелени, затёков указанного цвета не выявлено. При ревизии по правому боковому каналу в брюшине, вдоль латеральной поверхности восходящего отдела толстой кишки на границе верхней и средней её трети было обнаружено отверстие размером до 2,5 см, из которого выделялась жидкость указанного выше характера. При дальнейшей ревизии в области мезоколон найдена полость, распространяющаяся до илеоцекального угла ретроперитонеально. Полость была эвакуирована отсосом. В последующем обнаружен ход, проявляющийся имбибицией окружающих тканей нисходящего отдела двенадцатиперстной кишки (ДПК) вдоль задней ее стенки. При разделении имбибированных тканей грязного цвета на верхней стенке луковицы с переходом на переднюю выявлено отверстие 0,8 на 0,3см. В верхней ее части язвенный дефект прикрыт стенкой желчного пузыря. Вдоль луковицы ДПК имеются следы фибрина, стенка ДПК инфильтрирована, отечная. Послеоперационный диагноз: Язвенная болезнь ДПК, осложненная прикрытой перфорацией с распространением в мезоколон. Вскрывшийся затек в брюшную полость.

Вторичный местный серозно-фибринозный перитонит подпеченочного пространства. Пациент выписан с выздоровлением.

Выводы. При неясной клинической картине «острого живота» оперативное вмешательство целесообразно начинать с лапароскопии. При предшествующем оперативном вмешательстве в брюшной полости или рядом с ней в первую очередь нужно исключить ятрогенные осложнения. У пациентов с одновременно высоким риском ВТЭО и высоким риском кровотечения, при назначении антикоагулянтной терапии, препаратом выбора является Гепарин.

*Курбанова С.Г.¹, Смолькина А.В.¹, Чебыкин С.Г.^{1,2},
Евсеев Р.М.¹, Барбашин С.И.^{1,2}*

Опыт применения тангенциальной некрэктомии и аутодермопластики при лечении гнойных ожоговых ран

¹ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»;

² ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска»

Актуальность. Гнойные раны подразумевают воспалительный процесс инфекционного характера, которые проявляются у пациента в результате нагноения раны мягких тканей, огнестрельного ранения или ожога. В большинстве случаев такие раны обрабатываются различными антисептическими средствами, к примеру, детергентами, йодопираном или хлорамином Б. В целях определения метода лечения целесообразно акцентировать внимание на характерные симптомы рассматриваемых ран. В частности, значительную важность имеет специфика гнойного отделяемого и болезненных ощущений пациента. Локализация гнойной раны непосредственно на суставной поверхности может существенно повлиять на подвижность данного сустава.

Цель работы – изучить результаты лечения гнойных ран методом тангенциальной некрэктомии и аутодермопластики.

Материалы и методы исследования. В процессе исследования изучен опыт работы хирургической клиники Ульяновского государственного уни-

верситета на базе ГУЗ «Центральная городская клиническая больница» в отношении двух пациентов. Пациентка Б., 35 лет, поступила в отделение 09.03.2023 г. с термическим ожогом 2-3 степени правой нижней конечности, S – 5% поверхности тела. На следующий день после госпитализации пациентке Б. была произведена тангенциальная некрэктомия.

Пациент С., 65 лет, поступил в отделение 08.11.2022 г. с термическим ожогом 2-3 степени правой кисти, обеих нижних конечностей, S–11% поверхности тела. На следующий день после госпитализации была осуществлена тангенциальная электродерматомная некрэктомия с применением разработанного некротома с определением глубины разреза раны (заявка на патент РФ № 786899 от 13.09.2023), спустя сутки – повторная тангенциальная электродерматомная некрэктомия.

Результаты. В послеоперационном периоде подготовки к кожной пластике для пациентки Б., 35 лет, проводились перевязки один раз в двое суток с кислотосодержащей смесью порошков. Для исследуемой пациентки Б. перевязки были безболезненными, кроме того, местное применение молочной кислоты и статина обладает обезболивающим эффектом (заявка на патент РФ № 234976 от 12.01.2024). Воспаление в ране имело серьезный характер, также отмечался интенсивный рост грануляционной ткани, что относит возможность данной терапии к наиболее приемлемым с учетом используемых антисептических средств. Грануляции чистые, розовые. На девятые сутки после иссечения некроза пациентке Б. выполнено пластическое закрытие раневого дефекта. Данный аспект указывает на корректную оценку характерных симптомов ожоговой раны пациентки, о целесообразности которой отмечалось исследователями. Спустя десять дней после госпитализации пациентке Б. была выполнена свободная аутодермопластика расщепленными кожными трансплантатами. В послеоперационном периоде наблюдалось приживление кожных трансплантатов в полном объеме. Следует отметить, что в процессе подготовки раны к кожной пластике антибактериальная и обезболивающая терапия пациентке Б. не были назначены. Спустя две недели после госпитализации пациентка Б. была выписана на амбулаторное долечивание из отделения с полным закрытием раны. При этом кожные трансплантаты прижились в полном объеме.

Спустя две недели после госпитализации пациентка Б. была выписана на амбулаторное долечивание из отделения с полным закрытием раны.

