

ПРАВИТЕЛЬСТВО УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ
ФГБОУ ВО «УЛЬЯНОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»
АССОЦИАЦИЯ СОДЕЙСТВИЯ РАЗВИТИЮ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
«МЕДИЦИНСКАЯ ПАЛАТА УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ»

«ЗДОРОВЬЕ В 21 ВЕКЕ - ОТВЕТСТВЕННОСТЬ КАЖДОГО»

25-26 мая 2023 года

*Материалы 58 межрегиональной
научно-практической
медицинской конференции*

Ульяновск, 2023

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Председатель:

Колотик-Каменева О.Ю. - И.о. Министра здравоохранения Ульяновской области

Члены редколлегии:

Филин А.В. — Заместитель Министра здравоохранения Ульяновской области.

Пикуш О.В. — Директор департамента организации оказания медицинской помощи и формирования территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи Министерства здравоохранения Ульяновской области.

Караулова В.Г. — Председатель Ассоциации содействия развитию здравоохранения «Медицинская палата Ульяновской области», исполняющий обязанности главного врача регионального Центра общественного здоровья и медицинской профилактики Ульяновской области.

Еремина Е.В. — Начальник отдела организации медицинской помощи детям и службы родовспоможения Министерства здравоохранения Ульяновской области.

*О.Н. Белоглазова, Н.Н. Шудинова, О.В. Ситкова,
Д.В. Юренков*

АБДОМИНАЛЬНОЕ РОДОРАЗРЕШЕНИЕ ПЕРВОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН: ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАНИЯ И ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ СНИЖЕНИЯ ЕГО ЧАСТОТЫ

ГУЗ «Городская клиническая больница
святого апостола Андрея Первозванного»

Актуальность. Рост частоты кесарева сечения (КС) является одной из проблем современного акушерства. Каждое оперативное вмешательство (КС) может иметь серьезные неблагоприятные последствия как в ближайшем послеоперационном периоде (кровотечение, инфицирование, тромбэмболия легочных артерий, эмболия околоплодными водами, перитонит), так и при последующем наступлении беременности (рубцовые изменения в области рассечения матки, предлежание плаценты, истинное врастание плаценты). КС нередко оказывает также определенное влияние на последующую детородную функцию женщины (бесплодие, привычное невынашивание, нарушения менструального цикла).

Цель – выяснить основные причины КС у первородящих женщин и определить возможные направления снижения частоты КС у первородящих женщин.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 172 историй родов первородящих женщин, родоразрешенных путем операции кесарева сечения за период с 01.01.2022 г. по 31.12.2022 г. Были созданы 2 группы исследования: в I-ю группу включили 138 первобеременных первородящих женщин, во II-ю группу – 34 повторнобеременных, но первородящих. Частота проведения операции кесарева сечения среди всех родоразрешений за данный промежуток времени составила 34,1%.

Результаты. Возраст рожениц в I-ой группе варьировался от 18 до 38 лет, а во II-ой группе – от 26 до 44 лет. Причем 68% из всех 172 беременных были старше 30 лет. Медицинские аборт и неразвивающаяся беременность отягощали анамнез у 16% женщин из II-ой группы, у 4% женщин II-ой группы 1-я беременность завершилась самопроизвольным выкидышем на ранних сроках. В I-ой группе исследования 22% беременных не страдали гинекологическими заболеваниями до беременности, а 78% на момент постановки на учет имели бактериальный кольпит. Гинекологическая патология выявлена в 100% случаев во II-ой группе

исследования: лидировала патология шейки матки, леченная хирургическими методами (50%) и опухолевидные образования яичников и матки (29%). Среди сопутствующей беременности соматической патологии у женщин I-ой группы лидировали миопия высокой степени – 12% и заболевания МВС – 19%, во II-ой группе – ожирение 1-3 степени – 22%, субклинический гипотиреоз – 17%.

Основными показаниями для КС в I-ой группе были: дискоординация родовой деятельности – 32%, преждевременное излитие околоплодных вод при «незрелой» шейке матки – 28%, дистресс плода – 16%, плодово-тазовые диспропорции – 9%, тазовое предлежание плода с предполагаемой массой тела 3600 и более граммов – 15%.

Основными причинами абдоминального родоразрешения во II-ой группе оказались: дородовое излитие околоплодных вод при «незрелой» шейке матки – 76%, дискоординация родовой деятельности – 24%.

Выводы. Анализ показаний для первой операции кесарева сечения обнаружил, что в обеих группах исследования кесарево сечение было произведено только по относительным показаниям. Значит, есть резервы для снижения частоты кесарева сечения у первородящих. В качестве резерва могут быть рассмотрены первородящие женщины старше 30 лет при своевременной подготовке их к родам. Своевременная прегравидарная подготовка, направленная на реабилитацию эндометрия после неразвивающейся беременности и самопроизвольных выкидышей, способна снизить частоту кесарева сечения у возрастных первородящих и у женщин с отягощенным акушерским анамнезом.

*Т.Ю. Корнилова, Е.И. Завьялова, Е.М. Бандалетова,
А.Г. Акопов*

МУЦИНОЗНАЯ ОПУХОЛЬ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

**ФГБОУ ВПО «Ульяновский государственный университет»
ГУЗ «Городская клиническая больница
святого апостола Андрея Первозванного»**

Актуальность. Муцинозная опухоль червеобразного отростка входит в широко применяемое в России собирательное понятие «мукоцеле аппендикса». Согласно данным ВОЗ муцинозные новообразования аппендикса могут быть четырех гистологических типов (одним из

которых является муцинозная цистаденома) и носят как доброкачественный, так и злокачественный характер.

Цель. Описать собственное клиническое наблюдение муцинозной цистаденомы аппендикса, принятой за гидросальпинкс.

Клиническое наблюдение. Пациентка К., 56 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на тянущие боли внизу живота и в правой подвздошной области, усиливающиеся после физических нагрузок.

Женщина уже 9 лет находится в постменопаузальном периоде, в анамнезе есть гинекологические заболевания (доброкачественные заболевания шейки матки и эндометрия, миома матки) и соматическая патология (хронический гастрит). Проведено лабораторное обследование, инфекции репродуктивной системы не выявлено, анализы мочи и крови без патологии. Но в процессе трансвагинального УЗИ выявлено анэхогенное образование овальной формы 78×33×38 см, с тонкостенными перегородками, содержимое жидкостное с мелкодисперсной взвесью. Заключение УЗИ малого таза: «Киста правого яичника? Гидросальпинкс справа?».

Врач женской консультации выбрал правильную тактику дальнейшего обследования пациентки: анализ крови на онкомаркер рака яичника и направление на магнитно-резонансную томографию (МРТ) органов малого таза.

Анализ крови на СА-125 оказался в пределах нормы. МРТ исключила патологию эндометрия и яичников, но обнаружила кпереди от матки жидкостное образование неправильной формы с тонкими стенками, имеющее неполные перегородки и приобретающее в нижних отделах мезеvidную форму. Заключение МРТ малого таза: «Признаки гидросальпинкса справа».

Пациентка К. после проведенного амбулаторно обследования поступила в плановом порядке в гинекологическое отделение на оперативное лечение с диагнозом: «гидросальпинкс справа».

При физикальном осмотре: состояние пациентки удовлетворительное, нормостенического типа телосложения (ИМТ 22 кг/м²), кожные покровы бледно-розовой окраски. Живот не вздут, мягкий, безболезненный в правой подвздошной области при пальпации. Перитонеальные симптомы отрицательные. При вагинальном осмотре: матка не увеличена, подвижная, безболезненная. Придатки слева не определяются. Справа за маткой пальпируется нижний полюс образования, тугоэластической консистенции, безболезненное. Клинический диагноз: «гидросальпинкс справа».

Учитывая результаты комплексного амбулаторного обследования и большую вероятность осложнений вовремя лапароскопической аднексэктомии, была выбрана для доступа в нижние отделы брюшной полости лапаротомия по Пфанненштилю. После вскрытия брюшной стенки доктор смог осмотреть матку и придатки. Они оказались без патологических изменений, но за маткой был неожиданно обнаружен патологически измененный червеобразный отросток размерами 8,0×4,0 см, тугоэластичной консистенции.

Вызван хирург, совместно было принято решение произвести аппендэктомию. Удаленный червеобразный отросток, заполненный густым муцинозным содержимым, отправили на патогистологическое исследование. Заключительный клинический диагноз: «цистаденома аппендикса? Аденокарцинома аппендикса?»

Заключение патогистологического исследования после консультации онкогистолога: «папиллярная муцинозная цистаденома аппендикса с дисплазией эпителия 1 ст., местами 2 ст.».

Послеоперационный период протекал без осложнений. На 5-е сутки после операции пациентка была выписана из стационара в удовлетворительном состоянии. В настоящее время пациентка находится на динамическом наблюдении у онколога по месту жительства.

Выводы. Не существует определенных патогномоничных признаков, характерных для миксомы аппендикса, что требует от врача тщательного сбора анамнеза и проведение дифференциальной диагностики в сложных случаях.

В описанном клиническом наблюдении диагноз миксомы аппендикса был установлен только интраоперационно, несмотря на выполнение достаточно информативных методов предоперационного обследования (УЗИ, МРТ).

При выявленном типе гистологического строения кисты целесообразно ограничиться выполнением аппендэктомии.

Ю.В. Гулей, Д.Ю. Давидян, Ю.В. Выборнова, Ю.Д. Сидорова

СВЯЗЬ МИКРОБИОТЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ТРАКТА ЖЕНЩИН И ГОРМОНАЛЬНОЙ РЕЦЕПЦИИ В ОСЛОЖНИВШЕМСЯ ТЕЧЕНИИ МИОМЫ МАТКИ

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

Актуальность проблемы. Миома матки продолжает занимать лидирующее место среди доброкачественных опухолей репродуктивной системы женщин, а частота ее не имеет тенденции к снижению. Более того, в последние десятилетия частота миомы матки увеличивается, а возраст женщин, страдающих указанной патологией статистически значимо не снижается. Раннее начало заболевания и отсутствие терапевтических подходов к лечению обуславливают высокий удельный вес калечащих хирургических вмешательств.

В перименопаузальном возрасте, на фоне гормонального дисбаланса отягощаются или возникают новые симптомы миомы матки, такие, как активный рост опухоли, связанные с расположением и увеличивающимся размером опухоли, нарушения функции соседних органов, болевой синдром и маточные кровотечения.

В связи с изложенным, поиск путей профилактики осложнений миомы матки у женщин старшего возраста, основанный на отдельных патогенетических аспектах развития опухоли, представляется актуальным и перспективным.

Цель исследования – проанализировать роль микробной флоры и состояние гормональных рецепторов на рост миоматозных узлов у женщины старшего возраста.

Материалы и методы. Для проведения исследования нами были обследованы 52 женщины с миомой матки. Всем пациенткам в условиях гинекологического отделения ГУЗ ЦК МСЧ имени Заслуженного врача России В.А. Егорова было проведено хирургическое лечение миомы матки в объеме миомэктомии. У 40 женщин показанием к миомэктомии служил быстрый рост единичного узла, у 12 женщин – миомэктомия была проведена, как сопутствующее вмешательство (эти пациентки имели другие показания к хирургическому лечению).

До проведения оперативного лечения у всех пациенток было проведено бактериологическое исследование флоры из цервикального канала. После удаления миоматозных узлов из них также был взят посев на бактериальную флору. Помимо бактериологического обследования,

было проведено определение экспрессии эстрогеновых и прогестероновых рецепторов миоматозных узлов иммуногистохимическим методом (ИГХ).

Результаты. Было обследовано 52 образца миоматозных узлов от 52 прооперированных нами женщин с миомой матки – 40 основная группа (женщины, прооперированные по поводу быстрого роста узла), 12 пациенток – группа сравнения (женщины, прооперированные по поводу другой гинекологической патологии, но имеющие бессимптомный размером не превышавший 3 см миоматозный узел). Объем оперативного вмешательства: в основной группе 70% – миомэктомия с единичными субсерозным и интрамуральным расположением узлов, 30% – надвлагалищная ампутация матки без придатков с интрамуральным и субсерозным расположением узлов, с множественным количеством узлов от 3 шт. В группе сравнения 64% – надвлагалищная ампутация матки без придатков, 36% – экстирпация матки с придатками, расположение узлов в этой группе исследуемых – интрамуральное, с единичным количеством узлов.

Иммуногистохимическое исследование включало определение экспрессии рецепторов эстрогена и прогестерона, а также бактериологическое исследование цервикального канала и посев с удаленных миоматозных узлов.

Было установлено, что в основной группе в образцах из цервикального канала была выявлена *Esherichia coli* у 20% женщин. У остальных роста флоры не наблюдалось. В миоматозных узлах ни у одной женщины микробной флоры выявлено не было. В группе сравнения роста бактериальной флоры ни из одной точки забора материала выявлено не было.

Распределение рецепторов в миоматозных узлах было следующим: в основной группе слабая ядерная экспрессия (1 балл) эстрогеновых рецепторов была у всех у 30 женщин, прогестероновых (1 балл) – у 3 пациенток. Сильная экспрессия рецепторов до 100 баллов отмечалась у 8 женщин в основной группе, у них же и был выявлен рост флоры во влагалище *Esherichia coli* (гемолитическая) до 108 степени.

Вывод. Учитывая полученные результаты сделан вывод, что условно патогенная флора может оказывать определенное влияние на экспрессию гормональных рецепторов в миоматозных узлах и стимулировать их рост. Однако для получения статистически значимых результатов необходимо дальнейшее проведение исследований и увеличение численности групп.

Н.Г. Кузнецова, Н.И. Кан, А.П. Солдатова

ОЦЕНКА ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ОЧЕНЬ РАННИХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

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

Актуальность. Преждевременные роды – одна из значимых проблем в охране здоровья матери и ребенка. Ежегодно от 5 до 10% детей рождается преждевременно, из них 5% – в сроке гестации 22–27 недель+6 дней. Такие новорожденные являются глубоко недоношенными, имеют экстремально низкую массу тела, выраженную незрелость легких, центральной нервной системы. Прогноз для них крайне неблагоприятный: крайне высока заболеваемость и смертность новорожденных. Выхаживание таких детей – весьма трудоемкий и дорогостоящий процесс, а процент инвалидизации выживших весьма высок.

Цель исследования – оценить перинатальные исходы очень ранних преждевременных родов.

Методы. Проведен ретроспективный анализ 87 историй родов и 51 история новорожденных в Перинатальном центре ГУЗ «Ульяновская областная детская клиническая больница им. политического и общественного деятеля Ю.Ф. Горячева» за 2020–2022 гг.

Результаты. В нашем перинатальном центре за указанный период прошло 87 очень ранних преждевременных родов, что составило 1,07% от всех родов по акушерскому стационару и 10,9% от всех преждевременных родов.

Всего в сроке гестации 22–27+7 недель родился 91 ребенок, из них 36 – менее 750 грамм.

Живорожденных было 52, мертворожденных – 39; 20 детей умерли в различных сроках неонатального и постнеонатального периода. Структура перинатальной смертности в указанной группе новорожденных распределилась следующим образом: мертворождаемость – 428,6‰, смертность – 384,6‰: ранняя неонатальная смертность – 211,5‰, поздняя неонатальная смертность – 134,6‰, постнеонатальная смертность – 38,46‰.

Ведущей причиной мертворождаемости стала внутритробная гипоксия, впервые отмеченная до начала родов и родоразрешения – 74,3%. Ведущей причиной ранней неонатальной смертности явились тяжелая асфиксия при рождении и инфекции, специфичные

для неонатального периода – по 36,3% соответственно. Ведущей причиной поздней неонатальной смертности явились нетравматические ВЖК и инфекции, специфичные для неонатального периода – по 42,8% соответственно.

Родились больными и заболели 52 ребенка, выживших – 32 (61,6%).

Индекс здоровья таких детей был весьма низким. В среднем, на одного новорожденного, родившегося в сроке гестации 22–27+6 недель, пришлось 6,5 заболеваний. По результатам анализа за 3 года 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 (6,5%), некротический энтероколит – 8,2%, пневмония – 78%.

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 инфекцией и гипоксическим синдромом различной этиологии.
4. Успешное выхаживание детей с экстремально низкой и низкой массой тела при рождении улучшает качество жизни и снижение заболеваемости и инвалидности.

Учитывая вышеизложенное, актуальным является проведение катамнестического наблюдения с целью изучения отдаленных последствий у данной группы детей.

*Т.Ю. Корнилова, Д.В. Юренков, М.Е. Филатов,
Н.П. Селезнева*

ОСОБЕННОСТИ АНЕСТЕЗИИ И ТРОМБОПРОФИЛАКТИКИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭКСТРЕННОГО КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ НА ФОНЕ НКИ COVID-19

**ФГБОУ ВПО «Ульяновский государственный университет»
ГУЗ «Городская клиническая больница
святого апостола Андрея Первозванного»**

Актуальность. В настоящее время экспертное мнение о способе родоразрешения пациенток с подтвержденной новой коронавирусной инфекции (НКИ) заключается в следующем: способ родоразрешения не должен зависеть от наличия COVID-19. Экстренное кесарево сечение (ЭК) показано только в случае жизнеугрожающего состояния матери или по абсолютным акушерским показаниям, с профилактикой коагулопатического и гипотонического кровотечения. Рекомендуется использовать нейроаксиальную анестезию роженицам с COVID-19 в случае проведения ЭК при отсутствии дыхательной недостаточности. Необходимо помнить, что ЭК уже является фактором риска, в 4 раза повышающее вероятность ВТЭО по сравнению с вагинальными родами. Поэтому для каждой пациентки необходим персонализированный выбор метода тромбопрофилактики.

Цель – проанализировать показания для ЭК у женщин с подтвержденной НКИ COVID-19, определить наиболее часто применяемый метод анестезии во время ЭК и метод тромбопрофилактики в послеоперационном периоде.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 50 историй родов у беременных с подтвержденной НКИ COVID-19, заболевших в конце третьего триместра и поступивших в наблюдательное отделение с начавшейся родовой деятельностью. Во всех 50 случаях роды завершились ЭК. Положительный результат лабораторного исследования на наличие РНК SARS-CoV-2 получен у всех пациенток (100%). Риск ВТЭО оценивался по Шкала IMPROVE.

Результаты. Возраст беременных находился в пределах от 18 до 42 лет. Средний возраст составил 28,9 лет. Большая часть женщин были повторнобеременными и повторнородящими: 67% и 58% соответственно. Рубец на матке после одного кесарева сечения (КС) имели 64% беременных, после двух КС – 28% и после третьего

КС – 8%. НКИ COVID-19 была диагностирована в 18% случаев на сроках беременности 37–38 недель, в 82% – на сроках беременности от 38–39 до 40–41 недели. В группе исследования легкое течение заболевания наблюдалось у 72% женщин, средней степени тяжести – у 28%.

Показания для кесарева сечения в 100% случаев были связаны с акушерскими ситуациями: несостоятельный рубец на матке после предыдущего кесарева сечения – 36%, «незрелая» шейка матки в сочетании с доношенным сроком беременности и ПРПО – 24%, умеренная преэклампсия – 8%, тяжелая преэклампсия – 4%, дистресс плода – 12%, рубцовая деформация шейки матки – 4%, дискоординированная родовая деятельность – 8% и ножные предлежания плода – 4%.

Нейроаксиальные методы анестезии (длительная эпидуральная и спинальная) для ЭК были применены в 84% случаев, соответственно: 72% и 12%. Тотальную внутривенную анестезию с искусственной вентиляцией легких использовали только в 16% случаев по акушерским показаниям: тяжелая преэклампсия и дистресс плода.

Тромбопрофилактику эноксапарином натрия (НМГ) по 0,4 ЕД п/к 1 раз в день провели 28% родильниц с высоким риском ВТЭО по Шкала IMPROVE. Все пациентки страдали 2-х сторонней внебольничной пневмонией с ДНО и варикозной болезнью вен нижних конечностей. В остальных 72% риск по Шкала IMPROVE был низким (1 балл), показатели коагулограммы без патологии, поэтому тромбопрофилактика НМГ не проводилась.

Выводы. Полученные результаты подтверждают, что эпидуральная и спинальная анальгезия не противопоказаны при наличии COVID-19. Необходимо использовать нейроаксиальную анестезию роженицам с COVID-19 в случае проведения операции кесарева сечения при отсутствии дыхательной недостаточности. Следует минимизировать возможность проведения общей анестезии за исключением случаев, когда это абсолютно необходимо по стандартным акушерским показаниям. Рекомендуется в послеродовом (послеоперационном) периоде родильницам с COVID-19 и высоким риском развития ВТЭО назначать НМГ при отсутствии противопоказаний, так как изменения в системе гемостаза во время беременности, способствующие развитию ВТЭО, могут усиливаться на фоне воспалительной реакции при COVID-19.

Н.Г. Кузнецова, Н.И. Кан, О.А. Фахрутдинова

АНАЛИЗ ПОСЛЕРОДОВЫХ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГНОЙНО- СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

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

Актуальность. Послеродовые и послеоперационные гнойно-септические заболевания являются одной из причин материнской заболеваемости и смертности. По данным литературы частота гнойно-септических осложнений в послеродовом периоде достигает от 3 до 20%, а у женщин с высоким инфекционным риском – до 53%. Развитие медицинских технологий, в частности ВРТ, способствует тому, что на базе перинатального центра аккумулируется специфический контингент беременных – с низким индексом здоровья и высокими инфекционными рисками. Своевременная профилактика, диагностика и терапия послеродовых ГСО способствуют снижению материнской заболеваемости, инвалидизации пациенток и материнской летальности.

Цель исследования – провести анализ гнойно-септических осложнений в послеродовом и послеоперационном периоде.

Методы: проведен ретроспективный анализ 53 историй родов в Перинатальном центре ГУЗ «Ульяновская областная детская клиническая больница им. политического и общественного деятеля Ю.Ф. Горячева» за 2020–2022 гг.

Результаты. В Перинатальном центре ГУЗ «Ульяновская областная детская клиническая больница им. политического и общественного деятеля Ю.Ф. Горячева» за указанный период зарегистрировано 53 случаев гнойно-септических осложнений, что составило 6,52% от всех родов по акушерскому стационару.

Структура заболеваемости распределилась следующим образом: послеродовый эндометрит – 29 (54,7%), послеоперационный эндометрит – 24 (55,3%) случаев. Сочетание послеоперационного эндометрита с инфекцией п/о раны – 3 случая, с инфекцией эпизиотомной раны – 1 случай. В одном случае имело место развитие послеоперационного сепсиса (1,88%). По паритету беременностей и родов все родильницы распределились следующим образом: первородящих было 23 (43,4%), повторнородящих было 30 (56,6%).