При этом кожные трансплантаты прижились в полном объеме. Подготовка пациента С., 65 лет, к пластике в послеоперационном периоде способствовала выявлению остро воспалительных явлений, а именно чрезмерной обильной серозной экссудации.

Выводы. Тангенциальная некрэтомия с послеоперационной обработкой гнойных ран пациентов позволяет значительно оптимизировать метаболизм в тканях и усилить антиоксидантную защиту в условиях течения острой гнойно-некротической воспалительной реакции.

Чавга А.И.^{1,2}, Мидленко О.В.¹, Мидленко В.И.^{1,2}, Рузов В.И.¹

Прогностическое значение эхокардиографического определения дисфункции миокарда при остром панкреатите

¹ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»;

² ГУЗ «Ульяновский областной клинический центр специализированных видов медицинской помощи имени заслуженного врача России Е.М. Чучалова»

Актуальность. С 80-х годов 20 века достаточно серьезно изучается феномен кардиодепрессии у пациентов с острым панкреатитом. Представлено достаточно много клинических и экспериментальных работ, посвященных изучению влияния факторов панкреатической агрессии на миокард. Однако целый ряд вопросов до настоящего времени остаются открытыми. Авторы предположили, что с учетом включения компенсаторных механизмов, стабилизирующих гемодинамику, наиболее информативно поражение миокарда будет характеризовать диастолическая дисфункция, а именно уменьшение конечного диастолического объема. По данным исследований выявлено, что эхокардиографические изменения наблюдаются более чем у 50% пациентов с острым панкреатитом. Изменения в сердце при остром панкреатите изучались ранее, но данные об их прогностической значимости ограничены.

Цель исследования – выявить характерные эхокардиографические признаки нарушений функций сердца и их взаимосвязь со степенью тяжести острого панкреатита.

Материалы и методы исследования: в исследовании участвовал 81 человек. Из них, был 21 здоровый доброволец и 60 пациентов с острым панкреатитом. Мужчин было 36 человек, женщин 24. Из исследования исключались пациенты с установленным при поступлении некротическим панкреатитом во II фазе. Пациенты с сопутствующими заболеваниями, которые могли повлиять на результаты исследования, так же не включались. Среди пациентов с острым панкреатитом были 4 человека с контролируемой артериальной гипертензией. Диагноз острого панкреатита устанавливался в соответствии с действующей редакцией клинических рекомендаций. Лечение всех пациентов осуществлялось в соответствии с клиническими рекомендациями. Всем пациентам в первые сутки лечения, после проведения инфузионной терапии было выполнено ультразвуковое исследование сердца по стандартной методике. На момент исследования гемодинамика всех пациентов была стабильной, клинических и лабораторных признаков гиповолемии не было выявлено. На группы по степени тяжести острого панкреатита, в соответствии с клиническими рекомендациями, пациенты были разделены на основании окончательного диагноза, установленного по законченному случаю. Проведен ретроспективный анализ результатов исследования.

Результаты собственных исследований: изучив конечный диастолический объем левого желудочка (КДО) авторы пришли к выводу, что очень большой разброс значений даже у здоровых лиц не позволяет использовать этот показатель для оценки состояния миокарда. А тем более прогнозирования. Стало очевидным, что для большей объективизации необходимо учитывать, прежде всего, размеры сердца. Для упрощения расчетов, в качестве показателя, косвенно характеризующего размеры сердца, авторы решили использовать толщину межжелудочковой перегородки в диастолу (МЖП). Таким образом, имея КДО и МЖП, авторы предложили использовать диастолический коэффициент (ДК) = $\text{КДО} / \text{МЖП}$. Проанализировав значение этого показателя, авторы обнаружили, что наиболее часто при среднетяжелом и тяжелом панкреатите, установленном по законченному случаю ДК был ниже 9. Предложенный авторами диастолический коэффициент ДК, рассчитываемый в первые сутки лечения, так же показал четкую взаимосвязь со степенью тяжести панкреатита, установленную по законченному случаю.

Выводы: если, при отсутствии гиповолемии и признаков сердечной недостаточности у пациентов с острым панкреатитом в первые сутки адекватного лечения значение диастолического коэффициента составляет менее 9, относительный риск развития среднетяжелого и тяжелого панкреатита составляет 5.991 при $S = 0.359$. Предложенный авторами диастолический коэффициент является прогностически значимым показателем для развития среднетяжелого и тяжелого панкреатита. Чувствительность предлагаемого способа прогнозирования составляет 0.788, специфичность 0.896.

*Макаров С.В.¹, Сибиркин В.П.^{1,2}, Смолькина А.В.¹,
Белова С.В.¹, Филиппова С.И.¹*

Опыт применения гипербарической оксигенации и внутривенного лазерного облучения крови у пациентов с облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей

1 ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»;

2 ГУЗ «Центральная клиническая медико-санитарная часть имени заслуженного врача России В.А. Егорова»

Актуальность. Для пациентов с облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей (ОААНК) характерно наличие атеросклеротического поражения и в других сосудистых бассейнах, ввиду генерализованности данного процесса, следовательно, надо искать пути лечения общего состояния сосудов.

Цель работы – оценить возможность совместного применения гипербарической оксигенации (ГБО) и внутривенного лазерного облучения крови у пациентов с ОААНК.

Материал и метод. В настоящее время стандарт лечения больных с ОААНК включает в себя пентоксифиллин, спазмолитики, сулодексит, актовегин, ацетилсалициловую кислоту. На базе ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница» имеется возможность применения гипербарической оксигенации (ГБО) и внутривенное лазерное облучение крови для

лечения этих больных. И была предпринята попытка оценки эффективности этих методов лечения.

Вашему вниманию предоставляется описание клинического случая лечения. Больной К., 66 лет, поступил на лечение в сосудистое отделение ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница» 10.07.22 г. с диагнозом «ОААНК ХАН III критическая ишемия левой нижней конечности». Жалобы при поступлении на боли в левой нижней конечности в покое и при ходьбе до 50 метров, зябкость стоп, судороги в ночное время. Пациент получал консервативное лечение согласно клиническим рекомендациям, к стандартной терапии была добавлена гипербарическая оксигенация и внутривенное лазерное облучение крови.

ГБО-терапия проводилась на универсальной гипербарической системе БЛКС-301М. Сеанс продолжительностью 50 минут, курс ГБО составил 7 сеансов в ежедневном режиме. Внутривенное лазерное облучение крови выполнялось на аппарате «Алок-1» с использованием одноразовых стерильных световодов с иглой. Благоприятно воздействует на липидный профиль, электролитный баланс крови, снижение процессов перекисного окисления и свертывающего потенциала, нормализацию глюкозы.

Результаты. Повторно пациент был госпитализирован в ГУЗ «Центральная клиническая медико-санитарная часть имени заслуженного врача России В.А. Егорова» 3.08.22 года. Больной отмечает улучшение состояния относительно июля этого года. У пациента пропали боли в покое, дистанция безболевого ходьбы увеличилась до 250 метров, зябкость и судороги нижних конечностей сохранялись, также при объективном осмотре отмечается классические клинические проявления атеросклероза на нижней конечности. Пульсация на артерии *dorsalis pedis* левой нижней конечности практически отсутствовала, на артериях *poplitea* и *femoralis* была ослаблена. При выполнении компьютерной томографии повторно в условиях ГУЗ «Центральная клиническая медико-санитарная часть имени заслуженного врача России В.А. Егорова» было обнаружено увеличение диаметра бедренной артерии при сравнении с подобным обследованием, проведенным в июле в ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница», что может свидетельствовать о вазодилатации и увеличении пропускной способности магистрального сосуда, т.е. кровоснабжения ишемизированных тканей. Хочется обратить особое внимание, что эффект вазодилатации артерии

нами был отмечен после применения ГБО в сочетании с внутривенным лазерным облучением крови. Данный больной находился на диспансерном наблюдении с 2018 года и проходил обследование и лечение в ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница» 2 раза. Мы сравнили данные обследования этого больного по данным компьютерной томографии в период лечения без применения ГБО в сочетании с внутривенным лазерным облучением крови в период с 04.03.22 по 12.07.22 гг. и период с применением ГБО в сочетании с внутривенным лазерным облучением крови (с 12.07.22 гг. по 11.08.22). По полученным данным можно видеть, что по результатам компьютерной томографии, проведенной 11.08.22 гг., отмечается увеличения диаметра общей и глубокой бедренных артерий от 0,5 до 0,65 см в диаметре.

Выводы. Схожие положительные изменения в результате применения ГБО в сочетании с внутривенным лазерным облучением крови для лечения пациентов с ОААНК нами были получены у некоторых других госпитализированных. Для более успешного лечения этих больных необходимо расширить стандарт применяемых методов лечения.

Сунисон В.А., Баринов Д.В., Афанасьев Е.А., Ахмадуллов И.Т.

Черескожная череспеченочная холангиостомия в условиях экстренного стационара

ГУЗ «Ульяновский областной клинический центр специализированных видов
медицинской помощи имени заслуженного врача России Е.М. Чучкалова»

Черескожная череспеченочная холангиостомия – это малоинвазивная (малотравматичная) операция, заключающаяся в ведении специальной трубки (дренажа) в просвет желчного протока. Эта операция является паллиативной лечебной процедурой, т.е. с ее помощью болезнь полностью не излечивается. Однако она позволяет купировать такое осложнение, как механическая желтуха и холангит, что дает возможность для всестороннего обследования и в большинстве случаев создает максимально благоприятные условия для дальнейшего лечения.

Показаниями к выполнению данного оперативного вмешательства являются: синдром механической желтухи, вызванный опухолевым поражением органов гепатобилиарной зоны (опухоли поджелудочной железы, 12-перстной кишки, желчного протока, желчного пузыря и др.) и синдром механической желтухи, вызванный послеоперационным рубцовым сужением (стриктурой) желчного протока.

Абсолютные противопоказания для ЧЧХС: 1) терминальное состояние больного; 2) полное разобщение желчных протоков вплоть до субсегментарных; 3) тотальное метастатическое поражение печени (отсутствие функционирующей паренхимы).

К *относительным противопоказаниям* относится нарушение свертывающей системы крови. В первую очередь это касается показателя МНО: при уровне более 2 необходимо переливание свежезамороженной плазмы в объеме, достаточном для его снижения. В случаях плохого эффекта от терапии требуется анализ тромбоэластограммы и консультация реаниматолога.