Неблагоприятный преморбидный фон до наступления настоящей беременности имело 100% женщин. Гинекологические заболевания

в анамнезе имели место у 50 пациенток (94,3%), общее число гинекологической патологии – 69 (в среднем 1,38 на человека). Из них у 40 (75,4%) в анамнезе были воспалительные заболевания женских половых органов различной этиологии.

Экстрагенитальная патология отмечалась у 50 пациенток (94,3%), причем на одну беременную приходилось в среднем 1,5 заболеваний. 27 пациенток находились на госпитализации в ОПБ, что составило 50%. Осложнения беременности имели место в 92,3% случаев, осложнения родового акта были у 41,3% родивших через естественные родовые пути.

У двух пациенток (3,7%) длительность родов составила более 12ч – 3,7%, у 8 (15,0%) имел место длительный безводный период. Инфекция амниотической полости была диагностирована в 11,3% случаев. Ранняя выписка из стационара была произведена у 62,2%, поздняя у 18,8% родильниц.

Раннее развитие гнойно-септических осложнений (до 7 суток) имело место у 33,9% женщин. Из них 12 (22,6%) переведены в гинекологическое отделение из акушерского стационара. Бактериологическое обследование и подтверждение проводилось в 100% случаев. Этиологически на 1 месте за отчетный период выделена *Escherichia coli* – 20 случаев (37,7%), на втором месте *Enterococcus faecalis* – 12 случаев (22,6%). Наиболее интересно, что в 50% случаев эндометрита, вызванного *E. coli*, зарегистрирована резистентность к антибиотикам цефалоспоринового ряда. Гистологическое исследование плаценты проведено в 100% случаев, инфекция амниотической полости и плодных оболочек была выявлена в 13 (24,5%) случаев.

Выводы.

1. В структуре послеродовых осложнений в настоящее время преобладает острый эндометрит, вызванный *E. coli*, резистентной к цефалоспорином.
2. Основной вклад в развитие послеродовых ГСО вносят пациентки с низким индексом здоровья и высокими инфекционными рисками, что следует учитывать при составлении индивидуального плана прегравидарной подготовки.
3. Целесообразно выделять группы высокого риска беременных по развитию ГСО, разрабатывая индивидуальный комплексный план их ведения.
4. Необходимо оценивать микробный пейзаж у всех беременных с высоким риском реализации ГСЗ с целью своевременной профилактики.

*Д.О. Вишневецкая, Н.И. Петрова, Д.Р. Касимова,
Т.И. Сорокина*

ДИАБЕТИЧЕСКАЯ ФЕТОПАТИЯ КАК ПРИЗНАК ОТСУТСТВИЯ КОМПЕНСАЦИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»

Актуальность исследования. Возрастающее с каждым годом количество беременных женщин с нарушениями углеводного обмена напрямую связано с увеличением заболеваемости сахарным диабетом и ожирением. Гипергликемия во время беременности часто приводит к развитию таких осложнений, как преэклампсия, сердечно-сосудистые заболевания, фетопатии, неонатальные гипогликемии. И одно из наиболее частых проявлений нарушения углеводного профиля – диабетическая фетопатия, характерными ультразвуковыми признаками которой являются макросомия, двойной контур вокруг тела и конечностей плода, многоводие.

Цель исследования: доказать обоснованность назначения более частых ультразвуковых исследований (УЗИ) плода в группах высокого риска по развитию гестационного диабета, а также у женщин, у которых уже выставлен существовавший ранее сахарный диабет 1, 2 типов.

Материалы и методы. Беременная Ш., 33 года, первобеременная. Из экстрагенитальных заболеваний – ожирение, сахарный диабет 1-го типа. На сроке 23 недели была направлена в консультативно-диагностическое отделение (КДО) ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница» (ГУЗ УОКБ) на консультативный прием к эндокринологу. По данным лабораторных анализов: сахар крови натощак – 5,7 ммоль/л, уровень гликированного гемоглобина – 8,3%. Также на приеме осмотрена терапевтом, акушером-гинекологом и, учитывая отсутствие достижения целевого уровня гликированного гемоглобина, была рекомендована госпитализация в эндокринологическое отделение, от которого беременная отказалась. По результатам проведенных УЗИ плода данных за диабетическую фетопатию не было. С учетом отказа от госпитализации, рекомендовано провести динамическое УЗИ плода через 3 недели. На сроке 26 недель беременная поступила в акушерский стационар ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница», где проведена коррекция лечения – назначена инсулинотерапия. Повторно на прием в КДО беременная попадает на сроке 32 недели после проведенного по месту жительства 3-го скрининга, на котором выставлен диагноз – многоводие. По данным УЗИ в условиях

КДО отмечались признаки диабетической фетопатии. С учетом подозрения на декомпенсацию сахарного диабета, несмотря на инсулинотерапию, была госпитализирована в ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница». В последующем динамические УЗИ плода показывали нарастание многоводия и дальнейшее опережение фетометрических показателей от срока. В 37 недель, учитывая нарастание тяжести фетопатии, жалобы женщины на одышку, отеки, было принято решение о родоразрешении оперативным путем. Вес плода при рождении составил 6000,0 г., состояние новорожденного средней тяжести за счет неврологической симптоматики, гипогликемии, отмечалась выраженная макросомия. В течение 11 суток ребенок находился в отделении реанимации новорожденных и патологии новорожденных.

Беременная О., 40 лет, повторнородящая. В анамнезе роды крупным плодом. Из экстрагенитальных заболеваний – ожирение, артериальная гипертензия 3 степени, ретикулярный варикоз. Проходила скрининговые исследования плода в 1 и 2 триместрах в КДО ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница». По данным обменной карты ОАК, биохимия крови – без отклонений от нормы. На сроке 29–30 недель обратилась на динамическое Д-ЭХО-КГ плода, при проведении исследования отмечалось многоводие. В динамике при контрольном исследовании через 2 недели тяжесть многоводия нарастала и, несмотря на нормальные показатели гликемии, была запланирована госпитализация в акушерский стационар ГУЗ УОКБ для дообследования и уточнения углеводного профиля. В последующем выставлен диагноз «гестационный сахарный диабет» и, с учетом нарастания многоводия, признаков диабетической фетопатии, велась на инсулинотерапии. На сроке 37–38 недель родоразрешена оперативным путем, вес ребенка при рождении 4 520,0 г., состояние удовлетворительное.

Выводы: приведенные яркие примеры случаев диабетической фетопатии доказали необходимость активного выявления сахарного диабета у женщин с маркерами фетопатии, служащие поводом для старта инсулинотерапии или коррекции доз. Для данной группы женщин должны быть более частые УЗ-исследования плода с фетометрией, доплерометрией маточно-плодово-плацентарного кровотока, оценкой экстрафетальных структур, что необходимо для раннего выявления признаков фетопатии, коррекции терапии, выработке тактики ведения беременности. Это позволит снизить риски неблагоприятных исходов.

*Т.Ю. Корнилова, Е.И. Завьялова, О.Н. Белоглазова,
Т.Ю. Куценко*

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ФАКТОРАХ РИСКА РАЗВИТИЯ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ И РАКА ЭНДОМЕТРИЯ

ФГБОУ ВПО «Ульяновский государственный университет»
ГУЗ «Городская клиническая больница
святого апостола Андрея Первозванного»

Актуальность. Рак эндометрия (РЭ) считался редким заболеванием, которое чаще развивается в постменопаузальном периоде. Современные тенденции таковы, что РЭ развивается все чаще у женщин репродуктивного возраста.

Цель работы. Провести ретроспективный анализ результатов клинко-морфологических исследований у пациенток, поступивших в гинекологическое отделение с аномальным маточным кровотечением в репродуктивном и перименопаузальном периодах. Выявить наиболее значимую сопутствующую гинекологическую и соматическую патологию у пациенток с гиперпластическими процессами и РЭ.

Материалы и методы. Проведены клинко-морфологические исследования у 52 женщин, поступивших в гинекологическое отделение с аномальным маточным кровотечением в репродуктивном и перименопаузальном периодах. В 22 случаях проведено раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки, в 30 случаях – гистероскопия с прицельной биопсией эндометрия. После гистологического исследования соскобов слизистых из цервикального канала и полости матки сформированы 4 группы: I-я – аденокарцинома эндометрия (АЭ), II-я – полип эндометрия с элементами малигнизации (ПЭ с М), III-я – атипичная гиперплазия эндометрия (АГЭ) и IV-я – доброкачественный полип эндометрия (ПЭ).

Результаты исследования. Возраст 52 пациенток находился в пределах от 30 до 79 лет. У 87% женщин менструальная функция была без нарушений, только 13% отмечали позднюю менархе. Одна пациентка страдала первичным бесплодием и никогда не была беременной, остальные 51 имели от 1 до 12 беременностей в анамнезе. От 1 до 10 беременностей завершились медицинским абортom у 73% женщин. У 69% пациенток выявлены гинекологические заболевания и сопутствующая соматическая патология. ИМТ 30 кг/м² и более имели 56% женщин.

Аденокарцинома эндометрия была выявлена у 62% женщин (I-я группа) со средним возрастом 60 лет, средним ИМТ 36,5 кг/м², 59% пациенток страдали хронической артериальной гипертензией (ХАГ) и 19% – сахарным диабетом 2 типа (СД II). У 62% женщин с АЭ анамнез был отягощен сопутствующими гинекологическими заболеваниями: миома матки (ММ) – 52%, гиперпластические процессы эндометрия (ГЭ) – 35% и др. Менопауза наступила у всех пациенток I-ой группы, 88% женщин находились в менопаузе от 3 до 20 лет. Средняя продолжительность менопаузы составила 10 лет. Во II-ой группе у 6% женщин, средний возраст которых составляет 65 лет, средний ИМТ – 36,3 кг/м², гистологическое исследование диагностировало ПЭ с М. Все женщины страдали ХГА, средняя продолжительность менопаузы – 12 лет. Среди гинекологических заболеваний отсутствовали ГЭ и ММ. В III-ей группе у 19% женщин диагностирована простым гистологическим исследованием АГЭ. Средний возраст пациенток – 53 года, средний ИМТ – 27,2 кг/м², 50% женщин страдали ХАГ и 10% СД II типа. Стойкая менопауза была только у 30% больных, средняя продолжительность – 10 лет. Гинекологические заболевания имели 80% пациенток: 40% – ГЭ, 20% – ММ и опухоли яичников. У 13% пациенток IV-ой группы со средним возрастом 51 год, средним ИМТ 29,1 кг/м² гистологическое исследование диагностировало ПЭ. В этой группе было 43% женщин репродуктивного возраста, только 29% имели стойкую менопаузу, средняя продолжительность – 5 лет. Около 43% пациенток были соматически здоровы, 86% страдали гинекологической патологией: рецидивирующий полип эндометрия – 57%, ММ – 43%.

Выводы. Анализ сочетания гинекологической и соматической патологии с гиперпластическими процессами и раком эндометрия выявил, что наиболее значимыми факторами риска являются миома матки, ожирение, сахарный диабет, гипертония и медицинские аборт.

*А.Ю. Богдасаров, Л.Ю. Давидян, Д.В. Олейникова,
Т.А. Богдасаров, Т.Х. Давидян*

СОДЕРЖАНИЕ ЯИЧНИКОВЫХ ГОРМОНОВ У ЖЕНЩИН С ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИМИ ПРОЦЕССАМИ ЭНДОМЕТРИЯ В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ

МК «Мой доктор»

ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»

Актуальность исследования. Одним из серьезных осложнений менопаузального периода являются маточные кровотечения, число которых достигает 60% в структуре гинекологической патологии больных, старше 50 лет [1,2]. Наиболее частой причиной аномальных маточных кровотечений являются гиперпластические процессы, воспалительные и атрофические изменения в эндометрии с возникновением пио- и гематометры, а также рак эндометрия [3,4].

Диагностика и терапия постменопаузальных маточных кровотечений является актуальной проблемой, обусловленной не только высокой частотой патологии и её рецидивирующим течением, но и патогенетической неоднородностью морфологических изменений эндометрия, от которого зависит объем лечебных воздействий [5,6]. Учитывая вышеизложенное, **целью нашего исследования** явилось сопоставление гисто-морфологического состояния эндометрия с содержанием яичниковых гормонов у женщин с кровотечениями в менопаузе.

Материал и методы исследования. В период с 2015 по 2022 гг. нами было проведено обследование 94 женщин с маточными кровотечениями в возрасте от 61 до 82 лет. Всем пациенткам (помимо общеклинического обследования, включающего сбор анамнеза, гинекологический осмотр, консультации смежных специалистов для исключения соматических причин кровотечения) проводилось УЗ-исследование гениталий, гистероскопия с последующим гистологическим исследованием полученного соскоба и определение содержания эстрадиола и прогестерона в сыворотке крови.

Исследование проводилось проспективным когортным методом. Статистическая обработка данных проведена методом дисперсионного анализа (ANOVA) для повторных измерений, статистически значимыми результаты считались при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Анализируя структуру патологии эндометрия у женщин с маточными кровотечениями было определено,

что у 53,2% обследованных основной группы имела место железистая и железисто-кистозная гиперплазия эндометрия, у 27,6% женщин были выявлены полипы эндометрия. Атипичная гиперплазия (аденоматоз) и аденоматозные полипы диагностировались примерно в одинаковом проценте случаев 4,2% и 3,29%, соответственно. Достаточно часто определялся атрофический эндометрит, обусловленный низкой гормональной активностью яичников в обследованной возрастной группе женщин – 11,7%. Нами было установлено, что абсолютные показатели содержания эстрадиола у обследуемых женщин варьировали от 0,0 до 265,0 пмоль/л, причем минимальные показатели были характерны для женщин в возрасте 65–70 лет, при нахождении в менопаузе – от 10 до 15 лет.

Анализируя содержание эстрадиола в зависимости от морфогистологической характеристики патологического процесса в эндометрии было выявлено, что наибольшие различия имели место у женщин с гиперплазией эндометрия и атипичной гиперплазией эндометрия. Содержание эстрадиола у этих пациенток почти в 3 раза превышало показатели лабораторной возрастной нормы.

В то же время, содержание эстрадиола у пациенток с полипами эндометрия укладывалось в лабораторную норму. Это свидетельствовало о негормональной природе полипов, происхождение которых, вероятно, связано с изменениями рецепции эндометрия. У больных с атрофическим эндометритом содержание эстрадиола также соответствовало возрастной лабораторной норме.

Исследования содержания прогестерона в крови также свидетельствовали о неоднозначности изменений этого гормона у женщин с маточными кровотечениями в менопаузе.

Следует отметить, что по сравнению с эстрадиолом диапазон колебаний индивидуальных величин прогестерона был менее выражен – 0,0–3,38 нмоль/л, значительных возрастных различий в содержании гормона также выявлено не было. У половины женщин индивидуальные значения не превышали 0,97 нмоль/л. Средняя концентрация прогестерона у менопаузальных женщин составила 1,4 (0,6) нмоль/л.

Наименьшее содержание прогестерона было определено у больных с аденоматозными полипами эндометрия (1,1 нмоль/л), самые высокие – у женщин с атрофическим эндометритом (1,9 нмоль/л). При других формах патологии эндометрия уровень прогестерона колебался в пределах 1,3–1,5 нмоль/л.

Выводы. Таким образом, полученные данные позволяют сделать вывод, что в развитии маточных кровотечений в менопаузе первостепенную роль играют изменения яичниковой секреции, причем

большее значение при этом имеет эстрадиол, как наиболее активная гормональная фракция, воздействующая на орган-мишень – эндометрий.

Литература:

1. Камолова, Х.Д. О патогенезе гиперпластических процессов эндометрия в постменопаузе/Х.Д. Камолова, Д.А. Парпиева, О.С. Юлдашева//Молодой ученый. – 2019. – №11 (249). – С. 149–151.
2. Капитанова, О.В. Гиперплазия эндометрия в перименопаузе/О.В. Капитанова, М.А. Чечнева//Российский вестник акушера-гинеколога – 2020 – Т.20 (3) – С. 35–40.
3. Радзинский, В.Е. Гинекология//под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 1000 с.
4. Murdock T. A. Precursors of Endometrial Carcinoma/Т.Ф. Murdock//Diagnosis of Endometrial Biopsies and Curettings. – Springer, Cham, 2019. – С. 225–259.
5. Ткаченко, Л.В. Профилактика рецидивов гиперплазии эндометрия в перименопаузе/Л.В. Ткаченко, Н.И. Свиридова, Л.В. Исаева//Вестник волгоградского медицинского университета – 2017 – Т.14(4) – С. 25–28
6. Доброхотова Ю.Э., Сапрыкина Л.В. Гиперплазия эндометрия. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 90 с.

*Т.Ю. Корнилова, Е.И. Завьялова, Л.В. Пуцкова,
О.Н. Белоглазова*

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА РАКА ЭНДОМЕТРИЯ В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

**ФГБОУ ВПО «Ульяновский государственный университет»
ГУЗ «Городская клиническая больница
святого апостола Андрея Первозванного»**

Актуальность. Успехи практической онкологии в настоящее время определяются исключительно удельным весом ранних стадий злокачественных новообразований у первично зарегистрированных больных. Только рост этого показателя может существенно улучшить результаты современной терапии и снизить показатели онкологической смертности. Обобщенные данные литературы свидетельствуют

о том, что большинство исследователей в качестве порогового диагностического критерия гиперпластических процессов эндометрия в постменопаузальном периоде выбирают толщину М эхо 4 мм.

Цель работы – провести анализ результатов клинко-морфологических исследований у 29 женщин, поступивших в гинекологическое отделение с кровянистыми выделениями из половых путей в постменопаузальном периоде. Определить эффективность сонографии у пациенток с раком эндометрия. Сформировать алгоритм последующего обследования пациенток с учетом данных сонографии.

Материалы и методы. Проведено проспективное наблюдение 29 пациенток, поступивших в гинекологическое отделения с кровянистыми выделениями из половых путей в постменопаузальном периоде. Всем женщинам до оперативного вмешательства проводилась сонография на аппарате экспертного класса «Voluson E6» с обязательным измерением толщины эндометрия. После получения операционного материала проведено простое гистологическое исследования соскобов слизистых из цервикального канала и полости матки.

Результаты исследования. Причиной госпитализации в гинекологическое отделение в 100% случаях было anomальное маточное кровотечение в постменопаузальном периоде. Возраст женщин находился в пределах от 50 до 76 лет, в среднем составил 62 года. Все пациентки находились в менопаузе от 3 до 20 лет. У 25 выявлены сопутствующие соматические заболевания: в 65,5% случаях диагностирована хроническая артериальная гипертензия, в 20,7% случаях – сахарный диабет II типа. Средний индекс массы тела составил 34,6 кг/м².

В 86% случаях сонография выявила гиперплазию эндометрия: от 5 мм до 31 мм. Только у 14% пациенток толщина эндометрия была меньше 4 мм, что является критерием нормы для постменопаузального периода. Но у каждой из этих женщин во время проведения сонографии были обнаружены многоузловые миомы матки и полипы эндометрия. После сонографии и консультации терапевта 41% женщин проведена прицельная биопсия под контролем гистероскопии, остальным 59% пациенток – раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки.

Для гистероскопической картины были характерными: неоднородная окраска и очаговые утолщения эндометрия в 100% случаев, разнообразные разрастания эндометрия (по типу цветной капусты, полиповидные) – в 58%, не выраженный сосудистый рисунок – в 75%, отсутствие визуализации устьев маточных труб – 50%. Во всех 29 случаях простое гистологическое исследование диагностировало аденокарциному эндометрия (АЭ): высоко дифференцированная АЭ

– 1 случай (3%), умеренно дифференцированная АЭ – 27 случаев (94%) и низко дифференцированная АЭ – 1 (3%) случай.

Выводы. Таким образом, сонография продемонстрировала высокую эффективность (86%) в диагностике АЭ у женщин в постменопаузальном периоде. Для последующего обследования пациенток с М-эхо более 4 мм и подозрением на АЭ необходима гистероскопия. Для четкой дифференциации характера патологического процесса в полости матки следует ориентироваться только на прицельную биопсию эндометрия с гистологическим заключением.

*Т.М. Никонорова, Л.А. Топоркова, В.М. Харитонов,
В.Д. Таджиева*

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МИФЕПРИСТОНА В КАЧЕСТВЕ ПОДГОТОВКИ К РОДОРАЗРЕШЕНИЮ

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»
ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»

Актуальность. Ключевую роль в успешном родоразрешении через естественные родовые пути играет состояние «зрелости» шейки матки (клинические рекомендации: «Неудачная попытка стимуляции родов (Подготовка шейки матки к родам и родовозбуждению)»), но до настоящего времени нет единого мнения об эффективности различных способов подготовки шейки матки при индукции родов, что указывает на необходимость исследований в данном направлении.

Цель исследования: оценить эффективность подготовки шейки матки мифепристонем.

Материалы и методы исследования. Проведено ретроспективное исследование историй родов беременных, прошедших через акушерское отделение патологии беременности, получавших подготовку шейки матки мифепристонем и родоразрешенных в условиях перинатального центра ГУЗ УОКБ за 2021 год, 94 пациенткам проведена преиндукция родов мифепристонем, это составило 5% от общего количества женщин (1855 чел), прошедших через отделение патологии беременности в 2021 г.

Средний возраст женщин составил 28,5 лет. Первородящих 56 (60%) Повторнородящими были 38 человек (40%). По возрастным категориям:

- в группе младше 20 лет – 3 чел. (3,2%). Одна из них родоразрешена операцией к\с по поводу дистресса плода;

- в группе женщин 20–30 лет – 56 человек (58,5%): 46 родили самостоятельно – это 82% данной возрастной группы, 10 – путем кесарева сечения (18% из группы);
- в группе женщин 30–35 лет – 23 человека (24,5%): 15 родили самостоятельно (65%), 8 – путем кесарева сечения (35%);
- в группе старше 35–40 лет – 9 человек (9,6%): 4 родили сами, 5 – путем кесарева сечения (55,5% данной группы);
- в группе 40 лет и старше – 3 человека (3,2%): одна из них родоразрешена операцией кесарево сечение по дистрессу плода (33,3% данной группы).

Имели экстрагенитальную патологию 85 женщин (90,4%), из них ожирение различной степени имели 36 женщин (42,5%).