Подготовка больного. Специальной подготовки больного для выполнения ЧЧХС не требуется, кроме коррекции гемостаза либо показателей свертывающей системы крови, если таковые есть. Основное условие – пациент не должен ничего принимать через рот за 5-6 часов до выполнения вмешательства. Даже если общая анестезии не планируется, манипуляции в области БСДК могут вызвать рвотный рефлекс и связанные с этим проблемы.

Аппаратура и условия выполнения. Вмешательства на желчных протоках проводятся под ультразвуковым и рентгеноскопическим контролем и требуют соблюдения условий стерильности. Поэтому для их выполнения желательна организация специально оборудованной отдельной рентгенооперационной, оснащенной ультразвуковым аппаратом любого класса, передвижной рентгеновской установкой типа С-дуга и подводкой газов для возможности обеспечения анестезиологического пособия при необходимости. В качестве временной меры возможно использование перевязочного кабинета хирургического отделения либо операционной основного операционного блока.

Вмешательство можно выполнять, используя только местную инфильтрационную анестезию (Новокаин 0,5%, Лидокаин 1% и т.д.) с пред-

варительной премедикацией (Промедол 2%-1,0, Реланиум), либо в сочетании с общим обезболиванием. Вопрос о способе анестезии индивидуален и зависит от порога болевой чувствительности пациента, его общего состояния и переносимости местных анестетиков.

Основной расходуемый инструментарий:

– игла Chiba диаметром 18G (стандартные иглы Chiba имеют с атравматичный кончик, который, не прорезает, а раздвигает ткани на своем пути);

– мягкий проводник с J-образным кончиком диаметром 0,035inch;

– жесткий проводник 0,035inch (Amplaz или Lunderquist с J – образным мягким кончиком) – при необходимости;

– бужи диаметром от 7 до 10Fr для расширения пункционного канала;

– дренажи типа Pig-tail диаметром 8-10Fr с фиксирующимся кончиком;

– манипуляционный катетер диаметром 5-6Fr – при необходимости.

Эти катетеры имеют изогнутый кончик с усиленной рентгеноконтрастностью, что улучшает его визуализацию при рентгеноскопии и облегчает проведение катетера через извитые протоки и стриктуры;

– проводник с гидрофильным покрытием 0,035 inch – при необходимости. При намачивании проводник приобретает выраженную «скользкость», что позволяет ему легче проходить через билиарные стриктуры.

Методика ЧЧХС включает в себя несколько этапов: пункция желчного протока под УЗ-контролем, контрастирование протоков через пункционную иглу и получение холангиограмм, бужирование пункционного канала, установка наружной холангиостомы, реканализация стриктуры, установка наружно-внутреннего дренажа.

Методика пункции желчного протока. После выбора оптимального места для пункции желчного протока выполняют местную инфильтрационную анестезию всех слоев передней брюшной стенки предполагаемого пункционного канала вплоть до апоневроза. Поскольку внутримышечная игла, с помощью которой осуществляется анестезия, имеет режущий кончик, глубокая инъекция может привести к повреждению капсулы печени. Поэтому нужно внимательно контролировать положение кончика этой иглы. Пункция осуществляется в плоскости сканирования по боковой поверхности УЗ-датчика, чтобы иметь максимальный обзор для контроля за ее ходом от момента вхождения в подкожную клетчатку до стенки желч-

ного протока. При пункции через межреберные промежутки контроль за проведением иглы через поверхностные слои кожи затруднен из-за плохого прилегания к ней УЗ-датчика, имеющего конвексную (полуокруглую) форму.

Для лучшего соприкосновения датчика с поверхностью кожи в месте пункции возможно создание «подушки» из анестетика в подкожной клетчатке, исключающей наличие воздуха между сканирующей поверхностью датчика и кожей. Кожу в области точки вкола внутримышечной иглы рассекают остроконечным скальпелем (№ 11) на глубину около 5-8 мм, края раны аккуратно раздвигают зажимом типа «Москит». После подготовки точки доступа под постоянным ультразвуковым контролем начинают проведение пункционной иглы, кончик которой должен всё время находиться в плоскости сканирования. Выполнение манипуляции возможно как с использованием съёмных пункционных насадок, так и методом «свободной руки» («free hand»). Метод «свободной руки» позволяет не только выбрать оптимальную трассу для проведения иглы, но и изменить ее траекторию во время пункции, избежав таким образом травмы других анатомических структур. Момент вхождения иглы в просвет протока четко определяется на экране монитора УЗ-аппарата.

Субъективно этот момент сопровождается ощущением «провала иглы». Подтверждением успешной пункции является активное поступление желчи по каналу иглы после удаления мандрена. Первую порцию желчи необходимо отправить на бактериологическое исследование. Далее через иглу медленно вводят небольшое количество (не более 5 мл) контрастного вещества), контролируя положение иглы в протоках рентгеноскопически.

Рекомендуется использовать неионные контрастные препараты. При отсутствии поступления желчи вводить контрастное вещество с диагностической целью не стоит, так как при ультразвуковом методе контроля контрастирование паренхимы печени вокруг протока резко затруднит визуализацию и создаст помехи для повторной пункции в этой зоне. Иглу нужно подтянуть до подкапсульных слоев паренхимы печени, не извлекая ее окончательно, так как многократные повторные проколы капсулы печени могут привести к геморрагическим осложнениям. После подтягивания иглы вновь устанавливают мандрен и под контролем УЗИ осуществляют повторную попытку пункции протока. Если же проток в зоне планируемой

пункции становится плохо контурируемым, следует выбрать другой доступ. В случаях асцита с образованием водной прослойки жидкости между поверхностью печени и брюшной стенкой жидкость необходимо предварительно удалить, так как она препятствует формированию дренажного канала, что увеличивает риск желчеистечения в свободную брюшную полость, особенно при дислокации дренажа. Для этого под УЗ-контролем в брюшной полости, желательно в подпеченочном пространстве, установить дренаж диаметром 7-10Fr любой имеющейся модификации.

Методика установки холангиостомы (наружное желчеотведение).

Введение контрастного вещества по игле позволяет получить холангиограмму, то есть определить направление для дальнейших манипуляций. Чтобы не произошло смещения кончика иглы из просвета протока, нужно быстро, но аккуратно провести по каналу иглы мягкий проводник с J-образным кончиком. Направление хода проводника можно контролировать на экране УЗ-аппарата, но этот этап уже лучше контролировать рентгеноскопически, поскольку холангиография позволяет получить представление об индивидуальной архитектонике желчного дерева и выбрать оптимальный способ дренирования.

Использование проводников повышенной жесткости на этом этапе нежелательно, так как с их помощью можно легко перфорировать заднюю стенку протока и сформировать ложный ход. Если мягкий проводник достиг супрастенотического отдела желчного протока, следующим этапом является бужирование пункционного канала. Начинают с бужа 6-7Fr, затем при необходимости используют бужи 8-10Fr, в зависимости от диаметра дренажа и ригидности пункционного канала. Бужирование – весьма важный и ответственный процесс. Для успешного бужирования нужно одной рукой держать проводник в натянутом состоянии, второй рукой вращательно-поступательными движениями проводить буж. Рентгеноскопический контроль обязателен, особенно на этапе освоения методики. Буж обладает жесткостью стенок и острым кончиком. Неаккуратное проведение его по пункционному каналу может привести к выраженной деформации проводника и невозможности выполнения на нем последующих манипуляций. По достижении стенки протока и частичного ее расширения кончиком бужа последний извлекают, одновременно сталкивая проводник в просвет

протока. Завершающим этапом является установка дренажа по проводнику на мягком или жестком выпрямителе.

Под наблюдением авторов с 2023 по 2024 гг. в хирургических отделениях ГУЗ «Ульяновский областной клинический центр специализированных видов медицинской помощи имени заслуженного врача России Е.М. Чучкалова» находились 23 человека с механической желтухой по причине опухолевого сдавления: 17 мужчин (77,4%) и 6 женщин (22,6%). Подавляющее число больных – 19 человек (89,2%) – с опухолью головки поджелудочной железы и 4 человека – потоковый рак.

Улучшение клинических анализов (в первую очередь – снижение общего билирубина) в первые сутки после операции – у 20 человек, также ухудшение клинической картины отмечалась у 3 человек в связи выраженной печеночной недостаточностью.

Абдужалилов Р.З., Мидленко О.В., Мидленко В.И., Чавга А.И.

Тяжелые неврологические расстройства в послеоперационном периоде после бариатрической операции

ГУЗ «Ульяновский областной клинический центр специализированных видов медицинской помощи имени заслуженного врача России Е.М. Чучкалова»

Актуальность. В последние десятилетия неуклонно увеличивается число хирургических операций, направленных на снижение массы тела (бариатрическая хирургия). Наряду с ощутимой пользой данного вида лечения, имеется риск развития послеоперационных осложнений, основной причиной которых является нарушение всасывания нутриентов. В статье приведено описание редкого неврологического осложнения бариатрической операции.

Цель исследования – улучшить результаты лечения пациентов с морбидным ожирением путем тщательного обследования и наблюдения пациентов, перенесших бариатрические операции, проведение пред- и по-

слеоперационной профилактики нутритивных нарушений, позволяющей потенциально уменьшить количество осложнений.

Материал и методы исследования. Мы выполняем продольные резекции желудка: с марта 2021 г. к февралю 2024 г. было выполнено 204 операции; 27 (13 %) пациентов – мужчины, 177 (87%) – женщины. Средний

возраст пациентов составляет $37,0 \pm 9,8$ лет, минимальный возраст – 16, максимальный – 59. Средний индекс массы тела (ИМТ) составляет $46,5 \pm 7,3$ кг/м², минимальный ИМТ – 32,3 кг/м², максимальный – 75,3 кг/м². Максимальный вес пациента составил 205 кг. Инсулинорезистентность или непереносимость глюкозы до операции была выявлена у 32 (15,7%) пациентов, 24 (11,7%) пациента страдали сахарным диабетом 2 типа при пероральной терапии, еще 4 (1,9%) пациента получали лечение инсулином. Все процедуры проводились под общей эндотрахеальной анестезией. 204 операции (100%) были выполнены лапароскопически. Среднее время операции составило 90 ± 50 минут (включая длительные первые операции).