Результаты исследования. Эффект от подготовки в результате приема 200 мг мифепристона было у 46 пациенток (49%), после приема 400 мг – у 34 пациенток (35%), отсутствие эффекта у 14 пациенток (15%).

Родоразрешены через естественные родовые пути 59 женщин (63%). Из первородящих (56 человек) самостоятельно родили 31 человек (55,3%). Из повторнородящих (38 человек) самостоятельно родили 28 человек (74%).

Родоразрешены операцией кесарево сечение 35 чел. (37%).

Показаниями послужили: дистресс плода – 7 человек (7,5%), отсутствие эффекта от подготовки и родовозбуждения – 14 человек (15%), клинический узкий таз – 7 человек (7,5%), дискоординация родовой деятельности – 4 человека (5,3%), утяжеление преэклампсии – 3 человек (3,2%).

Обращает на себя внимание наличие ожирения у большого процента беременных, нуждающихся в подготовке к родам – это 36 беременных (38% из общего числа), из них родоразрешены операцией кесарево сечение 16 человек (17% от общего числа и 47% от числа беременных с ожирением, т.е. почти половина тех, кто имел ожирение, не смогли родить самостоятельно).

Всего родилось 94 ребенка. Масса при рождении:

- менее 3000 граммов – 11 детей (1 – 670 г, антенатальная гибель плода)
Из них 4 детей (36%) рождены путем операции кесарево сечение.
(1 – отсутствие эффекта от подготовки к родам, 3 – с утяжелением преэклампсии);
- 3000–3500 г – 32 ребенка (9 (28%) путем операции кесарево сечение)
- 3500–3999 г – 33 ребенка (14 (42%) путем операции кесарево сечение)
- более 4000 г – 18 детей, из них 8 детей (44%) – путем кесарева сечения, 5 из них по клиническому несоответствию размеров головки плода и таза матери).

Оценку по шкале Апгар менее 7 баллов имели 5 детей, из них трое – при операции кесарево сечение по поводу клинического узкого таза.

Выводы. В подготовке к родам путем индукции мифепристоном нуждались 5% беременных, которые получили лечение в условиях акушерского отделения патологии беременности. У 15% из них отсутствовал эффект от подготовки, они родоразрешены операцией кесарево сечение. У повторнобеременных выше процент положительного эффекта от подготовки к родам. У беременных с ожирением эффективность ниже и выше процент кесаревых сечений. Применение мифепристона с целью подготовки шейки матки и индукции родов является высокоэффективным методом, создает благоприятные условия для развития спонтанных родов, не влияя на частоту аномалий родовой деятельности. Применение мифепристона позволяет снизить показатели частоты родоразрешения путем кесарева сечения, вследствие чего уменьшается число акушерских осложнений, связанных с оперативным вмешательством.

*Т.Ю. Корнилова, Э.Э. Аничкина, М.А. Добролюбская,
Э.Р. Нурахмедова*

ВЛИЯНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕНЕСЕННОЙ В РАЗЛИЧНЫЕ ГЕСТАЦИОННЫЕ СРОКИ, НА ДАЛЬНЕЙШЕЕ ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И ВЫБОР МЕТОДА РОДОРАЗРЕШЕНИЯ

**ФГБОУ ВПО «Ульяновский государственный университет»
ГУЗ «Городская клиническая больница
святого апостола Андрея Первозванного»**

Актуальность. В настоящее время опубликованы систематические обзоры авторов о более легком течении НКИ COVID-19 у беременных, меньшем проценте критических форм. Авторы связывают такие результаты с возможным протективным влиянием общих иммунологических изменений при беременности.

Цель работы. Изучить дальнейшее течение беременности после перенесенной НКИ COVID-19 в различные гестационные сроки, определить наиболее значимые осложнения. Выяснить сроки и методы родоразрешения, состояние новорожденных.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ течения беременности, родов и послеродового периода у 44 женщин, сформированы две группы исследования: I группа – 21 беременная, инфицированная вирусом SARS-CoV-2 в 1-ой половине беременности; II группа – 23 беременных, заболевших во 2-ой половине беременности.

Результаты. Средний возраст беременных в I группе – 28,5 лет, во II группе – 32,4 года. Среди беременных I группы преобладали первобеременные (52%) и первородящие (57%) женщины, во II группе – повторнобеременные (78%) и повторнородящие (74%). Беременные с отягощенным акушерским анамнезом преобладали во II группе: 48% против 2%. Экстрагенитальные заболевания имели 87% беременных II группы против 71% в I группе. У беременных I группы среди соматической патологии лидировали заболевания мочевыводящей системы и глаз, а у женщин II группы чаще диагностировали хроническую артериальную гипертензию, ожирение и варикозную болезнь вен нижних конечностей. В I группе 57% женщин заболели НКИ на сроках беременности от 4 до 13 недель, остальные 43% – от 14 до 19 недель. Во II группе на сроках беременности от 20 до 28 недель инфицировались 38% женщин, от 29 до 36 недель – 43% и только 9% заболели в 37–38 недель. В I группе в 100% случаев была диагностирована легкая форма НКИ, все беременные лечились амбулаторно. Во II группе в 4% случаев течение НКИ было средней степени тяжести и потребовало стационарного лечения.

Кроме НКИ в 90% случаев имели место акушерские осложнения в I группе и в 100% – во II группе исследования. После лечения НКИ в I половине беременности дальнейшее течение беременности чаще осложняли угрожающие преждевременные роды (21% против 4%), маловодие (21% против 0%), ВЗРП (16% против 0%), НМППК 1А ст. (11% против 4%), гестационный пиелонефрит (21% против 9%). После лечения НКИ во II половине беременности течение беременности чаще осложняли отеки беременных (30% против 21%), гестационная гипертензия беременных (13% против 0%), гестационный сахарный диабет (17% против 5%), многоводие (22% против 16%).

Родоразрешение беременных I группы в 100% случаев произошло на сроках беременности от 38 до 41 недели. В группе сравнения 4% женщин родили на сроке беременности 36-37 недель. Кесарево сечение как метод родоразрешения чаще был выбран в I группе: 52% против 26%. Но в обеих группах абдоминальное родоразрешение проводилось только по стандартным акушерским показаниям. Во II группе среди показаний для кесарева сечения лидировал рубец на матке (100%). В I группе 9% кесаревых сечений выполнено из-за тазового предлежания плода, клинический узкий таз стал показанием для оперативных родов также

в 9% случаев, дистресс плода в родах – в 18%. В обеих группах исследования родились живые доношенные новорожденные без асфиксии с массой тела более 2500 г. Ни у одного из новорожденных инфекция не была диагностирована сразу после рождения. Случаи ранней неонатальной смертности отсутствовали в обеих группах.

Выводы. Таким образом, наше исследование подтверждает мнение многих авторов, что пролонгирование беременности на фоне НКИ не создает риски развития инфекции у плода. Осложнения течения беременности, связанные с поражением функциональной системы «мать-плацента-плод», такие как ВЗРП, маловодие и НМППК, чаще развивались после заболевания НКИ COVID-19 в первой половине беременности. Положительный результат анализа на COVID-19 у беременной женщины без клинических проявлений и признаков дистресса плода не является показанием к преиндукции и индукции родов. Способ родоразрешения не должен зависеть от наличия COVID-19, если только состояние женщины не требует срочного вмешательства.

А.А. Паничкина, А.С. Казакова

ВЫБОР МЕТОДА РЕГИОНАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ РОДОРАЗРЕШЕНИИ ПУТЕМ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ У БЕРЕМЕННЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

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

Актуальность. Методы регионарной анестезии – эпидуральная анестезия (ЭА) и спинномозговая анестезия (СА) – стали стандартом анестезиологического пособия при операции кесарева сечения. В отечественной акушерской анестезиологии методом выбора регионарной анестезии при родоразрешении путем операции кесарево сечение у пациенток с тяжелой преэклампсией является ЭА. Однако в случае экстренного оперативного родоразрешения, когда имеются жесткие временные рамки, а общее обезболивание нежелательно, применялась СА.

Несмотря на опасения по поводу применения СА у беременных с тяжелой преэклампсией, нам кажется, что в умелых руках СА не обязательно должна привести к гемодинамическим нарушениям.

Цель работы. На основании собственного опыта, а также данных литературы изучить и оценить безопасность применения

СА при родоразрешении путем операции кесарево сечение у беременных с тяжелой преэклампсией.

Пациенты и методы. В клинических условиях проведен ретроспективный анализ 8 случаев СА при операциях кесарева сечения у беременных с тяжелой преэклампсией без учета наличия экстрагенитальной патологии и сроков гестации, не имеющих противопоказаний к применению нейроаксиальных методов анестезии, находящихся на родоразрешении в ПЦ ГУЗ «Ульяновская областная детская клиническая больница им. политического и общественного деятеля Ю.Ф. Горячева». В предоперационную подготовку были включены: тест на выявление скрытого синдрома аортокавальной компрессии (АКК), эластическая компрессия нижних конечностей до верхней трети бедра; исследование показателей гемодинамики аппаратом «Triton МПР 6-03». СА проводилась на уровнях L2—L3 и L3—L4 в положении пациентки лежа на боку. Использовался 0,5% изобарический раствор бупивакаина, который вводился в дозах от 10 до 12,5 мг. Для профилактики синдрома АКК всем пациенткам проводилась укладка с поворотом стола на 15° влево. Во время анестезии проводили: постоянную ингаляцию увлажненного кислорода, стандартный мониторинг показателей артериального давления (АД), частоты сердечных сокращений (ЧСС), насыщения гемоглобина артериальной крови кислородом (SpO₂) монитором «Triton МПР 6-03».

Характеристика беременных в исследуемой группе. Исследовалось 8 беременных с тяжелой преэклампсией: возраст от 21 до 42 лет. Срок гестации от 26 до 41 недели. Рост от 151 до 178 см. Вес от 67 до 121 кг.

Особенности проведения СА и оперативного вмешательства.

Доза бупивакаина 0,5% 10-12,5 мг. Длительность операции 40 – 78 мин.

Кровопотеря 600-950 мл. АД сист. 182-88 мм рт.ст. АД диаст. 126-45 мм рт.ст. Пульс 136-72 удара в мин.

Результаты и обсуждение. У всех пациенток в исследуемой группе операция и анестезия протекали без осложнений.

В соответствии с традиционными представлениями об отрицательном влиянии СА на состояние гемодинамики у беременных с преэклампсией, следовало бы ожидать в исследуемой группе значительную частоту случаев развития артериальной гипотонии. В представленных данных по исходному состоянию параметров гемодинамики у беременных в исследуемой группе перед началом СА и изменения уровней АД и ЧСС под влиянием СА значимых случаев нарушения гемодинамики не было, что объясняется тщательным соблюдением правил подготовки больных в зависимости от выявленных изменений параметров гемодинамики. Как видно из представленных данных, в исследуемой группе среднее

значение снижения АД у беременных во время СА не относится к ряду критических, потребовавших какой-либо коррекции.

Заключение. Таким образом, можно сделать выводы, что СА эффективна в отношении профилактики гемодинамических осложнений при обезболивании как неотложных, так и срочных операций кесарева сечения у беременных с тяжелой преэклампсией. Отсутствие осложнений и стабильность показателей гемодинамики во время СА у беременных с тяжелой преэклампсией мы связываем со строгим выполнением мер безопасности.

*Н.С. Исаенкова, В.Ю. Жданова, А.В. Смирнова,
Е.А. Никитина, Е.А. Гурьянова*

ВНУТРИУТРОБНАЯ ПНЕВМОНИЯ ПЛОДА: МАТЕРИНСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА

**ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»
ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»**

Актуальность. По статистическим данным, 28–37% новорожденных рождаются внутриутробно инфицированными. Развитие внутриутробных пневмоний (ВУП) у новорожденных провоцируется множеством неблагоприятных факторов, действующих на плод во время беременности со стороны матери.

Цель исследования – выявить связь между различными патологическими состояниями и заболеваниями, наблюдаемыми у беременных женщин и развитием внутриутробной пневмонии (ВУП) у их новорожденных

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 36 историй родов и 37 историй развития новорожденных, родившихся в ПЦ ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница» за 2021 г., в т.ч. одна двойня дихориальная диамниотическая. Срок родоразрешения: преждевременные роды – 5 (13,9%), своевременные – 31 (86,1%).

Результаты исследования. Диагноз «врожденная пневмония» (ВУИ) выставлен 37 новорожденным, в том числе у одного (2%) – на фоне дыхательных расстройств у недоношенного. Частота сопутствующей патологии – 2,2 заболевания на одного новорожденного, в том числе дыхательная недостаточность – 27 (73%), асфиксия в родах – 24 (64%), ишемия мозга острый период – 19 (51%), ВПП – 12 (32%),

родовые травмы – 5 (13%), неонатальная желтуха – 3 (8%), по одному случаю (2%): неонатальная токсическая эритема, ишемическая нефропатия, уреоплазмоз, бронхолегочная дисплазия легкой степени, ретинопатия, младенческие гемангиомы, диабетическая фетопатия, анемия легкой степени, отклонение от показателей роста и веса – 4 (9%).

Внутриутробные осложнения у плода. Были зарегистрированы: фетоплацентарная недостаточность – 16 (44,5%), маловодие – 7 (19%) и многоводие – 5 (13,5%); несоответствие массы плода к сроку беременности 12 (32%); аномалии развития пуповины – 1 (2,7%). Вес новорожденного при рождении 1140 – 1 (3%), 1870 – 1 (3%), 2500–2999 – 4 (10%), 3000–3499 – 12 (32%), 3500–3999 – 10 (28%), 4000 и более – 9 (24%). Оценка состояния новорожденного при рождении производилась по шкале Апгар, при этом с оценкой 9–7 баллов родилось 57% новорожденных; 38% – с оценкой 4-7 баллов; 5% родились в тяжелой асфиксией. Реанимация новорожденного проведена в следующем объеме: санация ВДП – 23 (64%), ИВЛ масочно – 17 (47%) с последующим СРАР – 11 (30%); ИВЛ ч/з ИТ – 16 (43%); введение куросурфа – 1 (2%) Реанимация не проводилась – 1 (2%). Продолжительность ИВЛ до 12 часов – 6 (16%), от 12 часов до 1 суток – 10 (27%), 2 суток – 8 (22%), 3 суток – 8 (22%), 4 суток – 3 (8%), 5 суток – 1 (3%). Обсемененность новорожденных микробами группы стафилококка составляет 42%, энтерококка – 38%, стрептококка – 8,7%, кишечная – 1%. Обследование и лечение новорожденные получали согласно Клиническим рекомендациям по врожденной пневмонии в полном объеме.

Анализ материнских факторов: первородящие – 47%; повторнородящие – 53%, в том числе многорожавшие – 42,1%. Нормальные беременность и роды в анамнезе были в 59% случаев. Оперативное родоразрешение путем КС – 41%. Осложнения в предыдущих беременностях – 42%: замершие беременности – 33%, самопроизвольные выкидыши – 53%; аборт по желанию – 14%. Осложнения настоящей беременности: рубец на матке после КС – 19,4%; низкая плацентация – 7,7%; угроза прерывания беременности – 2,8%; ГСД – 16,7%. Генитальная инфекция была у 44,4%, в т.ч. не исключалась инфекция амниотической полости у 30,5%. Экстрагенитальные заболевания: Covid-19 (19%), ОРВИ (66,7%), эндокринная патология (39%). Заболевания сердечно-сосудистой системы (14%). Почечная патология (5,6%). Гемоконтактные инфекции (5,6%). Заболевания дыхательной системы (2,8%). Сепсис с неясным очагом (2,8%). Абдоминальное родоразрешение выполнено в 27,8%, роды через естественные родовые пути – 72,2%. Осложнение при родоразрешении: ДРД 5,6%, ПОНРП 2,8%. Безводный промежуток 0 ч. (к/с) – 27,8%,

до 6 ч. – 44,5%, 7–12 ч. – 11,1%, 13 и более – 5,6%. Продолжительность родов: 8–12 ч. – 92,3%, 13 ч. и более – 7,7%. Исходы для новорожденных: все дети выписаны домой с выздоровлением.

Выводы. Таким образом, перенесенные в период беременности вирусно-бактериальные и генитальные инфекции способствовали развитию ВУП новорожденных. Интранатальное инфицирование не имеет подтверждения.

*Л.Ю. Давидян, А.Ю. Богдасаров, Т.Х. Давидян,
Т.А. Богдасаров, Д.В. Олейникова*

ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ, АССОЦИИРОВАННЫХ С МИКОПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»

Актуальность исследования. Роль микоплазменной инфекции в развитии патологий шейки матки широко обсуждается в литературе [1,2,3]. В настоящее время существенно возросли диагностические возможности определения инфекции методом ПЦР, что значительно облегчило задачи лечения и его контроля.

Несмотря на достижения в диагностике, до настоящего времени хронический эндоцервицит и вызванные им нарушения эпителия шейки матки имеют высокий удельный вес в структуре гинекологических заболеваний. В связи с изложенным, **цель нашего исследования** – анализ эффективности поэтапного лечения патологии шейки матки, ассоциированной с микоплазменной инфекцией.

Материал и методы исследования. Было проведено продольное проспективное исследование (исследование временных серий) 114 женщин с хроническим эндоцервицитом, причиной которого явился генитальный микоплазмоз. После лечения оценивали качество влагалищных мазков и состояние эпителия шейки матки. Статистическая обработка данных проведена методом дисперсионного анализа (ANOVA) для повторных измерений, статистически значимыми результаты считались при $p < 0,05$.

Объем консервативной терапии включал местное и общее воздействие. Показанием к местному лечению было сочетание микоплазменной инфекции с другой бактериальной флорой. Так, при наличии у женщин грамположительной флоры использовался

водорода пероксид, хлоргексидин, цитеал, риванол, фурацилин, красители, грамицидин, фитопрепараты (ромашка, календула, ротакан, хлорофиллипт) и др. При сочетании микоплазмоза с грамотрицательной флорой назначали хлорамфеникол (левосин, левомиколь, синтомицин), уротропин, виркон, нитрофураны (фурагин, фуразолидон, макмирор, синалар С). Подбор и длительность проведения антибактериальной терапии осуществлялись строго индивидуально с учетом чувствительности бактериальной флоры к препаратам.

Результаты исследования. После проведения терапии было установлено, что 33,3% женщин имели I-ю степень чистоты влагалищного содержимого, II степень регистрировалась у 49,1% пациенток, III степень – у 13,1% женщин. Укажем, что IV степень чистоты (4,4% женщин) была обусловлена, в основном, присутствием дрожжеподобных грибов, что потребовало дополнительного назначения антимикотиков и пробиотиков для восстановления нормального микробиоценоза влагалища. Цитологическое исследование: соответствующие фоновым процессам цитологические параметры были определены у 30,7% женщин, дисплазия различной степени выраженности – у 14,9%, из них с тяжелой дисплазией IIIb степени – 7,0% пациенток. Далее нами была проведена кольпоскопия и определены показания к хирургическому лечению выявленной патологии шейки. Отметим, что основными показаниями к хирургическому вмешательству на шейке матки являлись такие, как полип цервикального канала, эндометриоз, лейкоплакия и дисплазии шейки матки. Всем женщинам с выявленными показаниями было проведено радиоволновое лечение с удалением патологически измененных тканей в полном объеме. Исследования показали, что полный эффект от проводимого лечения был достигнут у 82,7%. У 17,3% пациенток эффективность была частичной и требовала дополнительных методов терапии. Недостаточный эффект после проведенного хирургического лечения наблюдался в основном за счет тех пациенток, у которых после проведенного курса консервативной терапии сохранялось клинически незначимое число колонеобразующих единиц микоплазм.

Выводы. Таким образом, выбранная схема диагностики и лечения микоплазменной инфекции у женщин является достаточно эффективной и создает условия для профилактики рака шейки матки.

Литература.

1. Цыганкова О.Ю., Кравченко Е.Н., Кропмаер К.П., Дворниченко В.Ю. Особенности лечения женщин с воспалительными заболеваниями нижнего отдела гениталий. Вестн. МАНЭБ Омской области. 2014; 1(4): 66–71.

2. Gillet E., Meys J. F., Verstraelen H., Verhelst R., De Sutter P., Temmerman M. et al. Association between bacterial vaginosis and cervical intraepithelial neoplasia: systematic review and metaanalysis. PLoS One. 2012; 7(10): e45201. DOI: 10.1371/journal.pone.0045201
3. Ye H., Song T., Zeng X., Li L., Hou M., Xi M. Association between genital mycoplasmas infection and human papillomavirus infection, abnormal cervical cytopathology, and cervical cancer: a systematic review and metaanalysis. Arch. Gynecol. Obstet. 2018; 297(6): 1377–87.

*Д.Р. Касьмова, А.П. Солдатова, Е.Н. Маланина,
Ю.Ю. Сухова*

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ НЕЙРОБЛАСТОМЫ НАДПОЧЕЧНИКА ПЛОДА

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

Актуальность. Нейробластома – злокачественная опухоль из клеток предшественников симпатической нервной системы. Опухоль чаще выявляется у детей до пяти лет, пиком заболеваемости является первый год жизни. Нейробластомы составляют 50% всех опухолей первого года жизни, являясь причиной 15% смертей от рака в педиатрической популяции.

Цель исследования. Описание клинического случая пренатальной диагностики нейробластомы надпочечника у плода.

Материалы и методы. Клиническое наблюдение. Пациентка Б., 26 лет. Беременность вторая, протекала без осложнений. В анамнезе одни срочные нормальные роды. Наследственный анамнез не отягощен. Супруг здоров.

В течение беременности I комбинированный пренатальный скрининг, II ультразвуковой скрининг проведены своевременно на уровне межтерриториального кабинета пренатальной диагностики, патологии не выявлено. Динамические УЗИ плода проведены в сроках 28 и 32 недели беременности – без патологии. Подозрение на опухоль

правой почки плода выявлено при ультразвуковом исследовании в 37-38 недель в отделении ультразвуковой диагностики по месту наблюдения.

Впервые в консультативно-диагностическом отделении ГУЗ «Ульяновская областная больница» пациентка обратилась в 37-38 недель беременности с целью проведения уточняющего экспертного УЗИ плода с диагнозом: ВППП – аномалия МВС: опухоль правой почки (гемангиома? нефрома?).

Ультразвуковое исследование (УЗИ) в КДО ГУЗ «Ульяновская областная больница» проведено на ультразвуковом сканере Voluson E6 GE.

Результаты. При УЗИ плода фетометрические показатели соответствовали гестационному сроку беременности. Из особенностей анатомических структур было выявлено: гиперэхогенное опухолевидное образование округлой формы над верхним полюсом правой почки, несколько неоднородной солидной структуры, с четкими контурами, размером 23,8×25,4 мм. При ЦДК отмечалась интенсивная периферическая васкуляризация опухоли. Правая почка имела нормальные размеры, форму и структуру.

Беременная была родоразрешена в региональном перинатальном центре на сроке 40 недель через естественные родовые пути. В условиях отделения патологии новорожденных ребенку проведено углубленное обследование: УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, УЗИ головного мозга; МРТ органов брюшной полости (без контраста); компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства с контрастным усилением, в результате чего выявлено образование правого надпочечника. На 16-е сутки ребенок госпитализирован в хирургическое отделение НИИ детской онкологии и гематологии ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, на 26-е сутки был прооперирован в объеме – лапароскопическая адреналэктомия справа. Гистологическое заключение (по Joshi): недифференцированная нейробластома надпочечника, гистологическая степень злокачественности – 3. В настоящее время возраст ребенка 1 год 2 месяца, здоровье ребенка оценивается как нормальное, он наблюдается у детского онколога.

Обсуждение. Дифференциальная диагностика опухолей почек и надпочечников с другими пороками в пренатальном периоде достаточно сложна. В данном клиническом случае проводилась с поддиафрагмальной легочной секвестрацией, кровоизлияниями в надпочечники, диспластическим изменением верхнего полюса почки, забрюшинной тератомой и др.

Выводы. Большинство опухолей плода, в частности нейробластомы, диагностируются только в 3-м триместре беременности, что свидетельствует о важности проведения третьего скринингового УЗИ плода и динамического при сроке 36–37 недель. Большинство нейробластом, обнаруженных пренатально, относятся к первой стадии заболевания и при отсутствии осложнений и раннем проведении оперативного лечения новорожденных имеют благоприятный прогноз, что и демонстрирует представленный клинический случай.

Е.Н. Маланина, Д.Р. Касымова

ПРЕНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА РЕДКИХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ: ЛЕГОЧНАЯ СЕКВЕСТРАЦИЯ

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»

Актуальность. Легочная секвестрация (ЛС) – это порок развития, при котором часть аномально развитой легочной ткани отделяется от неизмененного легкого. ЛС относится к редким порокам развития. Дифференциальная диагностика наиболее сложна с КАПРЛ III типа, эхографически далеко не во всех случаях на пренатальном этапе можно установить правильный диагноз. Более того, обе аномалии могут спонтанно регрессировать в III триместре беременности. Своевременная диагностика помогает в выборе тактики ведения беременности и метода лечения в постнатальном периоде.

Цель работы – анализ случаев и исходов редких пороков развития органов грудной клетки: ЛС.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе консультативно-диагностического отделения (КДО) ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница». Ультразвуковое исследование проводилось на аппарате Voluson E6.

Полученные результаты. Наблюдение №1. Беременная Д., 19 лет, соматически здорова, наследственность не отягощена. Возраст мужа 32 года, соматически здоров. Супруги генетически не обследованы, производственных вредностей не имеют. Из анамнеза: Настоящая беременность I. Пренатальный скрининг I триместра без особенностей. В ходе проведения II УЗ скрининга на сроке 19-20 недель в проекции левого надпочечника плода выявлено гиперэхогенное образование округлой формы с четкими контурами, размерами 6,9×7,6×8,6мм.

Выставлен предположительный диагноз: «интраабдоминальная ЛС в дифференциации с нейробластомой левого надпочечника». При динамическом осмотре на сроке 21-22 недель размеры образования составили 12×9 мм. Беременная была направлена в ФГБУ НМИЦАГП им. академика В.И. Кулакова (г. Москва), где на сроке 24-25 недель подтвержден диагноз ВПРП органов грудной клетки: забрюшинный ЛС слева. Размеры образования составили 17×11×15 мм. На заседании перинатального консилиума рекомендовано динамическое наблюдение и родоразрешение на федеральном уровне в ФГБУ НМИЦАГП им. академика В.И. Кулакова (г. Москва). После рождения ребенка по результатам обследования решение по тактике ведения принято в пользу динамического наблюдения, так как образование значительно уменьшилось в размерах и не требовало оперативного удаления. Ребенок находится на диспансерном наблюдении в ГУЗ «Ульяновская областная детская клиническая больница им. политического и общественного деятеля Ю.Ф. Горячева».

Наблюдение №2. Беременная С., 23 года, соматически здорова, наследственность неотягощена. Возраст мужа 31 год, соматически здоров. Супруги производственных вредностей не имеют, медицинским генетиком не обследованы. Из анамнеза настоящая беременность II. I закончилась медабортом на малом сроке. Пренатальный скрининг I триместра в полном объеме, без особенностей. Беременная обратилась в КДО ГУЗ «Ульяновская областная детская клиническая больница им. политического и общественного деятеля Ю.Ф. Горячева» для проведения скринингового ультразвукового исследования плода на сроке 20-21 неделя, в ходе которого диагностирован легочный секвестр левого легкого (в виде гиперэхогенности нижней и средней доли левого легкого с визуализацией питающего сосуда, отходящего аорты в ЦДК). Беременная была направлена в ФГБУ НМИЦАГП им. академика В.И. Кулакова (г. Москва), где на сроке 23-24 недели диагноз был полностью подтвержден. На заседании перинатального консилиума рекомендовано динамическое наблюдение. На сроке 30-31 неделю в ходе III УЗ скрининга отмечено спонтанное исчезновение образования. У новорожденного также патологии не выявлено. Эта же пациентка обратилась на УЗИ плода в 20-21 неделю с последующей (III) беременностью, и вновь у плода отмечена выраженная гиперэхогенность, увеличение левого легкого со смещением сердца вправо (вероятный КАПРЛ III тип в дифференциации с ЛС). И вновь на III УЗ скрининге отмечена самопроизвольная регрессия образования. После рождения патологии органов грудной клетки у ребенка не выявлено.

Заключение. Описанные случаи пренатальной диагностики относятся к редким порокам органов грудной клетки плода. При легочной секвестрации важно исключить сочетанную патологию и неиммунную водянку как крайне неблагоприятный фактор. Тактика ведения в послеродовом периоде заключается преимущественно в оперативном удалении образования. Повышение эхогенности легкого в ряде случаев может носить преходящий характер и быть вариантом нормы. Поэтому окончательный диагноз устанавливается только при динамическом эхографическом наблюдении.

*Ю.Ю. Сухова, Е.Н. Маланина, Д.Р. Касимова,
С.С. Чистякова*

ПРЕНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА РЕДКИХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ: ПУЗЫРНО-АЛЛАНТОИСНАЯ КИСТА

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»

Актуальность. Пузырно-аллантаисная киста (ПАК, открытый урахус) относится к редким аномалиям с частотой выявления в среднем 1-2,5:100 000 родов. У плодов мужского пола ПАК обнаруживается в 2 раза чаще, чем у плодов женского пола. ПАК является одним из вариантов нарушения облитерации урахуса и представляет собой единую сообщающуюся полость между мочевым пузырем плода и кистой пуповины. Представлено описание случая ранней пренатальной диагностики ПАК.

Цель работы – анализ случаев и исходов редких пороков развития.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе консультативно-диагностического отделения (КДО) ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница». Ультразвуковое исследование проводилось на аппарате Voluson E6.

Полученные результаты. Беременная Э., 37 лет, в анамнезе бесплодие (трубный фактор), эрозия шейки матки, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, пневмония, наследственность не отягощена. Возраст мужа 38 лет, соматически здоров. Супруги генетически не обследованы, производственных вредностей не имеют. Настоящая беременность I, индуцированная с помощью ЭКО. Пациентка была направлена в КДО «Ульяновская областная клиническая больница» для проведения расширенного пренатального скрининга первого триместра. На сроке 14 недель выявлена аномалия развития пуповины:

пупочно-брыжеечная киста (ПАК). Беременной рекомендована консультация медицинского генетика с программным расчетом риска *Astraia*, углубленное медико-генетическое обследование, динамическое УЗИ плода. Программный расчет риска *Astraia* показал низкие риски анеуплоидий (трисомий 21,18,13). ПГД – 46XY. На сроке беременности 16 недель в ходе проведения динамического УЗИ плода ПУК (незаращение урахуса) без изменений. Беременная была направлена на заседание перинатального консилиума, на котором рекомендовано углубленное медико-генетическое обследование (ХМА), динамическое УЗИ плода, консультация в федеральном центре. В ФГБУ НМИЦАГП им. академика В.И. Кулакова (г. Москва) проведено дообследование. По результатам молекулярно-генетического исследования (ХМА) патогенного хромосомного дисбаланса не обнаружено. При динамическом УЗИ плода на сроке 19-20 недель выставлен предположительный диагноз: объемное образование пуповины плода – киста пуповины? омфалоцеле, содержащее мочевой пузырь? На сроке 24 недели диагноз уточнен: объемное образование пуповины плода: омфалоцеле, содержащее мочевой пузырь? киста урахуса? По данным МРТ – МР картина соответствует незаращению мочевого протока с формированием кисты пуповины. По результатам исследования ДНК методом клинического секвенирования выявлено носительство мутации в гене *MAMLD1* с неизвестным клиническим значением. В КДО ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница» проводилось динамическое наблюдение. С диагнозом ВПР плода «ПАК» (незаращение урахуса) беременная направлена на родоразрешение в ФГБУ НМИЦАГП им. академика В.И. Кулакова (г. Москва). Роды своевременные, оперативные. Родился живой доношенный мальчик, весом 3 180,0 г., 8-9 баллов по шкале Апгар. После рождения ребенка по результатам обследования диагностирован полный мочевой свищ пупка, что потребовало оперативного лечения. Ребенок прооперирован, в удовлетворительном состоянии выписан домой под диспансерное наблюдение по месту жительства.

Заключение. Представленное наблюдение еще раз подтверждает, что ПАК является редким пороком, но доступным для ультразвуковой пренатальной диагностики в I триместре беременности. При выявлении ПАК во всех случаях необходимо проводить кариотипирование плода для исключения хромосомной патологии.

А.В. Яценко, Е.Н. Маланина, С.С. Чистякова

СЛИЗИСТО-ГНОЙНЫЙ ЦЕРВИЦИТ КАК ВОЗМОЖНАЯ ПРИЧИНА ПЕРИНАТАЛЬНОЙ И АКУШЕРСКОЙ ПАТОЛОГИИ

ГОУ ВПО «Ульяновский государственный университет»
ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»

Актуальность исследования. В России частота внутриутробных инфекций по данным различных авторов колеблется от 6% до 53%, достигая 70% среди недоношенных детей. В структуре перинатальной смертности удельный вес внутриутробной инфекции составляет от 2% до 65,6%. Причиной истмико-цервикальной недостаточности (ИЦН), приводящей к преждевременным родам и/или перинатальным потерям, являются воспалительные заболевания органов малого таза по некоторым данным в 85% случаев.

Цель работы – доказать обоснованность назначения системной антимикробной терапии с целью лечения слизисто-гнойных цервицитов, ассоциированных с теми или иными осложнениями беременности.

Материалы и методы: на базе консультативно-диагностического отделения ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница» было проведено динамическое клиническое наблюдение женщин с осложненными беременностями, ассоциированными со слизисто-гнойным цервицитом. На основании жалоб, анамнеза, клинико-лабораторного обследования представленным пациенткам диагностирован слизисто-гнойный неспецифический цервицит, все обследованы на *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma Genitalium*, *Neisseria Gonorrhoeae*, CMV путем ПЦР-диагностики – результат отрицательный. Критериями эффективности проведенного лечения служило рождение живого доношенного ребенка.

Результаты. I. Беременная Е., 36 лет, соматически здорова, наследственность отягощена по гипертонической болезни. Из анамнеза настоящая беременность пятая. В анамнезе самопроизвольный выкидыш, неразвивающаяся беременность на малых сроках, дважды трубная беременность справа. Данная беременность протекала на фоне цервицита, раннего токсикоза. На сроке беременности 21-22 недели по УЗИ диагностирована ИЦН, которая была скорректирована цервикальным серкляжем в условиях гинекологического отделения после санации влагалища. В 24-25 недель диагностированы неспецифический цервицит, многоводие, односторонняя вентрикуломегалия у плода,

в 27-28 недель – угрожающие очень ранние преждевременные роды. После проведения системной антимикробной терапии по УЗИ на 32-33 неделе отмечалось нормоводие, при прицельной нейросонографии нормальная ширина боковых желудочков, клиническая излеченность цервицита. В 37-38 недель родился живой доношенный ребенок 8-9 баллов по шкале Апгар, весом 3460,0 г.

II. Беременная Р., 33 года, соматические заболевания: хронический пиелонефрит, наследственность отягощена – инфаркт миокарда у отца в 53 года. Из анамнеза: данная беременность четвертая. В анамнезе двое срочных родов живыми плодами и поздний самопроизвольный инфицированный выкидыш в 14 недель, осложнившийся кровотечением, сепсисом, гемотрансфузией. В данную беременность со срока 12-13 недель по УЗИ диагностировано утолщение хориона до 20 мм, «рыхлой» структуры. На 20–21 неделе – маловодие, наличие гиперэхогенной мелкодисперсной взвеси «сладж» феномена. После проведения системной и местной антимикробной терапии, на фоне проведения профилактики СЗРП (прием ацетилсалициловой кислоты 150 мг/сут), в 25-26 недель отмечалось нормоводие, клиническая и лабораторная излеченность слизисто-гнойного цервицита. Исход: рождение доношенного живого ребенка весом 3440 г, 8-9 баллов по шкале Апгар, выписан домой.

III Беременная М., 36 лет. Соматические заболевания: гипотиреоз, хроническая железодефицитная анемия. Наследственность не отягощена. Данная беременность вторая. На сроке 23-24 недели диагностирована односторонняя вентрикуломегалия, умеренно нарастающая двусторонняя в 26-27 недель. Женщина проконсультирована перинатальным консилиумом в ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница». После проведения системной и местной антимикробной терапии при проведении прицельной нейросонографии в 32-33 недели диагностирована нормализация размеров боковых желудочков мозга. В 40 недель родился живой доношенный мальчик весом 3 650 г, 8-9 баллов по Апгар, выписан домой.

Выводы: учитывая вышеизложенное, можно с уверенностью предполагать, что назначенная комплексная терапия цервицитов, в том числе системная антимикробная, может улучшать перинатальные исходы и даёт возможность родить живого доношенного ребенка.

*С.С. Чистякова, Д.Р. Касимова, Ю.К. Куткова,
А.П. Солдатова*

ПРЕНАТАЛЬНАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА СКЕЛЕТНЫХ ДИСПЛАЗИЙ: АХОНДРОПАЗИЯ У ПЛОДА

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

Актуальность: Ахондроплазия – это генетическое заболевание с нарушением в росте костной ткани. В основе лежат генетические изменения, приводящие к нарушениям эндохондрального роста длинных и коротких трубчатых костей. Интеллект и умственное развитие у детей не страдает. В гомозиготном состоянии этот аутосомно-доминантный дефект является летальным. Основная причина смерти – гипоплазия легких в результате сужения грудной клетки. Причиной развития ахондроплазии является мутация гена FGFR3. Пренатальный диагноз ахондроплазии возможен не ранее 22 недели, хотя в большинстве случаев диагноз удастся поставить только к концу беременности.

Цель исследования: изучить течение и исход беременности представленного клинического случая при выявлении ахондроплазии, провести анализ ультразвукового исследования.

Материалы и методы. Ультразвуковое исследование (УЗИ) проводилось в консультативно-диагностическом отделении (КДО) ГУЗ Ульяновская областная клиническая больница (ГУЗ УОКБ) на аппарате экспертного класса VOLUSON E 8 (GE) трансабдоминальным датчиком. Настоящая беременность вторая, протекавшая на фоне угрозы выкидыша на сроке 13-14 недель, выраженного многоводия. Первая беременность в 2016 году закончилась родами, родился здоровый мальчик 3150,0 г. Супруги соматически здоровы, производственных вредностей не имеют. В 12 недель проведен первый пренатальный скрининг – патологии со стороны плода не выявлено. По результатам комбинированного скрининга индивидуальный риск по хромосомной патологии низкий. По УЗИ скринингу второго триместра – фетометрия и анатомия плода в норме.

Результаты. Беременная А., 32 года, была направлена врачом генетиком КДО с целью дообследования. При ультразвуковом исследовании в КДО на сроке 24-25 недель гестации выявлено пропорциональное укорочение всех трубчатых костей. Отставание роста

конечностей от окружности головы и окружности живота составляло 4 недели. В 27 недель гестации диссоциация между фетометрическими показателями соответствовала 7 неделям. Проведена медико-генетическая консультация и женщина направлена на перинатальный консилиум, где был решен вопрос о пролонгировании беременности и углубленном дообследовании после рождения, включая генетическое. В ходе динамического исследования на сроке 32-33 недели отставание роста конечностей от окружности головы и живота составляло 10 недель. Кроме того, обнаружены лицевой дисморфизм, западающая переносица, гиперлордоз, деформация всех трубчатых костей. Полученные при эхографии данные позволили сформулировать пренатальное ультразвуковое заключение: «Фетометрия соответствует 26-41 неделям беременности. Аномалия развития опорно-двигательной системы, в рамках скелетной дисплазии. Высокий риск рождения ребенка с перинатальной синдромальной патологией. Нарастающее многоводие». После рождения ультразвуковой диагноз подтвердился. В результате цитогенетического исследования после рождения: в 9 экзоне гена FGFR3 выявлен вариант: нуклеотидная замена NM_000142.4:c.1138G>A, p.Gly380Arg в гетерозиготном состоянии (глубина покрытия точки x475). Родился в тяжелом состоянии на 39 неделе мальчик, с весом 3150,0 г, по шкале Апгар 5-7 баллов. Тяжесть состояния была обусловлена асфиксией и дыхательной недостаточностью. После лечения в условиях реанимационного отделения и патологии новорожденных выписался в удовлетворительном состоянии домой.

Выводы. В данном клиническом случае ультразвуковой метод позволил поставить правильный диагноз и в дальнейшем определить тактику ведения беременности, провести подробное цитогенетическое исследование, в результате которого выявлена мутация гена FGFR3 у плода.

Таким образом, можно констатировать важность и ценность пренатальной ультразвуковой диагностики в сочетании с цитогенетическим исследованием для выявления пороков развития плода.

Н.И. Кан, Т.А. Тимошенко

HELLP-СИНДРОМ В АКУШЕРСТВЕ (РАЗБОР КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ В УСЛОВИЯХ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА)

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

Актуальность: необоснованность начала HELLP-синдрома повышает риск его непредвиденного начала. Важен факт – некоторые врачи отрицают синдром, подозревая другие заболевания, упуская время родоразрешения – главный критерий лечения. Из-за этого с каждым днем состояние беременной и плода ухудшается.

Цель исследования – изучить особенности течения HELLP-синдрома.

Материалы и методы: проводился анализ историй родов с HELLP-синдромом на базе ГУЗ «Ульяновская областная детская клиническая больница им. политического и общественного деятеля Ю.Ф. Горячева» перинатального центра «Мама». Для решения поставленной задачи были проанализированы 6 историй родов женщин. В 2022 году в перинатальном центре родоразрешено 2609 женщин.

Результаты. За 2022 год диагноз HELLP-синдром выставлен 6 пациенткам, что составило 0,22% от общего числа родов в перинатальном центре. У всех беременных HELLP-синдром возник в сроках 25–34+5 недель гестации. Возрастной состав женщин варьировался от 18 до 40 лет. При сравнении и анализе жалоб и анамнезе данных пациенток нельзя дать общую и определенную характеристику клинической картины HELLP-синдрома. Только у одной беременной проявились боли в эпигастрии и правом подреберье – симптом, характерный для данного синдрома согласно клиническим рекомендациям. У остальных (5 беременных) диагноз «HELLP-синдром» был поставлен на основании лабораторных данных: гемолиз (в крови были обнаружены атипичные формы эритроцитов: шизоциты – у 4 беременных/родильниц из 6, тромбоцитопения – у всех 6 пациенток, увеличение трансаминаз в крови – у всех беременных/родильниц. Наблюдалась анемия у 4 женщин, двум родильницам после родоразрешения проводилась гемотрансфузия (1 родильнице после раннего послеоперационного периода при общей кровопотере 1860 мл перелиты трансфузия СЗП и эритроцитарной взвеси, а другой родильнице – учитывая гемоглобин 57 г/л). Концентрация ЛДГ во всех случаях повышена, максимальные

цифры достигали до 1770,2 ед/л. Была нарушена работа почек в 100% случаев (интервал потери белка от 0,56 г/л до 30 г/л в общем анализе мочи), а также во всех случаях отмечалась протеинемия.

Во всех случаях проводилось преждевременное родоразрешение путем операции кесарева сечения. 2 случая антенатальной смерти плода (1 случай в сроке 25 недель, 2 случай – поступила с ПОНПП). Случаев материнской смерти не было.

В двух случаях HELLP-синдром развился после родоразрешения.

Выводы. HELLP-синдром – это осложнение тяжелой ПЭ, характеризующееся наличием гемолиза эритроцитов, повышением печеночных трансаминаз (АЛТ, АСТ) и тромбоцитопенией. HELLP-синдром возникает у 4-12% женщин с тяжелой ПЭ и является потенциально смертельным ее осложнением (тяжелая коагулопатия, некроз и разрыв печени, кровоизлияние в мозг). У каждой третьей женщины с HELLP-синдромом первые клинические симптомы появляются в первые часы после родоразрешения. Учитывая своевременную постановку диагноза, был выполнен главный критерий лечения HELLP-синдрома – незамедлительное родоразрешение. Роженицы также получили необходимую симптоматическую и патогенетическую терапию. Так как данное заболевание встречается крайне редко и неоднозначно в проявлении клинико-лабораторных данных, дифференциальную диагностику необходимо проводить с различными заболеваниями для устранения сомнений при постановке окончательного диагноза.