Результаты исследования: Клинический случай. У женщины 25 лет установлен диагноз «ожирение III степени». На момент обращения масса тела составляла 113 кг при росте 167 см; ИМТ 41 кг/м². В октябре 2023 г. выполнена лапароскопическая продольная резекция желудка. Операция и послеоперационный период протекали без особенностей. При выписке назначено поддерживающая терапия, включающая витамины и микроэлементы. Через 2 месяца после операции у пациентки появилось головокружение, повышение АД до 170/100 мм рт.ст., тошнота, рвота, нечеткость зрения. Спустя неделя пациентка госпитализирована в стационар, где в неврологическом статусе определяется ослабления конвергенция глазных яблок с двух сторон. Горизонтальный крупноразмашистый нистагм при взгляде вверх, вниз в стороны.

Проводилось лечение: комплекс витаминов группы В, в максимальных дозировках. Через 15 дней от дебюта неврологических симптомов состояние пациентки улучшилось и она выписана на амбулаторный этап лечения.

Выводы. Таким образом, в представленном клиническом случае у пациентки, перенесшей продольную резекции желудка, спустя два месяца

развивалась тяжелое неврологическое расстройство, причину которой установить было достаточно сложно. По данным литературы, неврологические осложнения бариатрических вмешательств, главным образом, обусловлены дефицитом витаминов (А, В₁, В₂, В₆, фолиевой кислоты, В₁₂, D, Е). Поэтому очевидна необходимость тщательного обследования и наблюдения пациентов, перенесших бариатрической операции, особенно в первый год после лечения, а также проведение пред- и послеоперационной профилактики нутритивных наращений.

Фирстов А.А.¹, Тонеев Е.А.^{1,2}, Мартынов А.А.², Жинов А.В.²

Гастрэктомия, шестилетние результаты регионального онкологического центра

¹ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»;

² ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер»

Гастрэктомия (ГЭ) – полное удаление желудка с регионарными лимфатическими узлами и окружающей клетчаткой. Основными показаниями к проведению к гастрэктомии являются такие заболевания как: местно-распространенная аденокарцинома, множественные нейроэндокринные неоплазии или многоузловая гастроинтестинальная стромальная опухоль (ГИСТ) желудка, полипоз, язвенная болезнь желудка. Это радикальная хирургическая операция, требующая тщательного внимания за пациентами в послеоперационный период, ввиду возможности возникновения осложнений.

Цель – провести ретроспективный анализ пери- и послеоперационного периода у пациентов, перенесших гастрэктомию (ГЭ).

Материалы и методы: в данное исследование были включены 173 пациента с 1.01.2017 по 1.12.2023 года, которым была выполнена гастрэктомия на базе ГУЗ «Областной клинический онкологический г. Ульяновска». Всем пациентам была произведена стратификация послеоперационных осложнений по шкале Clavien-Dindo. Оценка нутритивной

недостаточности проводилась по шкале MUST (Malnutrition Universal Screening Tool).

Полученные результаты. Распределение пациентов по полу было представлено следующим образом: 62 (35,8%) женщины и 111 (64,2%) мужчин. Средний возраст пациентов составил $65,5 \pm 3,3$. Средний ИМТ составил 26 ± 6 . Индекс Чарлсона составил 4,56 баллов.

Количество пациентов, которым было выполнено ручное формирование эзофагоэнтероанастомоза – 106 (59,5%) человек, тогда как аппаратный анастомоз был выполнен в 67 (40,5%) случаях. При выполнении ГЭ наблюдалось несколько вариантов ее исполнения: доля пациентов со сплэктомией составила 45 случаев (26%), с резекцией поджелудочной железы – 34 случаев (19,7%), с резекцией сегментов печени – 6 случаев (3,5%), с резекцией ножек диафрагмы – 44 случая (25,4%) и с резекцией нижней трети пищевода – 81 случай (46,8%) соответственно.

При исследовании периоперационных параметров было выявлено, что время проведения операции при формировании ручного анастомоза в среднем составило 185 минут, а при формировании аппаратного анастомоза – 180 минут соответственно. Частота переливаний эритроцитарной массы наблюдалась в 26 случаев (15% от общего количества пациентов). При этом усредненный объем кровопотери во время операции составил 320–370 мл.

В среднем каждый пациент находился в стационаре в течение 16 койко-дней. Количество дней нахождения в АРО составило 1,7 дней.

При исследовании послеоперационных осложнений были получены следующие результаты: всего было выявлено 55 случаев послеоперационных хирургических осложнений, из них: Grade I – 12 (21,8%), Grade II – 16 (29,1%), Grade IIIA – 9 (16,4%), Grade IIIB – 9 (16,4%), Grade IVA – 7 (12,7%), Grade V – 2 (3,6%). 2 летальных случая зарегистрировано вследствие несостоятельности эзофагоэнтероанастомоза у пациентов после аппаратного анастомозирования.