*Ю.В. Гулей, Ю.В. Сидорова, Л.Ю. Давидян, Ю.В. Выборнова,
А.Ю. Богдасаров*

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГИГАНТСКОЙ МИОМЫ МАТКИ

ООО Медицинская компания «Мой Доктор»
ГУЗ «Центральная клиническая медико-санитарная часть
имени заслуженного врача России В.А. Егорова»

Актуальность. Лейомиомы или миомы являются наиболее распространенными доброкачественными опухолями малого таза у женщин, которые растут моноклонально из гладкомышечных клеток матки [1]. Такие опухоли встречаются почти у 50% женщин старше 35 лет [2]. Поскольку патогенез этих опухолей остается неясным, были выявлены факторы риска, такие как положительный

семейный анамнез, генетические изменения и факторы образа жизни (курение, ожирение, дислипидемия, питание, физические упражнения и медицинская контрацепция) [3]. Поскольку у многих женщин отсутствуют явные клинические проявления, особенно это касается небольших опухолей, число недиагностированных миом матки достаточно велико [4]. Женщины с симптомами чаще всего страдают от аномальных маточных кровотечений (мено- или метроррагия и полименорея), а также от дисменореи. Другие частые симптомы включают диспареунию или хроническую ациклическую тазовую боль. При продолжающемся и интенсивном росте миоматозные узлы могут вызывать симптомы, связанные с компрессией, такие как одышка, частое мочеиспускание или жалобы на запоры [5]. Однако на фоне соматической патологии, при отсутствии маточных кровотечений или в постменопаузальном периоде, эти проявления женщина не связывает с заболеваниями репродуктивных органов. В таких случаях миома матки может оставаться неконтрольной и вырастать до гигантских размеров.

Клинический случай. В нашу клинику обратилась пациентка 45 лет с жалобами на выраженную слабость, быструю утомляемость, одышку. Данные жалобы стали беспокоить пациентку в течении последних 6 месяцев, также стали беспокоить боли внизу живота, и обильные менструации по 10-12 дней. В марте 2013 года проводилась миомэктомия. Гормонального лечения после операции пациентка не получала. Женщина ежегодно проходила профилактический гинекологический осмотр, УЗИ гениталий. Патологии выявлено не было. Гинекологический анамнез: менархе с 13 лет, менструации по 5 дней, регулярные, безболезненные. Беременностей 7: двое родов, 5 аборт. Контрацепция барьерная. Прием гормональных препаратов отрицает. Из сопутствующих заболеваний: артериальная гипертония 2 степени, риск 3, ожирение II. Лекарственные препараты на постоянной основе не принимает.

В нашей клинике был проведен предварительный физикальный осмотр, который показал удовлетворительное общее состояние. Предоперационный индекс массы тела (ИМТ) пациентки составлял 34,1 кг/м². Грыж или варикозного расширения вен живота не было. Трансабдоминальное УЗИ показало: матка шаровидная, размерами 290×180×200мм. Жидкости в малом тазу не выявлено. В рамках предоперационного обследования была проведена срочная компьютерная томография (КТ), которая выявила большую опухоль, полностью занимающую брюшно-тазовую полость. На компьютерной томографии опухоль имела размеры 30×25×20 см (внутренний диаметр)

и не могла быть заметно отделена от полости матки. Масса оказалась неоднородной, содержащей кистозные и некротические участки наряду с твердыми компонентами. Лимфатических узлов не наблюдалось. Онкомаркеры были в пределах нормы. После соответствующей подготовки была проведена лапаротомия, в ходе которой из брюшной полости и малого таза извлечена матка размерами 30×25×20 см. При разрезе узловое образование имело неоднородное содержимое, больше похожее на жир. Во время операции взят бакпосев из узла – роста микрофлоры не выявлено. Вес матки вместе с узловым образованием 15 кг. Сращений с органами брюшной полости и кишечника не наблюдалось. Яичники были сохранены, визуальных изменений их структуры не было; круглые связки, маточные трубы были утолщены. Была выполнена тотальная абдоминальная гистерэктомия в сочетании с двусторонней сальпингэктомией, без яичников. После операции была подтверждена двусторонняя перистальтика мочеточников. Интраоперационная кровопотеря составила 300 мл. Послеоперационный период протекал без осложнений с быстрым выздоровлением.

Для проведения гистопатологического исследования был выполнен разрез (всего 20 блоков), срезы ткани были окрашены гематоксилином и эозином и исследованы под световым микроскопом. В препаратах тела матки были описаны структуры липолейомиомы, представленной веретеновидными клетками с крупными и относительно мономорфными светлыми ядрами и слабоэозинофильной цитоплазмой, формирующими разнонаправленные фиброзно – мышечные пучки, местами разделенные склерозированной и гиализированной стромой с наличием фокусов липоматоза, признаками дисциркуляторных нарушений в виде очаговых некрозов. Признаков злокачественности обнаружено не было. При проведении иммуногистохимического обследования экспрессии рецепторов прогестерона и эстрогена не обнаружено. При проведении бактериологического исследования с разреза миоматозных узлов активного роста флоры не выявлено.

Обсуждение. Таким образом, миома матки может расти незаметно, не вызывая специфических симптомов, зачастую диагностироваться случайно и или когда опухоль достигнет огромных размеров. Самая большая миома, по данным литературных источников, весила 63,3 кг и была обнаружена при вскрытии. Компьютерная томография в настоящем случае необходима для определения степени опухоли и оценки вероятности злокачественности. Ультразвуковое исследование является предпочтительным методом для первичной оценки из-за его повсеместной доступности и неинвазивности [6]. Поскольку

в приведенном случае наблюдался стремительный рост опухоли, она переросла свое кровоснабжение, вследствие чего имелись выраженные дегенеративные изменения и относительно небольшая кровопотеря во время операции.

Профилактика развития гигантских миом при тщательном наблюдении и ранней хирургической терапии у женщин с прогрессирующей миомой является клиническим золотым стандартом. В России хирургическая гистерэктомия проводится в 59,9% всех случаев [7]. Это лежит в основе того факта, что опухоли матки являются важной причиной госпитализации у женщин. Вышесказанное подтверждает необходимость проведения ежегодных медицинских осмотров и объективной оценки факторов риска, способных провоцировать рост миоматозных узлов.

Заключение. Данный клинический случай является не единичным, когда идет быстрый рост миоматозных узлов, без каких-либо явных клинических проявлений и при проведении стандартных исследований причина остается не ясна. Недооценка миомы матки разных размеров и ее роль в репродуктивном здоровье и качестве жизни, остаются проблемой, требующей специальных знаний и междисциплинарного сотрудничества. Тем не менее, эти доброкачественные опухоли можно лечить без осложнений при правильной диагностике и хирургическом опыте.

Литература.

1. Кондриков, Н.И. Патология матки/Н.И. Кондриков, И.В. Баринаева//Руководство для врачей, 2-е изд. М.: Практическая медицина – 2019 – 362 с.
2. Тайц, А.Н. Современные представления о патогенезе миомы матки/А.Н. Тайц, Н.Н. Рухляда, В.И. Матухин, А.Д. Сомова, К.А. Дудова//Педиатр – 2019 – Т.10(1). – С. 91–93.
3. Леваков, С.А. Персонифицированный подход к ведению пациенток с миомой матки/С.А. Леваков, П.В. Буданов, О.В. Зайратьянц, Х.Р. Мовтаева, Г.Я. Азадова, С.Е. Левакова// Акушерство и гинекология. – 2019 – №12 – С.174-182.
4. Адамян, Л.В. Миома матки: диагностика, лечение и реабилитация. Клинические рекомендации по ведению больных/ Л.В. Адамян//М.: Изд-во Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова – 2015 – 100 с.
5. Пономаренко, И.В. Современные представления об этиопатогенезе и факторах риска лейомиомы матки / И.В. Пономаренко, М.И. Чурносов//Акушерство и гинекология – 2018 – №8 – С.27–32.

6. Буянова, С.Н. Ультразвуковая диагностика при планировании органосберегающих операций по поводу миомы матки// С.Н. Буянова, Н.А. Шукина, М.А. Чечнева, Е.Л. Бабунашвили// Российский вестник акушера-гинеколога. – 2018 – Т.18(6) – С. 83-87.
7. Каробекова, Д.А. Хирургическое лечение больных с миомой матки//Д.А. Каробекова, Ш.Х. Рахматулова, Ч.Б. Сафаров// Вестник Авиценны. – 2014 – №2 – С.79–83.

*Е.С. Спиридонова, А.Ю. Богдасаров, Д.В. Олейникова,
Л.Ю. Давидян*

РАЗРАБОТКА И ВАЛИДАЦИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ ШКАЛЫ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ВРВМТ

**ООО Медицинская компания «Мой Доктор»
ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»**

Актуальность исследования. Варикозная болезнь вен малого таза – впервые описанное в 1949 г. патологическое состояние, которое может служить причиной нарушения функции тазовых органов и нередко сопровождается развитием синдрома хронической тазовой боли, который существенно снижает качество жизни женщины [1]. Несмотря на то, что в современной гинекологии гиперменструальный синдром, сопровождающийся дисменореей и приводящий к анемизации женщины, достаточно часто встречающаяся патология [2], часто на первичном приеме не уделяется особое внимание диагностике ВРВМТ.

В связи с изложенным, **цель нашего исследования** – создание шкалы оценки тяжести заболевания.

Материал и методы исследования. Для выполнения поставленной цели создана шкала, согласно которой каждое из 10 проявлений ВБТ оценивали в зависимости от выраженности объективных и субъективных признаков от 0 до 3 баллов следующим образом: 0 баллов – отсутствие симптома, 1 балл – эпизодическое появление симптома, 2 балла – постоянный симптом без снижения уровня КЖ, 3 балла – выраженный симптом, снижающий КЖ.

Признак	Бальная оценка признака			
	0	1	2	3
1. Боль в животе	0 – нет	1 – редкая, не требующая анальгетиков	2 – ежедневная с умеренным ограничением активности, эпизодически – анальгетики	3 – ежедневная с выраженным ограничением активности
2. Тяжесть в животе	0 – нет	1 – редкая	2 – ежедневная, во второй половине дня или после физических нагрузок	3 – ежедневная, постоянная
3. Дискомфорт в животе	0 – нет	1 – редкий	2 – ежедневный, во второй половине дня или после физических нагрузок	3 – ежедневный, постоянный
4. Боли в крестце и копчике	0 – нет	1 – редкие	2 – появляются при длительном сидении	3 – появляются быстро в сидячем положении
5. Дизурические расстройства	0 – нет	1 – редкие	2 – в конце рабочего дня или при физической нагрузке	3 – при незначительной физической нагрузке
6. Атипичный варикоз	0 – нет	1 – на наружных половых органах	2 – также в промежности, в нижних отделах живота и над лоном	3 – также в паховых областях, на задней поверхности бедра, ягодицах
7. Диспареуния	0 – нет	1 – редкая	2 – постоянная во время интимной близости	3 – постоянная во время интимной близости, а также сохраняющаяся после нее
8. Нарушение менструального цикла	0 – нет	1 – редкое	2 – обильные или нерегулярные кровотечения, с умеренно выраженным предменструальным синдромом	3 – длительные обильные или нерегулярные кровотечения, которым предшествует предменструальный синдром, нарушающий трудоспособность
9. Болезненная гиперчувствительность области промежности	0 – нет	1 – редкая	2 – не каждый день	3 – ежедневная
10. Отечность промежности	0 – нет	1 – редкая	2 – в конце рабочего дня при значительной физической нагрузке	3 – при незначительной физической нагрузке

Результаты исследования. При наиболее развернутом течении заболевания пациентка набирает 30 баллов, при полном отсутствии признаков ВБТ – 0 баллов. После вычисления интегрального показателя или индекса шкалы тяжести интерпретацию его проводят следующим образом: 1–10 баллов – легкая степень заболевания, 11–20 – средняя степень заболевания, 21–30 – тяжелая степень заболевания.

В процессе оценки основных психометрических свойств шкалы приняло участие 184 человек возрастом от 19 до 55 лет (ср. $35,0 \pm 6,8$ лет). Все исследуемые были женского пола и, в зависимости от состояния венозных коллекторов, составляли 2 группы. В основную группу было включено 89 пациенток с диагностированной ВБТ, в группу сравнения – 95 респондента без признаков ВБТ.

При общей оценке тяжести заболевания легкая степень ВБТ была диагностирована у 50 пациенток, средняя – у 33 исследуемых, тяжелая – у 6 больных. Из группы здоровых у большинства участниц показатель шкалы был равен 0. У 95 анкетированных из группы здоровых пациенток величина показателя составила от 1 до 4, что, согласно данной шкале, можно было расценить, как легкую степень нарушения здоровья.

Выводы. Таким образом, расспрос и осмотр пациентки в соответствии с пунктами шкалы напоминает врачу обо всех необходимых исследованиях, которые он должен предпринять для тщательного ее обследования. После заполнения шкалы исследователь суммирует полученные баллы с вычислением суммарного показателя шкалы. Оптимальному состоянию пациентки соответствует минимальное количество баллов: чем выше полученный балл, тем интенсивнее проявляется заболевание.

Литература.

1. Гаврилов С.Г., Сажин А.В., Красавин Г.В., Москаленко Е.П., Мишакина Н.Ю., 2020; О.И. Наболотный, Ю.М. Гупало, Е.Е Швед, В.Г. Гурьянов, 2019 и др.
2. Соловьева А.В., Чегус Л.А., 2020; Munro M.G., Critchley H.O.D., Fraser I.S., 2018.

Ю.В. Сидорова, Ю.В. Гулей, Л.Ю. Давидян, А.Ю. Богдасаров

РОЛЬ ЭНДОКРИНОПАТИЙ В КЛИНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ МИОМЫ МАТКИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

ООО Медицинская компания «Мой Доктор»
ГУЗ «Центральная клиническая медико-санитарная часть
имени заслуженного врача России В.А. Егорова»

Актуальность. В XXI веке, патология эндокринной системы является одной из значимых причин возникновения заболеваний сердечно-сосудистой системы, гастропатий, неврологических патологий и проблем репродуктивной системы [1]. Среди эндокринопатий первое место занимает ожирение, затем патологии щитовидной железы и сахарный диабет [2,3]. По последним оценкам ВОЗ, более 1 млрд. человек в мире имеют избыточный вес. В России в среднем 30% лиц трудоспособного возраста имеют ожирение различной степени и 25% избыточную массу тела [2]. Согласно статистике, нарушениями в работе щитовидной железы страдает до трети всего населения планеты. Более 740 млн. человек в мире имеют эндемический зоб или страдают другой тиреоидной патологией; 1,5 млрд. человек сталкиваются с риском развития йододефицитных заболеваний [3]. Что касается диабета, то преобладает диабет второго типа, тесно коррелирующий с ожирением [4]. Большинство указанных эндокринных нарушений сопровождаются изменениями фолатного обмена [5]. На фоне перечисленных эндокринных заболеваний наиболее часто встречаемой патологией репродуктивной системы является миома матки, развитие которой сопровождается нарушениями менструальной и репродуктивной функций [6,7].

В связи с изложенным, **целью нашего исследования** явилась оценка частоты встречаемости эндокринопатий у женщин с симптомной миомой матки.

Материал и методы исследования – было проведено когортное проспективное исследование 160 женщин с миомой матки (основная группа), контрольную группу составили 78 женщин без патологии репродуктивной системы репродуктивного возраста, наблюдающихся амбулаторно, в условиях ГУЗ «Городская больница №2», женской консультации г. Ульяновска, МЦ «Мой доктор» за 2020–2022 гг. Отметим, что диагноз миома матки у 28 (36,2%) был диагностирован ранее, у 51,04 (63,8%) выявлен впервые, при обращении за медицинской помощью. Полученные результаты статистически обрабатывались методом

дисперсионного анализа (ANOVA) для повторных измерений, статистически значимыми результаты считались при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Из сводной информации, полученной в ходе исследования, было установлено, что у женщин с миомой матки достаточно часто определялось ожирение. Таких пациенток в основной группе было 24 (30)%, в контрольной группе – 10 (12,8)%, $p = 0,021$. Важно отметить, что патология щитовидной железы с изменениями гормональных параметров отмечалась у 28 (35%) пациенток основной группы, в контрольной группе у 15 (19%) женщин регистрировался эутиреоидный зоб без изменений концентрации тиреоидных гормонов ($p = 0,021$). Кроме того, у пациенток с симптомной миомой матки было отмечено изменение фолатного обмена: у 30 (40%) из них выявилась гипергомоцистеинемия (ГГЦ). У остальных 48 (59,6%), миома матки диагностировалась на фоне нормального содержания гомоцистеина (ГЦ) и не сопровождалась клиническими проявлениями.

Таким образом, у женщин с миомой матки статистически значимо чаще имелись метаболические нарушения (ожирение различной степени тяжести), изменения функции щитовидной железы (преимущественно гипотиреоз) и нарушения фолатного обмена (гипергомоцистеинемия).

Все изложенное укладывается в предположение о возможной взаимосвязи эндокринопатий с фолатным циклом, а также возможном участии фолатного цикла в формировании и развитии миомы матки.

Выводы. Женщины с симптомной миомой матки статистически значимо чаще страдают ожирением, патологией щитовидной железы и гипергомоцистеинемией.

Литература.

1. Мельниченко, Г.А. Ожирение в практике эндокринолога/ Г.А. Мельниченко//Рос. мед. журн. – 2001 – 9 (2) – С. 82-87.
2. Дедов, И.И. Жировая ткань как эндокринный орган/ И.И. Дедов, Г.А. Мельниченко, С.А. Бутрова//Ожирение и метаболизм – 2006 – №1 – С. 7–13.
3. Купина, А.Д. Особенности развития репродуктивных нарушений у женщин с аутоимунным тиреоидитом/А.Д. Купина, Ю.А. Петров, А.Е. Шаталов//Современные проблемы науки и образования. – 2020. – №1.
4. Айламазян, Э.К. Сахарный диабет и репродуктивная система женщины: руководство для врачей/Э.К. Айламазян, Е.И. Абашова, О.Н. Аржанова//Москва: ГЭОТАР-Медиа – 2017 – 432 с.

5. Бутенко, А.В. Гомоцистеин: влияние на биохимические процессы в организме человека/А.В. Бутенко//Молодой ученый. – 2016 – №1 – С. 78-82.
6. Киселев, В.И. Гиперпластические процессы органов женской репродуктивной системы: теория и практика/ В.И. Киселев, И.С. Сидорова, А.Л. Унанян, Е.Л. Муйжнек//М.: МЕДПРАКТИКА-М – 2010 – 468 с.
7. Буянова, С.Н. Современные аспекты роста миомы матки/ С.Н. Буянова, Н.В. Юдина, С.А. Гукасян, М.В. Мгелишвили// Российский вестник акушера-гинеколога – 2012 –12(4) – С. 42–48.

*М.А. Иглина, Е.И. Завьялова, П.С. Савельев,
Д.М. Измайлова*

ХРОНИЧЕСКИЙ ЭНДОМЕТРИТ КАК МАРКЕР НЕБЛАГОПОЛУЧНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ИСХОДОВ

**ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»
ГУЗ «Городская клиническая больница
святого апостола Андрея Первозванного»**

Актуальность рассматриваемой проблемы. Особенности репродуктивного поведения современных женщин – беременность в позднем репродуктивном возрасте, что требует качественной прегравидарной подготовки и профилактики неблагоприятных исходов беременности. В этих условиях очень важно состояние эндометрия. Но, как правило, к этому времени женщина уже имеет опыт встречи с урогенитальной инфекцией и, при снижении резистентности, воспаление эндометрия. Усугубляют ситуацию неблагоприятный репродуктивный анамнез – аборт, неразвивающиеся или прервавшиеся беременности и выскабливания полости матки.

В последние годы наблюдается тенденция к повышению количества женщин с воспалительными болезнями женских тазовых органов. По данным 2021 года, на территории Ульяновской области зарегистрировано 30 626 случаев воспалительных болезней женских тазовых органов (у 5,6% всех женщин репродуктивного возраста), что на 500 (1,62%) случаев больше, чем в предыдущем году. Заслуживает внимание и то, что 14 810 воспалительных

болезней были диагностированы впервые, из них 13 534 (91,38%) случаев составляет воспаление эндометрия.

Цель исследования – выявить факторы риска развития патологии эндометрия и их взаимосвязь с развитием бесплодия.

Методы исследования – проведено ретроспективное исследование в отделении гинекологии ГУЗ «Городская клиническая больница святого апостола Андрея Первозванного» – разобраны 26 клинических случаев. Всем пациенткам был выставлен диагноз «бесплодие» и они были направлены в стационар для исключения патологии эндометрия для проведения гистероскопии в плановом порядке.

Результаты проведенного исследования: все пациентки исследуемой группы, обратившиеся в стационар – позднего репродуктивного возраста: 2 женщины до 30 лет (7,7%), 21 пациентка в возрасте от 30 до 40 лет (80,76%), 3 женщины старше 40 лет (11,5%).

Более половины пациенток (n=23, 88,4%) имели отягощённый акушерский анамнез: у 9 (34,6%) женщин в анамнезе был выкидыш, из них 4 (15,38%) пациентки имели неоднократные потери беременности, у 7 (26,92%) женщин была эктопическая беременность, 2 (7,69%) женщины делали хирургический аборт до 12 недель, у 4 женщин (15,38%) в анамнезе были неразвивающиеся беременности и у 1 (3,84%) синдром привычной потери беременности.

Менструальная функция у большей части пациенток (n=16, 61,5%) не нарушена, у 10 (38,5%) обследованных женщин в анамнезе были нерегулярные менструации и аномальные маточные кровотечения.

Инфекционный скрининг обследованных женщин не подтвердил наличия микрофлоры в половых путях всех женщин, обратившихся на гистероскопию.

Несмотря на малосимптомную клинику, при проведении гистероскопии у 9 (34,61%) пациенток диагностирован эндометрит (ярко-розовая слизистая при интраоперационном осмотре, патоморфологически – признаки эндометрита), у 4 (15,4%) женщин выявлены гиперпластические процессы, что визуально оценено как неоднородный эндометрий неравномерной толщины (патоморфологически – полип эндометрия), у 4 (15,4%) в полости матки выявлены лигатуры после предшествующего оперативного родоразрешения. Все эти состояния объясняют несостоятельность эндометрия и подтверждают бесплодие маточного происхождения у 65,3% (n=17) из обратившихся женщин.

Выводы. Гистероскопия является обязательным методом не только в диагностике и лечении бесплодия маточного происхождения, но и на этапе прегравидарной подготовки всем пациенткам с неблагоприятным репродуктивным анамнезом.