При оценке исследуемой группы нутритивная недостаточность была выявлена у 50/173 пациентов (28,9%), при этом большую часть из них 31/50 (62%) составили пациенты, имеющие средний нутритивный риск. Также было выявлено, что у пациентов с возникшими послеоперационными осложнениями в 35% случаев был средний и высокий риск нутритив-

ной недостаточности по шкале MUST. Однако послеоперационное хирургическое осложнение класс 5 (Несостоятельность ЭЭА с летальным исходом) возникла у пациентов без нутритивной недостаточности.

Выводы. Частота возникновения осложнений после ГЭ составила в нашем исследовании 31,8%. Больше трети случаев послеоперационных хирургических осложнений (35%) встречается у пациентов с повышенным нутритивным риском.

Файзуллин И.Р., Евтушенко Е.Г., Карташев А.А., Ярков С.В.

Анализ работы детского колопроктолога в Ульяновской области

ГУЗ «Ульяновский областной клинический центр специализированных видов медицинской помощи имени заслуженного врача России Е.М. Чучкалова»

Болезни ободочной и прямой кишки у детей встречаются значительно чаще, чем принято считать. В детских хирургических стационарах пациенты с проктологическими заболеваниями составляют около 3% от общего числа больных (Руководство «Детская колопроктология» А.И. Ленюшкин). К сожалению, в Ульяновской области, как и во многих других регионах Российской Федерации, до 2021 года официально не существовало приема детского колопроктолога.

Целью данной научной работы является оценка результатов приема детского колопроктолога.

Методы исследования. Проводился консультативный прием детского колопроктолога с пальцевым и, в ряде случаев, инструментальным исследованием.

Результаты. За 2022-2023 годы было проведено 211 консультаций на базе Ульяновского областного клинического центра специализированных видов медицинской помощи имени Е.М. Чучкалова, ГУЗ «Ульяновская областная детская клиническая больница им. политического и общественного деятеля Ю.Ф. Горячева», медицинского центра «Академия», медицинского центра «Медгард». Дети до года составили 10,4% (22), дошкольная

группа 2-6 лет – 41,7% (88), младшая школьная группа 7-11 лет – 25,6% (54), старшая школьная группа 12-18 лет – 22,2% (47).

Основные выявленные нозологии. Различные формы запоров – 26,0% (55), из них: декомпенсированные формы в комбинации с функциональным энкопрезом (6); копростаз, требующий очистительных клизм (15). Острая анальная трещина – 21,8% (46). Хроническая анальная трещина – 0,9% (2), потребовавшая хирургического вмешательства. Геморроидальная болезнь – 16,5% (35), из них: хронический геморрой I стадии – (29), II стадии – (1). Острый тромбоз наружных геморроидальных узлов – 2,84% (6). Периаанальный дерматит – 13,7% (29), из них 90,4% – пациенты дошкольной и младшей школьной группы.

В 9% обращений (19) проктологической патологии не выявлено.

Из относительно редких заболеваний были диагностированы: выпадение прямой кишки – 2,3% (5); периаанальные остроконечные кондиломы – 0,4% (1); полип анального канала – 0,9% (2); эпителиальный копчиковый ход – 1,89% (4); свищевые формы хронического парапроктита – 2,3% (5); пациенты с нейрогенной дисфункцией тазовых органов, хирургически скорректированным врожденным пороком развития аногенитальной мальформацией – 0,9% (2).

подавляющее большинство пациентов – 87,6% (185) получили консервативную терапию. 3,3% (7) были направлены на оперативное лечение. В 9,0% (19) – без лечения.

Выводы. Проблема оказания специализированной колопроктологической помощи детскому населению является актуальной для Ульяновской области. В большинстве случаев достаточно консультативного приема детского колопроктолога с назначением консервативного лечения, диеты и лечебно-оздоровительного режима. Хирургическое лечение может быть оказано совместно детским хирургом и колопроктологом на базе детского хирургического отделения, а для старшей возрастной группы – с 15 лет – в специализированном колопроктологическом отделении.

Существует потребность в формировании мультидисциплинарной команды, состоящей из детского хирурга, колопроктолога, гастроэнтеролога, детского психолога и невролога для более эффективной реабилитации и социализации пациентов с врожденными аногенитальными мальформациями, болезнью Гиршпрунга и хроническими запорами.

Котелевская И.И., Бесов В.А.

Проглотил иглу – получил перитонит. Уникальный случай в условиях районной больницы

ГУЗ «Павловская районная больница имени заслуженного врача РФ А.И. Марьина»

Актуальность. Перфорация полого органа представляет собой серьезную проблему современного здравоохранения. Особенно когда она возникает в организме, ослабленном вирусом иммунодефицита человека. Проглатывание инородного тела часто встречается в практике хирурга, однако перфорации случаются крайне редко. Приблизительно 80% проглоченных инородных тел выводится из пищеварительного тракта без каких-либо повреждений. И только у 1% всех пациентов (с проглоченным инородным телом, как правило, длинным и острым) возникает перфорация.

Приводим клинический случай, который произошел под бой курантов 31 декабря 2023 года. Пациент А. 1979 года рождения умышленно положил в ротовую полость три швейных иглы, уложив их в щечную область, выпил залпом стакан напитка, после чего ему посчастливилось вынуть обратно только две иглы. Третья начала путешествовать по пищеварительному тракту. Вечером 1 января пациент почувствовал боль в животе. 2 января в 3.40, в связи с ухудшением состояния, обратился в районную больницу.