М.А. Иглина, Ю.К. Куткова, Е.И. Завьялова, А.Ю. Осипова

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕНАТАЛЬНОГО СКРИНИНГА В ДИАГНОСТИКЕ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ПЛОДА В УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ИТОГАМ 2022 ГОДА

**ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»
ГУЗ «Ульяновская областная детская клиническая больница
им. политического и общественного деятеля Ю.Ф. Горячева»
ГУЗ «Городская клиническая больница
святого апостола Андрея Первозванного»**

Актуальность рассматриваемой проблемы. В Ульяновской области наблюдается тенденция к снижению количества беременных женщин. Поэтому особо остро стоит вопрос прогнозирования и профилактики неблагоприятных исходов беременности. Одним из эффективных инструментов в решении данной задачи является пренатальный скрининг. В 2022 г. в нашем регионе на учет по беременности в женскую консультацию было взято 9 131 женщин. 8228 (90,1%) женщин прошли комплексный пренатальный скрининг в сроке 12–14 недель. Из всех обследованных 228 (2,7%) были отнесены в группу высокого риска по патологии у плода. В группе риска у 222 плодов были анатомические дефекты (ВПП) (97,4%), 6 плодов (2,6%) имели хромосомные заболевания «эхографически немые», выявленные благодаря расчёту рисков с использованием автоматизированной программы «Astraia», что свидетельствует о необходимости комплексной оценки биохимических и ультразвуковых маркеров патологии. У всех женщин с подозрением на ВПП проведены дополнительные исследования: НИПТ (неинвазивный пренатальный тест) и инвазивная диагностика (биопсия ворсин хориона с кариотипированием). По результатам патологического кариотипа у 74 женщин (32% из группы высокого риска) беременность была прервана по медицинским показаниям в сроке до 22 недель гестации. Из них на 28 клинических случаев мы остановимся детально.

Цель исследования – определить эффективность пренатального скрининга, выявить факторы риска развития врожденной патологии плода.

Методы исследования: проведено ретроспективное исследование 28 карт беременных женщин с прерванными беременностями, по поводу ВПР плода, в отделении гинекологии ГУЗ «Городская клиническая больница имени святого апостола Андрея Первозванного».

Результаты проведенного исследования. Все 28 беременных женщин состояли в браке. Большая часть из них (n=20,71%) были старше 30 лет. Вирусный след выявлен у 10 женщин: 6 (21%) перенесли COVID-19, 4 (14%) переболели ветряной оспой до наступления данной беременности.

При анализе УЗИ маркеров 1-го скрининга у 7 плодов (25%) было выявлено увеличение толщины воротникового пространства, у 5 плодов (18%) аплазия носовой кости. Все беременные с УЗИ маркерами ВПР прошли пренатальное кариотипирование: у 4 плодов (14%) результатом был кариотип соответствующий трисомии 21 хромосомы, у 3 плодов (11%) – трисомии 18 хромосомы, у 1 плода (4%) трисомии 18 хромосомы, что после прерывания было подтверждено данными патологоанатомического исследования. По данным пренатального УЗИ были выявлены следующие ВППП: у 1 плода (4%) на УЗИ выявлены множественные ВППП: омфалоцеле, неимунная водянка плода (при пренатальном кариотипировании – кариотип с трисомией по 18 хромосоме, что позже было подтверждено данными патологоанатомического исследования); у двух плодов (7%) аплазия червя мозжечка, нарушение архитектоники (патологоанатомический диагноз «синдром Денди-Уокера»); у одного плода (4%) изменена анатомия черепа, мозжечок смещен в сторону большого затылочного отверстия (патологоанатомический диагноз: синдром Арнольда-Киари); у одного плода (4%) отсутствовала визуализация, почек, мочевого пузыря (при патологоанатомическом исследовании: агенезия почек, мочеточников, мочевого пузыря и аплазия почечных артерий). Все пороки – несовместимые с жизнью. Прерывание беременности по медицинским показаниям проводилось медикаментозным методом, с последующим патоморфологическим исследованием плода и выскабливанием полости матки. Результат патоморфологического исследования полностью соответствовал кариотипу.

Выводы. Благодаря проведению комплексного пренатального скрининга, в 2022 году удалось предотвратить рождение 74 детей с пороками, несовместимыми с жизнью. К факторам риска ВПР можно отнести поздний репродуктивный возраст и перенесенные вирусные заболевания.

С.А. Захаревский, А.С. Коновалова

АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ ЗАПУЩЕННЫХ ФОРМАХ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

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

Актуальность. Рак шейки матки в настоящее время занимает одну из лидирующих позиций в структуре онкозаболеваний у женщин за счет поздней диагностики заболевания, неудовлетворительных результатов лечения и высокой частоты рецидивов и их неизлеченности, ведущими к летальному исходу даже после специализированного лечения. Неоперабельные опухоли шейки матки у 60-70% пациенток осложняются эпизодами кровотечения. Массивные кровотечения имеют место в 11% случаев и служат причиной смерти у 6% пациенток. [5].

Цель исследования – выбор альтернативного метода хирургического гемостаза у пациентов с кровотечениями при запущенной онкопатологии шейки матки.

Материал и методы. В гинекологическом отделении ГУЗ «Ульяновский областной клинический центр специализированных видов медицинской помощи имени заслуженного врача России Е.М. Чучкалова» ежегодно проходит порядка 20 запущенных форм рака шейки матки, сопровождающихся массивным кровотечением. В половине случаев с целью остановки кровотечения мы проводим хирургическую перевязку внутренних подвздошных артерий с обеих сторон, что приводит к снижению летальности от массивного кровотечения, тем самым пролонгируя жизнь пациенток. Но хирургическая перевязка ВПА трудоемкая, технически сложная, травматичная, что определяется глубоким расположением этих сосудов и наличием в малом тазу распространенной опухоли и инфильтратов, и требует вызова специалистов (сосудистых хирургов) при крайней степени кровотечения. Кроме того, проксимальная перевязка ВПА вызывает быстрое развитие коллатералей и нередко сопровождается рецидивом кровотечения.

В последнее десятилетие рентгеноэндоваскулярная окклюзия (или эмболизация артериального русла) получила широкое распространение в лечении различных заболеваний опухолевой и неопухолевой природы, используется для остановки кровотечений, коррекции нарушений функции органов. На первом этапе лечебного

эндovasкулярного вмешательства при кровотечении из опухолей шейки матки выполняют диагностическую ангиографию, целью которой является выявление особенностей кровоснабжения новообразования. Эмболизация артериального сосуда, питающего пораженный злокачественной опухолью орган, приводит к гемостазу, некрозу опухоли и замедлению ее роста. Из-за невозможности идентифицировать кровоточащий сосуд на ангиограммах и большого числа коллатералей необходимо окклюзировать все артерии, кровоснабжающие опухоль. В целом, артериальная эмболизация с целью остановки кровотечения при раке шейки матки эффективна лишь у 75% пациенток, т.к. опухоль шейки матки кровоснабжается лишь несколькими проникающими ветвями маточной артерии (шеечно-влагалищными) и анастомозирующими с ними влагалищными ветвями внутренней половой артерии. Рецидив геморрагии наблюдается в 10–30% случаев и зависит от скорости прогрессирования опухоли и от эффективности дальнейшего лечения. [1-4]

Результаты.

1. Оптимальным методом лечения рака шейки матки является радикальная хирургическая операция, однако в большинстве случаев пациентки обращаются за медицинской помощью уже в запущенных стадиях и на этапе госпитализации в экстренное гинекологическое отделение случайно диагностируют данное заболевание.
2. В большинстве случаев в ургентной гинекологии пациенткам с раком шейки матки оказывают малоэффективную системную гемостатическую терапию, гемотрансфузию и локальные методы гемостаза (тугая тампонада влагалища с применением гемостатической губки). У 45% пациенток остановка кровотечения происходила после проведения гемостатической терапии (внутривенное введение раствора Транексамовой кислоты, свежезамороженной плазмы, тугая тампонада влагалища). У остальных пациенток гемостатическая терапия не дала ожидаемых результатов, что послужило показанием для проведения экстренного оперативного вмешательства (перевязка внутренних подвздошных артерий). Однако данная процедура является трудоемкой, технически сложной, травматичной и требует вызова специалистов (сосудистых хирургов).
3. Артериальная окклюзия рентгенэндovasкулярным методом является малотравматичным, высокоинформативным и достаточно эффективным способом хирургического гемостаза. И к тому же данный метод хирургического гемостаза

более экономически выгоден для стационара (стоимость оплаты по ОМС хирургической перевязки внутренней подвздошной артерии 62 902 руб. (код операции по КСГ А16.12.014.004), рентгеноэндоваскулярный метод артериальной окклюзии маточной артерии 188 972 руб., код по КСГ А16.20.051.002)

Выводы.

1. Имеющиеся в настоящее время литературные данные свидетельствуют о несомненной эффективности малотравматичного метода рентгеноэндоваскулярной эмболизации внутренних подвздошных и маточных артерий в составе комплексного и комбинированного лечения, а также самостоятельного симптоматического и паллиативного метода в лечении злокачественных опухолей матки, осложненных кровотечением;
2. Необходимо решить вопрос о маршрутизации пациенток с запущенными формами рака шейки матки, чтобы профилактировать эпизоды массивных кровотечений в специализированные рентгеноэндохирургические отделения.

Список литературы.

1. Жаринов Г.М., Таразов П.Г. Регионарная внутриартериальная химиотерапия злокачественных образований. Вестн рентгенол 1999;(1):48–52.;
2. Homma H.T., Doi T., Mezawa S. A novel arterial infusion chemotherapy for the treatment of patients with advanced pancreatic carcinoma after vascular supply distribution via superselective embolization. Cancer 2000;89:303–13.;
3. Bode M.K., Tikkakoski T., Johansson J. Lymphoma of the cervix. Imaging and transcatheter arterial embolization. Acta Radiol 2002;43:431–2.;
4. Johansson M., Norback O., Gal G. Clinical outcome after endovascular coil embolization in elderly patients with subarachnoid hemorrhage. Neuroradiology 2004;46:385–91. 6. Di Stefano D.R., de Baere T., Denys A. Preoperative.

*И.В. Кожевникова, Н.Л. Семенова, О.В. Мысина,
Э.О. Соломянный*

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ МИОМЕ МАТКИ

ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска»

Миома матки – самая распространённая доброкачественная гормонозависимая опухоль, растущая из незрелых миоцитов. Течение беременности на фоне миомы матки больших размеров осложняется большим процентом потерь беременности.

Клинический случай. Пациентка Д., 42 года, поступила в гинекологическое отделение ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска» 25.06.2022 года с диагнозом «беременность IV, 17-18 недель. Угроза прерывания беременности. Миома матки больших размеров. Анемия легкой степени».

Из гинекологического анамнеза выявлено своевременное наступление менархе и нормальный менструальный цикл. Одни роды, два аборта. Из гинекологических заболеваний: миома матки в течение 3 лет, от оперативного лечения отказывалась. Последняя менструация 20.02.2022. На диспансерном учете по поводу беременности с 9 недель. Беременность протекала без особенностей.

22.06.2022 появились боли внизу живота, самостоятельно не лечилась. При осмотре состояние удовлетворительное, телосложение правильное, кожные покровы и слизистые обычной окраски. ЧД 17 в минуту, пульс 78 уд/минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, артериальное давление 120/80 мм рт.ст., Т36,6 °С. Живот мягкий, увеличен за счет беременной матки до 20 недель беременности, по передней стенке матки пальпируется узел 10×17 см, умеренно болезненный. Влагалищное исследование: «Наружные половые органы развиты правильно. Слизистая розовая. Шейка матки до 4 см, плотная, отклонена кзади, наружный зев закрыт. Матка увеличена до 20 недель беременности, в нормотонусе, по передней стенке матки пальпируется узел 10×17 см, умеренно болезненный. Придатки не увеличены. Выделения из половых путей светлые, слизистые. Данные УЗИ плода: в полости матки плод. Предлежание тазовое. БПД 37,3 мм-17 нед. 2 дня. Движение +. ЧСС плода ритмичное 148 уд в мин. ВСС 40 мм, околоплодные воды прозрачные. Плацента по задней стенке, нижний край у внутреннего зева. Признаков отслойки не выявлено. Внутренний зев закрыт. Длина шейки матки 36 мм. Тонус

матки обычный. По передней стенке определяется узел 160×124×98 мм с аноэзогенными включениями».

С учетом заинтересованности пациентки в сохранении беременности в клинике начато лечение, направленное на ее пролонгирование (прогестерон микронизированный, спазмолитики), антианемическая терапия.

На фоне проводимого лечения болевой синдром не купировался, появились признаки воспалительной реакции в ОАК (лекоцитоз, палочкоядерный сдвиг). УЗИ гениталий от 30.06.2022 в полости матки плод, предлежание головное. БПД 40 ммм–18 недель. Движение +. ЧСС плода ритмичное 148 уд в мин. ВСС 50 мм, околоплодные воды прозрачные. Плацента по задней стенке, нижний край у внутреннего зева. Толщина плаценты 26 мм. Признаков отслойки не выявлено. Внутренний зев закрыт. Длина шейки матки 36 мм. По передней стенке интрамуральный узел 177×107×98 мм, деформирующий контур матки, неоднородной структуры, с множественными аноэзогенными включениями по всему узлу, размерами максимально до 47 мм, по контуру узла отмечается кровоток артериальный и венозный. 01.07.2022 решением консилиума выполнена нижнесрединная лапаротомия, миомэктомия (без вскрытия полости матки). При ревизии органов брюшной полости: матка увеличена до 17-18 недель беременности, в области дна миоматозный узел на ножке 18×20 см, мягковатой консистенции. Миоматозный узел удален, ложе ушито атравматичной рассасывающейся нитью. Кровопотеря 100 мл. Интраоперационно проводилась инфузия гексопреналина. Послеоперационный период протекал без осложнений. Результат гистологического исследования: ткань миоматозного узла с некрозом, обильной лейкоцитарной инфильтрацией.

11.07.2022 пациентка выписана в удовлетворительном состоянии с прогрессирующей беременностью.

Беременность завершилась 03.11.2022 оперативными родами в сроке 36-37 недель в связи с преждевременным отхождением околоплодных вод. Родилась живая девочка массой 2900 г. Истончения миометрия в области рубца не было.

Несмотря на благоприятный исход вышеописанного случая, необходимо отметить, что своевременная диагностика опухолевидных образований женской половой сферы позволяет выявлять их на ранних стадиях возникновения, тем самым создавая возможности для терапии, направленной на предупреждение роста узлов, неблагоприятно влияющих на течение гестационного процесса в последующем.

*Т.Ю. Корнилова, О.Н. Белоглазова, Д.Ш. Галяутдинов,
А.О. Грунюшкин*

НОВАЯ КОРОНАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ И БЕРЕМЕННОСТЬ: ОЖИДАЕМОЕ И РЕАЛЬНОСТЬ

**ФГБОУ ВПО «Ульяновский государственный университет»
ГУЗ «Городская клиническая больница
святого апостола Андрея Первозванного»**

Актуальность. На момент объявления пандемии новой коронавирусной инфекции (НКИ) COVID-19 у врачей уже имелось некоторое представление о влиянии коронавирусов на частоту осложнений во время беременности, основанное на опыте предыдущих эпидемий: атипичная пневмония (SARS-CoV) в 2002-2003 гг., свиной грипп типа А (H1N1) в 2009 г., Ближневосточный респираторный синдром (MERS-CoV) в 2012 г.

Цель исследования – проанализировать течение беременности, родов и послеродового периода у женщин с НКИ COVID-19, вызванной SARS-CoV-2 за период с 11.04.20 г. по 31.12.22 г.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 322 историй родов с подтвержденными случаями НКИ COVID-19.

Результаты исследования. Возраст пациенток находился в пределах от 15 до 42 лет. Средний возраст составил 29 лет. Среди пациенток преобладали повторнобеременные и повторнородящие: 73% и 65% соответственно. Акушерский анамнез был отягощен у 41% женщин: в 67% случаев – медицинскими абортми. НКИ была диагностирована в 16,4% случаев на сроках беременности от 22-23 до 36-37 недель. Только 54% беременных жаловались на легкие или умеренные симптомы респираторной вирусной инфекции, среди которых преобладали лихорадка (80%), насморк (44%), кашель (47%), заложенность носа (39%). Двухсторонняя внебольничная пневмония (ДВП) была диагностирована в 20,6% случаев. Дыхательная недостаточность (ДН) отсутствовала у 14% беременных.

Легкое течение заболевания наблюдалось у 90,7% женщин, средней степени тяжести – у 8,7% и тяжелое – у 0,6%. Экстрагенитальная патология была выявлена у 66% беременных: ожирение I-II ст. (26%), железодефицитная анемия (ЖДА) (25%), заболевания мочевыводящей системы (22%), хроническая артериальная гипертензия (17%). НКИ возникла у женщин, беременность которых в 57% случаев протекала на фоне анемии, в 43% осложнилась невынашиванием беременности,

а в 10,5% – плацентарной недостаточностью. Роды через естественные родовые пути проведены у 61% рожениц с НКИ, в 39% случаев – кесарево сечение (КС). Преждевременно были родоразрешены только 8,3% женщин: у 8,1 беременных удалось пролонгировать беременность до доношенных сроков. Показания для кесарева сечения в 99% случаев были связаны с акушерскими ситуациями: несостоятельный рубец на матке после предыдущего КС – 37%, «незрелая» шейка матки в сочетании с другими осложнениями – 10%, дистресс плода – 10% и другие. На частоту КС только в 1% случаев повлияла НКИ. Послеродовый период протекал с осложнениями у 52 родильниц: в 44% случаев – на фоне НКИ средней степени тяжести с ДВП, ДН 0-1ст., в 2% – на фоне НКИ тяжелой степени с ДВП, ДН 2-3ст. и в 15% – на фоне ЖДА средней и тяжелой степени. Родилось 326 новорожденных от 322 беременных (имели место 4 двойни), без асфиксии при рождении – 94%. Массу тела при рождении до 2499 гг имели 8% новорожденных, от 2500 гг до 2999 гг – 16% и от 3000 гг и более – 76%. Течение раннего неонатального периода у 6% новорождённых осложнила недоношенность, у 5% – гипотрофия. С помощью ПЦР-теста НКИ COVID-19 была подтверждена у 7 новорожденных сразу после рождения. Состояние новорожденных до перевода в профилированное отделение новорожденных было удовлетворительным.

Выводы. Отсутствует повышенный риска для матери и плода при течении беременности и родов на фоне НКИ COVID-19. SARS-CoV-2 чаще инфицирует беременных с ЖДА и ожирением, КС в анамнезе, отягощенным акушерским анамнезом, а также беременных во втором и особенно – в третьем триместре. На данный момент есть данные о вертикальной передаче вируса SARSCoV-2, но они неоднозначны, необходимы дальнейшие исследования.

В.М. Бирюков, К.О. Тякин, Е.П. Ульянин, Н.Д. Харитонов

ЭФФЕКТИВНОСТЬ БИС-МОНИТОРИНГА У ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ПАЦИЕНТОВ В ПАЛАТЕ ПРОБУЖДЕНИЯ

**Ульяновская областная детская клиническая больница
имени политического и общественного деятеля Ю.Ф. Горячева**

Актуальность исследуемой темы. Мониторинг биспектрального индекса (BIS-мониторинг) – регистрация и обработка данных спонтанной биоэлектрической активности головного мозга в реальном времени, используется для оценки уровня угнетения сознания во время анестезиологических пособий. Для мониторинга уровня сознания мы использовали BIS-монитор Тритон МПР-06-03. В развитых странах BIS-мониторинг стал «золотым стандартом» контроля состояния сознания пациента при общей анестезии и интенсивной терапии. Величина биспектрального индекса линейно соответствует уровню угнетения сознания пациента, при этом значение «100» соответствует ясному сознанию, «60»–«80» – поверхностному сну, а для проведения общей анестезии оптимальным считается значение индекса в пределах «60»–«40».

В ГУЗ «Ульяновская областная детская клиническая больница им. политического и общественного деятеля Ю.Ф. Горячева» с 2021 года используется для оценки в том числе и уровня седации больных в отделении реанимации и интенсивной терапии №1, находящихся на длительной искусственной вентиляции лёгких. В ходе длительной седации у больных развивается толерантность к гипнотикам, что ведёт к внезапным пробуждениям и соответственно требует коррекции дозы. До закупки аппаратов BIS-мониторинга коррекция дозы препаратов для седации проводилась по относительным клиническим показателям (гемодинамика, спонтанные движения) и после появления очевидных признаков недостаточной седации.

Цель исследования – оценить эффективность и положительные эффекты BIS-мониторинга у пациентов в палате пробуждения при экстубации на базе АРО1 ГУЗ «Ульяновская областная детская клиническая больница им. политического и общественного деятеля Ю.Ф. Горячева».

Методы исследования: в январе 2022 на базе ГУЗ «Ульяновская областная детская клиническая больница им. политического и общественного деятеля Ю.Ф. Горячева» была внедрена возможность

BIS-мониторинга пациентов детского возраста, благодаря появлению специального оборудования.

Установка датчика не вызывает возбуждения и болезненных ощущений, место крепления датчика на голове пациента. Методика оценки эффективности седации освоена у пациентов в возрасте от 2 до 15 лет. За год произведено более 100 исследований с применением BIS-мониторинга.

Результаты исследования. Проведение BIS-мониторинга незаменимо и на этапе выхода из анестезии. Контроль за глубиной наркотического сна дает возможность анестезиологу четко контролировать пробуждение пациента, совершать своевременные и адекватные действия, такие как перевод на спонтанное дыхание и экстубацию. Рекомендовано переводить на спонтанное дыхание и экстубацию при показателе выше 75%. При этом, как правило, возможен контакт с пациентом, выполнение им необходимых тестов на отсутствие остаточной релаксации. Если экстубация проведена при уровне активности 75–85% на прошедшие события сохраняется амнезия, следовательно нет никаких неприятных воспоминаний, что благоприятно сказывается на качестве течения посленаркотического периода. Наши наблюдения показывают, что возможность контроля глубины седации позволяет подбором необходимой дозировки препаратов более эффективно управлять выходом пациента из анестезии, избегая раннего пробуждения или же чрезмерной депрессии. Процесс пробуждения больного и его экстубация ускоряется, уменьшается продолжительность пребывания пациента в палате пробуждения. BIS-мониторинг позволил обеспечить адекватный уровень седации в соответствии с текущими потребностями пациента, позволяет снизить риск побочных эффектов связанных с резким пробуждением интубированного пациента, включая рост ВБД, ВЧД, непроизвольную экстубацию.

В этой связи, опять же, стоит отметить и определенный экономический эффект. Проведение BIS-мониторинга в послеоперационной палате пробуждения позволило оценить степень посленаркотической депрессии ЦНС. Ориентируясь на показатель BIS, равный 90 и выше, как на соответствующий восстановлению активности головного мозга, достаточной для перевода в палату отделения.