При осмотре сознание сохранено, кожные покровы и видимые слизистые бледные, дыхание самостоятельное, учащенное, поверхностное, ЧДД 25 в минуту, АД 100/60 мм рт.ст. PS 96 в минуту. Живот обычной формы, выраженный мышечный дефанс, при пальпации резко болезненный во всех отделах, больше в левой половине, четкий симптом Щеткина. На произведенной по cito обзорной рентгенограмме брюшной полости обнаружено инородное тело металлического характера (игла) на уровне крыла левой подвздошной кости (рис 1).



*Рис. 1. Инородное тело
брюшной полости*

Предварительный диагноз: «Инородное тело ЖКТ. Перфорация. Перитонит». Пациент на носилках доставлен в хирургическое отделение, сразу в операционный блок. Выполнена средне-срединная лапаротомия, ревизия органов брюшной полости, тщательная поэтапная ревизия тонкого кишечника. На 60 см от связки Трейца на свободном крае тонкой кишки обнаружено перфорирующее металлическое инородное тело (ржавая швейная игла), торчащая на 2,5 см из полости кишки. Взята на зажим, удалена – на конце нить длиной до 5 см (рис. 2). Место перфорации санировано. Перфоративное отверстие 0,2 см ушито в поперечном направлении двухрядным швом, без иссечения. Осмотрена стенка кишки на контрлатеральном участке, относительно острия удаленной иглы. Близко к брызжеечному краю выявлен участок кровоподтека в диаметре до 5 мм. Принято решение ушить серозно-мышечным швом в целях ликвидации потенциальной перфорации. Других повреждений со стороны органов не выявлено, брюшная полость санирована, дренирована трубчатым тренажом в малый таз.



Рис. 2. На зажиме удаленная из кишки игла с ниткой

Послеоперационный диагноз: «Инородное тело ЖКТ, осложненное перфорацией в свободную брюшную полость. Разлитой перитонит». В послеоперационном периоде осложнений не наблюдалось. Выписан на 14 сутки после операции.

Выводы. Данный клинический случай является очень редким, можно сказать, уникальным для районной больницы. Сложности были связаны лишь с опасениями в послеоперационном периоде, учитывая наличие ВИЧ-инфекции в 4В развернутой стадии, а также кавернозного туберкулеза легких на стадии клинического излечения. Благополучному исходу лечения послужили: незапущенный перитонит, адекватная антибиотикотерапия в до- и послеоперационном периоде, грамотная дезитоксикационная терапия и правильное оказание хирургической помощи.

Брижак Т.Ю., Белозеров Д.А.

Проблема лечения пациентов с гнойно-некротическими осложнениями мягких тканей в амбулаторной практике

ГУЗ «Городская поликлиника № 4»

Актуальность. В амбулаторной практике достаточно часто встречаются пациенты, имеющие хронические заболевания в стадии декомпенсации, сопровождающиеся гнойно-некротическими осложнениями кожи и мягких тканей. Данные осложнения вызывают трудности в подборе лекарственных средств для местного применения.

Цель исследования. В течение 2023 года были взяты под наблюдение 2 группы пациентов с гнойно-некротическими осложнениями кожи. Первая группа включала в себя пациентов с сахарным диабетом, вторая группа – с онкозаболеваниями в стадии распада.

Результаты. Первая группа пациентов – с сахарным диабетом – включала в себя заболевания, связанные с диабетической ангиопатией, абсцессами и флегмонами мягких тканей, которые приводили к длительно незаживающим ранам. Мы использовали в исследовании данные пациентов: уровень сахара в крови (который в большей степени был близок к нормальным значениям), ультразвуковую доплерографию сосудов нижних конечностей, (зачастую пациенты имели стенозирующий атеросклероз), бактериологический посев из раны на чувствительность к антибиотикам.

В лечении использовались препараты, улучшающие реологию крови, физиотерапевтические процедуры и перевязки в амбулаторных условиях с препаратами повидона йода, левомеколь, раствором борной кислоты и антибактериальными препаратами по результатам мазка. Но, к сожалению, не отмечали очищения раны от гнойных масс. Мы стали подбирать препараты для использования на рану. Было решено использовать гель Метронидазол местно (по инструкции) два раза в день на рану, предварительно очистив рану чистой водой. Через 3-4 дня использования отмечали очищение раны, исчез зловонный запах, появились вялые грануляции.

У второй группы пациентов – с онкозаболеваниями в стадии распада – в обследовании использовался бактериологический посев из раны. При проведении лечения возникла схожая проблема, мы снова использовали Метронидазол с положительным эффектом.

Выводы. Применение препарата Метронидазол гель местно на гнойно-некротические раны оказывает положительный эффект при использовании в амбулаторной практике врача-хирурга.

Научное издание

**ГОД СЕМЬИ: ВЕКТОР ДЛЯ РЕШЕНИЯ
ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ЗАДАЧ**

**Сборник тезисов 59-й научно-практической медицинской
конференции в Ульяновской области
(23–24 мая 2024 г.)**

В 2 частях

Часть 2

Электронное текстовое издание

Под редакцией В.Г. Карауловой, В.В. Машина

Издается в авторской редакции