*В.М. Бирюков, В.Н. Шарафутдинов, С.В. Хандалеев,
В.А. Канайкин*

БИС-МОНИТОРИНГ ПРИ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОМ ПОСОБИИ У ДЕТЕЙ В ОФТАЛЬМОЛОГИИ

**Ульяновская областная детская клиническая больница
имени политического и общественного деятеля Ю.Ф. Горячева**

Актуальность. Одним из важных критериев эффективности и безопасности при оперативных вмешательствах у детей в офтальмологии является абсолютная неподвижность глазных мышц. Такие операции, как косоглазие, склеропластика, удаление халязиума у детей проводятся под общей анестезии, в большинстве случаев вмешательства имеют слабовыраженный болевой фактор и не требуют глубокой анестезии, что может сопровождаться интраоперационным пробуждением пациента. Для мониторинга уровня сознания мы использовали BIS-монитор Тритон МПР-06-03. Биспектральный индекс (BIS) – это параметр, который обеспечивает прямое измерение эффекта общей анестезии и седации головного мозга. является одной из нескольких систем, используемых в анестезиологии для измерения влияния конкретных анестезирующих препаратов на мозг, и для отслеживания изменений уровня седации или бессознательного состояния у пациента. В развитых странах BIS-мониторинг стал «золотым стандартом» контроля состояния сознания пациента при общей анестезии и интенсивной терапии. Величина биспектрального индекса линейно соответствует уровню угнетения сознания пациента, при этом значение «100» – соответствует ясному сознанию, «60» – «80» – поверхностному сну, а для проведения общей анестезии оптимальным считается значение индекса в пределах «60» – «40».

Цель исследования. Оценить достаточность уровня седации при анестезии севофлюраном в комбинации с парацетамолом и трамадолом.

Материалы и методы. Обследовано 30 детей в 2 группах ($n_1=15$; $n_2=15$); в возрасте от 1 до 14 лет, из которых 50% были прооперированы по поводу косоглазия. Индукция анестезии выполнялась без премедикации ингаляцией 7–8% смеси севофлурана через лицевую маску в воздушно-кислородной смеси с содержанием O_2 40%. Поддержание анестезии при спонтанном дыхании через ларингеальную маску осуществлялось в группах следующим образом – группа 1 ($n=15$) – ингаляция севофлурана

в воздушно-кислородной смеси с содержанием O_2 40% и концентрацией анестетика 1,5 МАК, внутривенное введение раствора парацетамола в дозе 15 мг/кг; группа 2 (n=15) – ингаляция севофлурана в воздушно-кислородной смеси с содержанием O_2 40% и концентрацией анестетика 1,5 МАК, внутривенное введение раствора трамадола в дозе 1 мг/кг.

Заключение. Согласно шкале мониторинга BIS-индекса, значения исследуемого показателя во всех группах от начала операции и до ее окончания на большинстве этапов исследования находились в пределах целевых величин. Предложенные варианты анестезии имеют достаточный уровень седации пациентов при выполнении офтальмохирургических вмешательств и могут быть использованы в практике.

*Л.Ю. Архиреева, Т.А. Зайцева, А.Е. Парменов,
А.А. Архиреева*

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГАЛАНТАМИНА С ЦЕЛЬЮ КУПИРОВАНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОГО АНТИХОЛИНЕРГИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ

**ФГБОУ ВПО «Ульяновский государственный университет»
ГУЗ «Городская клиническая больница
святого апостола Андрея Первозванного»**

Актуальность. В анестезиологической практике часто встречается ситуация, когда пробуждение пациентов после общей анестезии отличается от ожидаемого: одни просыпаются замедленно, другие, наоборот, резко, в состоянии гиперактивности нервной системы, выраженной ажитации. Ряд пациентов после анестезии демонстрируют выраженную мышечную дрожь. Германоязычные источники (включая руководства по анестезиологии!) расценивают эти ситуации как три различные формы патофизиологически единого состояния – центрального антихолинэргического синдрома (ЦАС, ZAS), считая его осложнением общей анестезии, и рекомендуют единый подход к терапии – использование физостигмина – проникающего через гематоэнцефалический барьер ингибитора ацетилхолинэстеразы. Частота синдрома оценивается примерно в 9–10%. В нашей стране есть внутривенная форма галантамина – нивалин.

Цель исследования – повышение безопасности общей анестезии путём профилактики и лечения центральных проявлений подавления холинергической активности в результате общей анестезии.

Задачи.

1. Оценить частоту центральных проявлений подавления холинергической активности, наблюдаемых у детей после общей анестезии.
2. Оценить возможность применения галантамина для купирования центральных проявлений подавления холинергической активности после общей анестезии.

Материал и методы исследования. В исследование были включены 1280 пациентов, перенесших плановые операции в условиях общей анестезии. Схемы анестезии включали: комбинированную ингаляционную анестезию севофлураном; тотальную внутривенную пропофолом; анальгезию осуществляли фентанилом, промедолом, НПВС. Индукция была более однородной: вводили фентанил 1–1,5 мкг/кг, миорелаксанты не использовали, далее 1,5–2,5 мг/кг пропофола, после чего интубировали трахею.

Результаты. Были исследовано 1280 детей, которым было проведено анестезиологическое пособие. Пациенты, у которых был диагностирован церебрастенический синдром (ЦАС) – 42 ребенка (3,3%), были разделены на две группы. Группа I (получала симптоматическое лечение) состояла из 21 человека, у которых был диагностирован ЦАС, в группу галантамина (II) вошли 21 детей, которым при возникновении ЦАС вводили галантамин. Ажитированная форма наблюдалась у 25 детей, у 12 детей была выраженная мышечная дрожь, не связанная с непреднамеренной интраоперационной гипотермией, в остальных случаях (5 детей) ЦАС проявлялся коматозной формой. При развитии синдрома пациентам первой группы проводилось симптоматическое лечение, пациентам второй группы вводили внутривенно 0,3–0,4 мг/кг галантамина и отмечали быстрое обратное развитие симптоматики. В двух наблюдениях, с ажитированной формой ЦАС, потребовалось повторное введение галантамина (по принципу немецких авторов *dosierung nach wirkung* — дозирование по действию). Во всех случаях коматозной формы, кроме одного (упомянутый выше случай введения повторной дозы через 2 мин после первой; пробуждение через 40 с после нее), пробуждение наступало в течение 30–90 с после введения препарата. Мышечная дрожь купировалась после однократного введения рекомендуемых доз «на конце иглы».

Выводы. Для детального изучения вопроса о применении галантамина в лечении ЦАС необходимы дальнейшие исследования,

но уже на данном этапе мы считаем, что галантамин эффективно купирует ЦАС. На основании полученных результатов и проведенного анализа можно утверждать, что галантамин способен устранять холинолитические влияния в ЦНС, предотвращая развитие или купируя уже возникший ЦАС. Внутривенное введение 0,3–0,4 мг/кг галантамина по завершении анестезии предотвращает развитие ЦАС, а дозы до 0,78 мг/кг позволяют купировать проявления синдрома.

О.Н. Малянков, А.Я. Князев, А.А. Казаков, Д.А. Лисин

ОСОБЕННОСТИ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ ПРИ РЕНТГЕНОХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»

Актуальность. В настоящее время рентгенохирургические вмешательства (коронароангиография, баллонная коронарная ангиопластика, стентирование коронарных артерий, имплантация кардиостимулятора, ангиография церебральных сосудов и др.), выполняющиеся для диагностики и лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы, патологии сосудов головного мозга, получили широкое распространение. Это объясняется минимальной травматичностью, быстротой выполнения, небольшим количеством рецидивов, меньшим для больного риском, чем при проведении открытых хирургических вмешательств.

Цель исследования: анализ особенностей анестезиологического пособия при рентгенохирургических вмешательствах для последующей разработки оптимальных методик лечения.

Методы исследования. В исследование (2020–2022 гг.) включены 7 413 пациентов преимущественно старших возрастных групп (средний и пожилой возраст). Большинство больных относилось к III–IV степени тяжести по шкале ASA. Анестезиологические пособия выполнялись в Региональном Сосудистом Центре (РСЦ) при рентгенохирургических вмешательствах

Контингент центра включает пациентов с острыми и хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой системы и больных с острым нарушением мозгового кровообращения, которые, как правило, находятся в тяжелом состоянии и требуют проведения интенсивной терапии с момента поступления в приемный покой. Стандарт ведения

таких пациентов предусматривает комплекс диагностических и лечебных процедур, который должен быть выполнен в сжатые сроки – в первый час после поступления. Это накладывает ответственность на весь персонал, участвующий в приеме и ведении больного.

Использование общей анестезии у взрослых для обеспечения рентгенохирургических вмешательств считается нецелесообразным, поэтому основные компоненты анестезиологического пособия: седация и обезболивание. Пациентам в крайне тяжелом состоянии проводится общая анестезия. Также врач анестезиолог-реаниматолог занимается проведением следующих технологий: оксигенотерапия, мониторинг жизненно важных функций, коррекция анафилактических реакций на контрастное вещество, проведение сердечно-легочной реанимации и интенсивной терапии.

Результаты. При анализе исследуемой группы пациентов отмечена значительная неоднородность синдромов органной дисфункции. Принципиально важно, что наличие признаков кардиогенного шока не являлось противопоказанием для проведения вмешательства. В ходе проведения анестезиологического пособия корригировались следующие синдромы: артериальная гипер- или гипотензия, дыхательная недостаточность, гиповолемия и психомоторное возбуждение. Кроме типичных для неотложной помощи состояний, мы встретились с контингентом больных, которым был проведен тромболитиз на догоспитальном этапе. Катетеризация центральных вен для таких пациентов крайне опасна из-за риска кровотечений.

Анестезиологическое пособие выполнялось в одном из 4-х вариантов: наблюдение, седация в сознании, глубокая седация и наркоз. В качестве анальгетика при необходимости использовались морфина гидрохлорид или фентанил. Для седации – сибазон. Коррекция гемодинамики осуществлялась введением дофамина, норэпинефрина, нитроглицерина.

Выводы: анализ оказания анестезиологических пособий при проведении рентгенохирургических вмешательств в региональном сосудистом центре показал актуальность используемых методов анальгезии и седации, с учетом тяжести состояния пациентов и высокого риска по шкале ASA.

*С.М. Айнулов, А.О. Стародубов, Г.Н. Сулейманова,
Д.А. Богаченок*

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ ТЕРАПИИ У РЕАНИМАЦИОННЫХ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ПОЧЕЧНЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ

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

Актуальность. Острое повреждение почек – ургентное состояние, возникающее под действием ренальных и/или экстраренальных повреждающих факторов с развитием повреждения и дисфункции почек различной степени. Среди пациентов, которым требуется интенсивная терапия, острое почечное повреждение (ОПП) встречается достаточно часто, достигая до 18–20%, среди них около 1/3 требуют проведения экстракорпоральных методик детоксикации.

Цель исследования. Проведение анализа деятельности использованных методик заместительной почечной терапии в условиях реанимационного отделения и оценка их эффективности.

Методы исследования. За 2022 год в отделении реанимации и интенсивной терапии у 39 пациентов на фоне тяжелого течения основного заболевания развилось острое почечное повреждение с необходимостью проведения заместительной почечной терапии. Оценка почечной дисфункции у реанимационных пациентов проводилась исходя из клинико-лабораторных данных (объективного осмотра пациента, прироста уровня азотемии крови по биохимическому анализу крови), расчёта СКФ по формуле СКD-EPI с учётом исходных показателей почечного клиренса с момента поступления, исходя из волеического статуса пациента, нарушения ментального статуса, инструментальных данных (ультразвуковое исследование почек, компьютерная томография органов брюшной полости), а также на основании шкал AKI (Acute Kidney Injury), KDIGO (Kidney Disease: Improving Global Outcomes).

Результаты. Состояние обследуемых пациентов расценивалось как тяжёлое и крайне тяжёлое. Выбор метода, частота и длительность процедур выбиралась индивидуально, основываясь на клинических рекомендациях «Острое почечное повреждение» 2020 года пересмотра, а также исходя из ожидаемого эффекта от проводимого лечения. Проведение процедур острого гемодиализа и гемодиализации

проводились на аппаратах Fresenius Cordiax 5008/5008S, также использовались продлённые низкопоточные методики на аппаратах Fresenius MultiFiltrate и Bbraun Diapact для крайне тяжёлых и нестабильных пациентов. Из общего числа обследуемых было 22 мужчины (56,4%) и 17 женщин (43,6%). Основные заболевания, приводящие к развитию нарушению функции почек: новая коронавирусная инфекция с развитием двухсторонней интерстициальной пневмонии – 10 случаев (25,6%), гипертоническая болезнь с вторичным поражением органов и систем – 7 случаев (17,8%), сахарный диабет I и II типа с множественными осложнениями органов-мишеней – 4 случая (10,4%), злокачественные образования – 3 случая (7,8%), поражения печени различной этиологии с развитием цирроза – 2 случая (5,2%), острый панкреатит – 2 случая (5,2%), мочекаменная болезнь без возможности хирургического вмешательства – 2 случая (5,2%), геморрагическая лихорадка с почечным синдромом – 2 случая (5,2%), бактериальная пневмония тяжёлого течения с развитием осложнений в виде синдрома полиорганной недостаточности/сепсиса – 2 случая (5,2%). Из наиболее редких случаев: миеломная болезнь – 1 случай (2,6%), синдром длительного сдавления – 1 случай (2,6%), гемолитическая анемия – 1 случай (2,6%), синдром Гудпасчера – 1 случай (2,6%). Количество пациентов, у которых острое почечное повреждение разрешилось полностью либо перешло в хроническую болезнь почек (ХБП) 1-3 ст. – 12 больных (31,6%), скончалось 17 больных (44,7%), острое почечное повреждение перешло в ХБП V ст. с переводом на программный гемодиализ у 9 больных (23,7%). Среднее количество процедур составило 7, наименьшее количество – 1, наибольшее – 33. Средний возраст пациента составил 62,5 года, максимальный – 85 лет, минимальный 31 год.

Выводы.

1. Наиболее часто острое почечное повреждение развивается как осложнение у пациентов с сердечно-сосудистой патологией, сахарным диабетом, тяжелым течением инфекционного заболевания.
2. При невозможности транспортировки пациента для осуществления процедуры в условиях диализного кабинета, в крайне тяжёлом и нестабильном состоянии методом выбора является продлённая низкопоточная методика в условиях реанимационного отделения.
3. Контроль за показателями почечной функции, объёмом и характером выделяемой мочи, расчёт риска развития ОПП позволяет заблаговременно начать нефропротективную

- терапию и процедуру экстракорпоральной детоксикации (включая внепочечные показатели) во избежание ухудшения состояния пациента и снижения риска летальных осложнений.
4. При вовремя начатой процедуре заместительной почечной терапии более половины пациентов имеют шанс на выживание с переходом на программный гемодиализ, либо на полное разрешение почечного повреждения.

С.К. Лонская, К.И. Новикова, М.Е. Палаткина, Р.Б. Багаров

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОЛЕВОГО ЭНТЕРАЛЬНОГО РАСТВОРА В СОСТАВЕ КОМПЛЕКСНОЙ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ИНТЕСТИНАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»

Актуальность. Декомпенсация СД сопровождается нарушением жизненно важных функций и показателей гомеостаза: водно-электролитного барьера (ВЭБ), и кислотно-основного состояния (КОС). Угнетается моторно-эвакуаторная функция кишечника. Изменяется рН, осмолярность, электролитный состав химуса. Энтеральная коррекция (ЭК) позволяет нормализовать показатели ВЭБ и КОС. Данная методика не получила широкого распространения и единого подхода специалистов. Ю.М. Гальпериным с соавторами был предложен близкий по составу химусу солевой энтеральный раствор (СЭР). Эффективность данного препарата недостаточно освещена, имеются лишь единичные работы.

Цель исследования. Оценить эффективность использования СЭР в комплексном лечении пациентов с СД.

Методы исследования: пациенты с СД II типа, декомпенсацией, кетоацидозом и кишечной недостаточностью проходили лечение в ОРИТ ГУЗ УОКБ за период 2021–2022 гг. Критерии исключения: наличие признаков сердечно-сосудистой или дыхательной недостаточности на фоне хронической ССН или декомпенсации заболеваний легких, наличие кишечной непроходимости, кровотечения, перфорации полого органа.

В исследовании участвовал 81 пациент: мужчины – 25 пациентов (30,9%), женщины – 56 пациентов (69,1%). Средний возраст 25–70 лет.

Пациенты были разделены на две группы: I группа: 46 человек – пациенты, получавшие стандартную терапию и ЭК. II группа: 35 человек – пациенты, получавшие стандартную интенсивную терапию.

ЭК проводилась в соответствии с методическими рекомендациями: подогретый раствор до 38°C вводился в двухпросветный зонд со скоростью 20 мл/мин. Объем раствора рассчитывался исходя из 70 мл/мин. Интестинальная недостаточность отмечается у всех больных. В I группе пациентов тошнота присутствовала в 82,6% случаев, во II группе – в 71,4% случаев. Гастростаз определялся в I группе в 91,3% случаев, во II группе – в 100% случаев. В I группе рвота отмечалась в 54,3% случаев, во II группе – в 14,3% случаев.

Таблица №1. Динамика интестинальной недостаточности по группам

Симптом	I сутки		II сутки		III сутки	
	1 гр. (n=46)	2 гр. (n=35)	1 гр. (n=46)	2 гр. (n=35)	1 гр. (n=46)	2 гр. (n=35)
Гастростаз	8,0 (-82,6%)	11,0 (-68,6%)	2,0 (-75%)	6,0 (-45,5%)	2,0 (0%)	8,0 (+33,4%)
Перистальтика по данным УЗИ (темп роста в %)	34,0 (+183,3%)	5,0 (+150,0%)	43,0 (+26,5%)	11,0 (+120%)	45,0 (+4,7%)	20,0 (+81,8%)
Появление стула (темп роста в %)	46,0 (+100%)	34,0 (+100%)	44,0 (+95,7%)	23,0 (-30,4%)	46,0 (+100%)	15,0 (-34,8%)
Раннее энтеральное питание (темп роста в %)	-	-	12,0 (26,1%)	10,0 (28,6%)	34,0 (73,9%)	15,0 (42,8%)

Таблица №2. Влияние использования СЭР на показатели ВЭБ и КОС

Показатели	Референсные значения	Исходные данные		1 сутки		3 сутки	
		1 гр (n=46)	2 гр (n=35)	1 гр (n=46)	2 гр (n=35)	1 гр (n=46)	2 гр (n=35)
Гематокрит	35 – 48	44,9	48,5	40,0	42,0	33,5	38,3
К+	3,5 – 5,1 ммоль/л	2,8	2,75	3,1	2,9	3,8	3,3
Na +	135 – 146 ммоль/л	131,1	130,7	134,4	132,0	138,2	135
pH	7,33 – 7,45	7,2	7,32	7,28	7,34	7,37	7,35

Выводы: использование СЭР способствует: снижению гематокрита на 20-30% от исходного; коррекции ВЭБ; коррекции метаболического ацидоза; восстановлению моторной функции кишечника; раннему переводу больных на энтеральное питание.

А.Б. Борисанов, Т.В. Гарипов

АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ, СПОСОБСТВУЮЩЕЕ РАННЕЙ АКТИВИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ОТКРЫТОМ СЕРДЦЕ

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»

Актуальность. Болезни системы кровообращения остаются главной причиной смертности и инвалидизации в мире. В этой связи важной задачей медицины является совершенствование кардиологической и кардиохирургической помощи. Анестезиологическое пособие, обеспечивающую максимально быстрое прекращение искусственной вентиляции легких (ИВЛ) и экстубацию трахеи после операций с искусственным кровообращением (ИК), за рубежом рассматривают как основной лечебный компонент так называемой «быстрой кардиохирургии» («fast track cardiac surgery»), обеспечивающей, прежде всего,

укорочение госпитализации больных, интенсификацию лечебного процесса. В отечественной литературе такой подход принято обозначать как раннюю активизацию (РА), то есть прекращение ИВЛ и экстубация трахеи являются ключевым моментом послеоперационного восстановления физической активности больных. РА – восстановление самостоятельного дыхания и проведение экстубации трахеи больного в течение первых 6-8 часов после операции.

Цель исследования. Улучшить результаты оперативного лечения пациентов с ишемической болезнью, а также с врожденными и приобретенными пороками сердца путем выбора оптимального анестезиологического пособия, направленного на раннюю активизация.

Методы исследования. В качестве анестезиологического пособия применялась комбинированная анестезия: внутривенные анестетики (Sol. Thiopentali 1% 1,5-2 мг/кг, Sol. Propofoli 1% – 1-2 мг/кг), опиоиды (Sol. Phentanyl 0,005%-0,015-0,02 мг/кг) совместно с ингаляционными анестетиками (Севофлюран 1-1,5 об %), мышечные релаксанты. В связи с необходимостью обеспечения достаточной глубины наркоза и профилактики пробуждения больных на этапе ИК, в схему наркоза включен пропофол в дозировке, обеспечивающей достаточную седацию (25–35мл/ч).

Результаты. По указанной методике за 3 года пролечено 469 пациентов. Отказавшись от анестезии на основе высоких доз опиоидов в виде так называемой «центральной анальгезии», перейдя на комбинированную анестезию с использованием средних доз опиоидов в сочетании с внутривенными ингаляционными анестетиками, позволило нам достичь необходимую глубину анестезии за счет синергизма, а также снизить дозы и влияние каждого из компонентов на систему кровообращения. Это способствовало ранней экстубации трахеи пациента в течение первых 4–6 часов после операции.

Вывод. Использование указанной методике анестезии способствует быстрому прекращению послеоперационной ИВЛ и экстубации трахеи, ранней двигательной активности и питанию пациентов, сокращению сроков нахождения в ПРИТ (до одних суток).

*Ю.А. Кутузова, А.В. Головатюков, А.С. Комаров,
Д.З. Вильданов*

ПОСТАНОВКА И ЭКСПЛУАТАЦИЯ ИМПЛАНТИРУЕМЫХ ВЕНОЗНЫХ ПОРТ-СИСТЕМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В УСЛОВИЯХ ОБЛАСТНОГО КЛИНИЧЕСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА

ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Учитывая, что лечение пациентов с онкологическими заболеваниями в большинстве случаев занимает не менее одного года, венозный доступ для проведения химиотерапии должен отвечать следующим критериям: быть надежным, безопасным, долговечным, простым в использовании, устанавливаться один раз на весь период лечения и создавать максимальный комфорт для пациента. Полностью всем этим требованиям соответствует только венозных порт-систем (ИВПС), система полностью скрыта в теле пациента. Имплантируемые венозные порт-системы – оптимальный выбор при лечении пациентов с онкологическими и орфанными заболеваниями, которым показаны как противоопухолевое лечение и ферментозаместительная терапия, так и паллиативное, нередко проводимое в домашних условиях или хосписе. В ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер» за 2020–2021 год было выполнено 149 имплантаций венозных порт-систем.

Цель исследования – уменьшения длительности нахождения пациентов в стационаре во время продолжительных схем химиотерапии, упростить внутривенное введение препаратов, минимизировать риск занесения инфекции.

Методы исследования. За 2020–2021 гг. в отделении анестезиологии и реанимации ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер» было установлено 149 ИВПС. Установку порт-систем выполняет бригада в составе хирурга, анестезиолога и операционной сестры в операционном блоке больницы с обязательным рентген-мониторингом, уровня расположения катетера (С-дуга).

Результаты. Установлено 149 ИВПС. Время эксплуатации в среднем составило 6 месяцев, максимальная длительность

установки и функционирования составила 12 месяцев, минимальная – 3 месяца. В среднем больные получили 8–12 циклов лечения. Были выявлены осложнения: ранние и поздние. Анализ выявленных осложнений за 2020 год показал следующее соотношение. Ранние осложнения, такие как: пункция артерии – 1 случай, в 1 случае был дренирован пневмоторакс, смещение катетера – 1 случай. Поздние осложнения: окклюзия катетера – в 3-х случаях, смещение катетера или порта – 5 случаев, тромбоз центральной вены – 3 случая, местное воспаление окружающих тканей – 3 случая. В 4 случаях порт удален (3 порта не использовались).

Выводы.

1. Легкий, безболезненный и длительный центральный венозный доступ.
2. Минимизация травмирования вен при проведении манипуляций, связанных с забором крови на анализы, уменьшение риска появления флебитов и тромбозов, которые могут возникнуть из-за регулярной установки катетера, а также от внутривенных инфузий химиотерапевтических препаратов.
3. Устанавливается на весь курс лечения – от нескольких месяцев до пяти лет.
4. Отсутствие косметического дефекта.
5. Не теряет работоспособность, если терапия временно прекращена.
6. Не мешает вести привычный образ жизни.
7. Позволяет проходить все виды исследований.
8. Может быть использована для внутривенного контрастирования при проведении КТ и МРТ.
9. Не требует перевязок после заживления послеоперационного рубца.
10. Соблюдение правил пользования венозного порта является залогом его длительной работы.

*А.О. Тимофеева, А.В. Головатюков, М.Ф. Идрисов,
А.Г. Медведев*

ПОСТАНОВКА И ЭКСПЛУАТАЦИЯ PICC (PERIPHERALLY – INSERTED CENTRAL VENOUS CATHETER) КАТЕТЕРОВ В УСЛОВИЯХ ОБЛАСТНОГО КЛИНИЧЕСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА

ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. С каждым годом увеличивается количество пациентов, которые нуждаются в обеспечении длительного центрального венозного доступа для проведения химиотерапии. В нашей стране для обеспечения сосудистого доступа у онкологических больных данные катетеры используются относительно редко.

Цель исследования. Оценить преимущества кратковременных катетеризаций центральных вен и уменьшение осложнений, связанных с их постановкой.

Методы исследования. За 2020 год было выполнено 2683 катетеризации центральной вены (подключичной и яремной), имплантация 45 венозных порт-систем, установка 10 PICC катетеров под ультразвуковым контролем.

Результаты. Из 10 процедур постановки PICC катетеров, не было выявлено ни одного осложнения. Время эксплуатации в среднем составило 6 месяцев, максимальная длительность установки и функционирования составила 12 месяцев, минимальная – 3 месяца (в связи с тромбозом периферической вены, катетер был удален). Основными преимуществами PICC-систем является то, что они устанавливаются пункционным методом через медиальную подкожную вену руки, процедура установки занимает 10–30 минут, она проще и безопаснее (исключается гемоторакс и пневмоторакс, ранения яремной или подключичной артерии). Легкий уход за PICC-катетером: промывание физиологическим раствором 1 раз в неделю при отсутствии эксплуатации катетера, а при инфузионной терапии – промывание после каждой инфузии. PICC-катетеры позволяют подключить к системе несколько камер, что важно для пациентов, получающих одновременно несколько различных, несовместимых друг с другом препаратов. Определенные модели предназначены для мониторинга центрального венозного давления (ЦВД) и проведения компьютерной томографии

с введением контраста. Также пациенты отмечали, что РИСС-катетеры не создавали особого дискомфорта, во время эксплуатации.

Выводы. Установка РИСС-катетеров, как малоинвазивный, более простой (по сравнению с другими) и долгосрочный метод катетеризации центральных вен, доказала свою эффективность и безопасность у пациентов, нуждающихся в обеспечении длительного центрального венозного доступа.

*Я.И. Горбунова, А.В. Головатюков, Д.И. Бурлаков,
А.А. Мельников*

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ БЛОКАДЫ НЕРВОВ НЕЙРОФАЦИАЛЬНОГО ПРОСТРАНСТВА МЫШЦ ВЫПРЯМИТЕЛЯ СПИНЫ В УСЛОВИЯХ ТОРАКАЛЬНОЙ ОНКОХИРУРГИИ

ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Проведение мультимодальной анальгезии (ММА) является «золотым стандартом» в периоперационном периоде (согласно клиническим рекомендациям Федерации анестезиологов и реаниматологов России от 19.10.19). Реализация ММА включает в себя использование ненаркотических анальгетиков, в частности нестероидных противовоспалительных средств (НПВС), парацетамола, опиоидных анальгетиков и регионарной анальгезии в различных комбинациях.

В последнее время вырос интерес к межфасциальным блокадам как методам регионарной анальгезии. Erector spinae plane block (ESP-block) отвечает современным требованиям: простота методики, безопасность и эффективность для пациента.

Цель исследования. Выполнить ESP-block в качестве компонента анальгезии в периоперационном периоде у пациентов в торакальной хирургии и оценить его эффективность.

Методы и исследования. За год выполнено 40 процедур ESP-block, под ультразвуковым контролем и навигацией, из них 26 процедур с катетеризацией межфасциального пространства с дальнейшим использованием эластомерных инфузионных помп, с возможностью регулирования скорости введения анестетика. Возраст пациентов от 35 до 71 года, из них 28 мужчин, 12 женщин. Основной диагноз: «новообразования легких».

Эффективность методики оценивалась по визуальной аналоговой шкале оценки боли (ВАШ) и по необходимости назначения наркотических анальгетиков.

Результаты. При установке катетера и подключении эластомерной помпы (в сочетании с использованием НПВС+парацетамол) пациенты оценивали боль по шкале ВАШ 2-4 балла в 1 сутки, 1-2 балла – во 2 сутки. Опиоидные анальгетики не применялись.

При проведении ESP-blocka без катетеризации (у 14 пациентов), также с использованием НПВС (кеторолак 30 мг 2 раза в сутки)+парацетамол (1 г 3 раза в сутки), по шкале ВАШ 2-4 балла 1 сутки, 3-5 баллов 2 сутки. Всем назначались дополнительно через 8 часов, в 5 случаях – промедол (20 мг в/м 2 раза в сутки), в 9 – трамадол (100 мг в/м 2 раза в сутки). Меньшая эффективность во втором случае связана с ограничением времени действия и объема введенного анестетика.

Во всех случаях данная методика показала эффективность, а именно способствовала раннему восстановлению функции дыхания, активизации пациентов, уменьшению использования наркотических анальгетиков во время операций и в постоперационном периоде. Осложнений не было.

Выводы. Выполненная блокада (ESP-block) вписывается в концепцию мультимодальной анальгезии: позволяет добиться упреждающей анальгезии; дает возможность продленной анальгезии; безопасна и эффективна; способствует быстрой активизации пациентов, что важно при торакоскопических операциях и укладывается в концепцию fast-track surgery; сокращает использование наркотических анальгетиков интраоперационно и в постоперационном периоде.

А.С. Комаров

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДОВ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ ГЕМОКОРРЕКЦИИ В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ СЕПСИСА И СЕПТИЧЕСКОГО ШОКА

ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска»

Актуальность. В отделениях интенсивной терапии методы экстракорпоральной коррекции гомеостаза (ЭККГ) применяют не только с целью поддержания функции почек, но и по внепочечным показаниям, у пациентов с сепсисом, септическим шоком, респираторным дистресс-синдромом, рабдомиолизом, панкреатитом. В комплексном

лечении этих состояний методы ЭККГ могут влиять на положительные исходы.

Цель исследования – изучить эффективность применения методов экстракорпоральной коррекции гомеостаза в комплексном лечении пациентов с сепсисом.

Материалы исследования. В исследование было включено 30 пациентов с сепсисом и септическим шоком различной этиологии, находившихся на стационарном лечении в отделении анестезиологии и реанимации, в возрасте от 30 до 80 лет.

В зависимости от характера проводимой интенсивной терапии, пациенты были распределены на две группы: 1 группа (основная) – пациенты с сепсисом, получающие стандартную интенсивную терапию, в план лечения которой включены методы ЭККГ, 2 группа (сравнения) – пациенты с сепсисом, получающие стандартную интенсивную терапию, без применения методов ЭККГ.

В соответствии с целью и задачами исследования изучались клинические симптомы, лабораторные показатели.

Забор крови для исследования осуществлялся ежедневно. Для оценки гемодинамических показателей проводилось измерение: артериального давления, центрального венозного давления, частоты сердечных сокращений.

Лабораторные обследования больных включали общий анализ крови, биохимический анализ крови (общий белок, альбумин, мочевины, креатинин, K^+ , Na^+ , лактат, С-реактивный белок, прокальцитонин), исследования кислотно-основного состояния крови и системы гемостаза. Проводилось микробиологическое исследование крови с выделением микрофлоры и чувствительности ее к антибиотикам.

Заместительную почечную терапию в режиме Continuous Venovenous Hemodiafiltration (CVVHDF) выполняли на специальном гемопроцессоре «Prismaflex» («Gambro», Швеция) с использованием сета ST 150 компании «Baxter». Всего за время исследования выполнено 48 сеансов CVVHDF.

Результаты и их обсуждение. В процессе лечения отмечена существенная положительная динамика лабораторных показателей у пациентов, которым на фоне основной терапии проводились сеансы ЭККГ, стабилизация гемодинамики или снижение дозы вазопрессоров. В общем анализе крови отмечалось снижение уровня лейкоцитов и палочкоядерных нейтрофилов. В биохимическом анализе крови отмечалось снижение уровня мочевины, креатинина, лактата, С-реактивного белка, прокальцитонина. Проведение

CVVHDF позволило уменьшить срок пребывания пациентов в отделении реанимации.

Выводы. Раннее начало продолженной вено-венозной гемодиализации (ВВГДФ) позволяет устранить водно-секторальные расстройства при септическом шоке. Включение ВВГДФ в комплексную интенсивную терапию сепсиса и септического шока позволяет быстрее стабилизировать гемодинамику и снизить потребность в вазопрессорах.

В.А. Тарасов, А.Е. Парменов, Н.В. Трошина, Н.В. Емелькин

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ДЕКСМЕДЕТОМИДИН У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

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

Актуальность. Большинство пациентов в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) нуждаются в проведении адекватной седации в силу различных причин, среди которых беспокойство, агитация, необходимость выполнения инвазивных процедур, нарушение циркадных ритмов сна и бодрствования, тяжесть общего состояния, необходимость респираторной поддержки, различные делириозные состояния. Адекватная седация препятствует развитию стрессовой реакции, беспокойства, обеспечивает комфорт и повышает переносимость интубации трахеи и искусственной вентиляции легких (ИВЛ), а также облегчает процедуры ухода. Делирий является частым осложнением острого коронарного синдрома (ОКС) и встречается по различным данным у 5,7%, преимущественно в пожилом возрасте. ОКС нередко сопровождается значительной площадью поражения миокарда, острой левожелудочковой недостаточностью, определяющими риск госпитальной смерти. Пациенты в агитации зачастую плохо оценивают свое состояние, имеют низкую комплаентность к лечению, что способствует ухудшению их прогноза. Развитие делирия на фоне острого инфаркта миокарда характеризуется более высоким уровнем госпитальной летальности.

Цель исследования – оценить безопасность применения препарата дексмедетомидин у пациентов с ОКС.

Объекты и методы исследования. Исследование проводилось на базе ГУЗ «ЦКМСЧ им. В.А. Егорова» в палате реанимации и интенсивной терапии отделения кардиологии для больных с ОКС. За время исследования препарат Дексмедетомидин получили 29 пациентов с ОКС в возрастной группе 51–78 лет. В соответствии с инструкцией к препарату из исследования исключали пациентов ЧСС < 60 ударов в минуту и исходной гипотонией. Дексмедетомидин применялся у пациентов в возбуждении по шкале возбуждения-седации Ричмонда RASS+1 – RASS+3. Дозировка составляла 0,7-1 мкг/кг/час. В 33% случаев препарат применялся в комбинации с нейролептиком дроперидолом в дозе 5 мг.

Результаты. Применением препарата Дексмедетомидин в дозировке 0,7-1 мкг/кг/час была достигнута седация RASS-2 – RASS-3. Пациенты были доступны вербальному контакту, пациентов можно было разбудить, через 10 - 15 секунд после речевого контакта пациенты вновь погружались в сон. У пациентов, получавших Дексмедетомидин в дозировке 0,7-1 мкг/кг/час не было зафиксировано существенного изменения артериального давления, среднее артериальное давление составило > 90 мм рт.ст. У пациентов получавших Дексмедетомидин в дозировке 0,7-1 мкг/кг/час не отмечалось снижения частоты сердечных сокращений менее 60 ударов в минуту. Прекращение внутривенной инфузии препарата Дексмедетомидин приводило к восстановлению сознания пациента до ясного в среднем через 10 минут.

Выводы.

1. Дексмедетомидин удобен для применения в ОРИТ, в связи с его кратковременным действием и возможностью четкого дозирования.
2. Пациенты с правильно подобранной скоростью введения препарата Дексмедетомидин, находящиеся в седации не глубже RASS-3 доступны вербальному контакту.
3. При применении препарата Дексмедетомидин не было выявлено таких осложнений, как: гипотония, брадиаритмия и нарушения дыхания.
4. Препарат Дексмедетомидин показал себя как безопасный и удобный препарат для седации пациентов с ОКС в условиях палаты реанимации и интенсивной терапии.

Г.Н. Милюкова, Е.Е. Юдина, Т.С. Голубцова, А.А. Фирстов

ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА, С НЕКОТОРЫМИ КЛИНИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»

Актуальность рассматриваемой проблемы. Сахарный диабет 2 типа (СД2) в настоящее время является серьезной медицинской и социальной проблемой. Проблема состоит не только в распространенности СД2, но и в большом количестве микро- и макрососудистых осложнений, которые приводят к снижению качества жизни больного, инвалидизации и смерти пациентов. Согласно литературным данным, скорость прогрессирования сосудистых осложнений имеет тесную взаимосвязь с уровнем глюкозы в крови. Показателем, который дает интегрированное представление об уровне гликемии на протяжении длительного промежутка времени, позволяет оценить степень компенсации СД2 и прогноз заболевания, служит гликированный гемоглобин (HbA1c). HbA1c является персонифицированным показателем, так как для определения тактики ведения пациента в клинической практике используют не определенный его уровень, как при постановке диагноза, а применяют такой показатель, как целевой уровень HbA1c. При выборе индивидуального целевого уровня HbA1c необходимо учитывать: возраст пациента, ожидаемую продолжительность его жизни, а также наличие тяжелых осложнений и риск развития тяжелых гипогликемий.

Цель исследования – изучить взаимосвязь уровня гликированного гемоглобина пациентов, страдающих сахарным диабетом 2 типа, с рядом клинико-демографических показателей, таки как пол, возраст и продолжительность заболевания.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ 556 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 ($62,2 \pm 10,9$ у женщин и $60,0 \pm 10,4$ у мужчин). Длительность заболевания составила в среднем $10,6 \pm 8,6$ лет ($9,1 \pm 7,9$ у мужчин и $11,2 \pm 8,8$ у женщин). Пациентов включали в анализ ретроспективно, методом сплошной выборки. Для анализа были использованы следующие данные: величина гликированного гемоглобина, возраст,

пол и продолжительность анамнеза СД2. Уровень гликированного гемоглобина определяли при поступлении пациента в отделение методом высокоэффективной жидкостной хроматографии, с использованием анализатора «Bio Rad». Статистическую обработку данных проводили в системе Statistica 13 (StatSoft). Использовали описательные статистики, многофакторный регрессионный анализ, корреляционный анализ по Pearson, линейное моделирование. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез $p < 0,05$.

Результаты. Анализ данных выявил, что у 93,2% госпитализированных пациентов значения HbA1c были в интервале от 6 до 14%, с максимумом в интервале от 8 до 10% (35% обследованных). Следует отметить, что у большинства респондентов значения HbA1c превышали целевые, а 14,8% требовалась неотложная коррекция сахароснижающей терапии. При проведении многофакторного регрессионного анализа данных выявлено, что пол и возраст не оказали существенного влияния на уровень HbA1c, в то время как продолжительность анамнеза находилась в достоверной слабой отрицательной взаимосвязи со значением HbA1c. При этом обращает на себя внимание тот факт, что среди госпитализированных пациентов преобладали лица с меньшей продолжительностью анамнеза СД2, что может свидетельствовать о значимости приобретаемого со временем опыта контроля уровня гликемии у пациентов, страдающих СД2.

Заключение. Таким образом, было выявлено, что длительный анамнез заболевания у пациентов, страдавших СД2 и включенных в анализ, оказал позитивное влияние на уровень контроля СД2. Мы предполагаем, что возможной причиной выявленного феномена служит расширение знаний о методах контроля уровня гликемии и повышение приверженности пациентов к терапии СД2 с течением времени.

М.П. Хохлов, А.Б. Песков, Е.Е. Юдина, И.Р. Керова

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПЬЮТЕРНОЙ ЭЛЕКТРОАКУПУНКТУРЫ В ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА РАЗДРАЖЁННОГО КИШЕЧНИКА С ПРЕОБЛАДАНИЕМ ЗАПОРОВ

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»

Актуальность рассматриваемой проблемы. Несмотря на успехи современной фармакологической терапии синдрома раздражённого кишечника (СРК) с преобладанием запоров, сохраняется ряд нерешенных вопросов: развитие побочных эффектов лекарственных препаратов, риск рефрактерности к проводимому лечению, высокая стоимость препаратов. Применение немедикаментозных методов лечения, в частности, современной модификации акупунктуры – компьютерной электроакупунктуры (КЭАП), в ряде случаев способствует повышению эффективности терапии СРК и уменьшению фармакологической нагрузки на пациента. Отсутствие достаточной доказательной базы эффективности КЭАП в лечении СРК с преобладанием запоров делает актуальным проведение соответствующих исследований.

Цель исследования. Обосновать применение КЭАП в комплексной терапии пациентов, страдающих СРК с преобладанием запоров.

Методы исследования. В исследование было включено 35 пациентов страдающих СРК с преобладанием запоров. Пациенты были разделены на 2 группы: основную (группа О) и референтную (группа Р) по 17 и 18 человек соответственно. Пациенты группы О получали курсы КЭАП (три ежемесячных курса, состоявших из пяти ежедневных сеансов) и стандартную фармакотерапию СРК, в группе Р пациенты получали исключительно фармакотерапию. Контрольные точки (КТ) были запланированы в начале и конце каждого курса КЭАП. Протоколы КТ: оценка среднесуточной частоты дефекации и формы кала по Бристольской шкале кала. Для лечения методом КЭАП применяли «Комплекс аппаратно-программный для электропунктурной стимуляции КЭС-01-МИДА» производства ЗАО МИДАУС, г. Ульяновск. Использовали аурикулярную схему акупунктурных точек, рекомендованную Я.С. Песиковым и С.Я. Рыбалко. Анализ данных проводили с помощью программы Statistica 6.0.

Результаты. После первого курса КЭАП среднесуточная частота дефекации в группе О выросла с $0,26 \pm 0,1$ до $0,53 \pm 0,1$ в сутки ($p < 0,01$). Проведение второго и третьего курсов КЭАП сопровождалось

дополнительным увеличением среднесуточной частоты дефекации, достигая максимальных значений к концу третьего курса вмешательства – 0,77 в сутки. Начиная с КТ №4 и до конца исследования значения среднесуточной частоты дефекации группы О были выше таковых группы Р. В группе Р частота дефекации значимо не изменялась в течение всего периода наблюдения, находясь в интервале 0,24–0,36 в сутки.

Исходно у всех участников исследования консистенция кала соответствовала I или II типу по Бристольской шкале, что соответствует критериям запора, что послужило основанием для включения пациента в исследование. После первого курса КЭАП у 25% пациентов группы О зарегистрированы III, IV или V типы кала, соответствующие физиологической норме. Проведение последующих курсов КЭАП сопровождалось дальнейшим увеличением доли пациентов с «нормальным» типом кала: 45% после второго курса КЭАП и 53% – после третьего. Начиная с КТ №2 доля пациентов с «нормальными» типами кала в группе О была достоверно выше исходного уровня. В группе Р достоверного увеличения доли пациентов с «нормальными» типами кала относительно КТ №1 в ходе работы зарегистрировано не было.

Выводы. Включение КЭАП в комплексную терапию пациентов, страдающих СРК с преобладанием запоров, сопровождается позитивными клиническими эффектами: увеличением среднесуточной частоты дефекаций и нормализацией формы кала по Бристольской шкале.

М.П. Хохлов, А.Б. Песков, Т.С. Голубцова, С.А. Прибылова

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПЬЮТЕРНОЙ ЭЛЕКТРОАКУПУНКТУРЫ У СЛУЧАЙНО ОТОБРАННЫХ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»

Актуальность рассматриваемой проблемы. Согласно ведущим отечественным и международным клиническим рекомендациям, лечение хронической обструктивной болезни лёгких (ХОБЛ) предполагает длительное применение фармакологических препаратов. Как известно, высокая фармакологическая нагрузка на организм

пациентов повышает риск развития различных ятрогенных осложнений. Кроме того, в ряде случаев стандартная медикаментозная терапия не приводит к желаемому клиническому эффекту. Применение немедикаментозных лечебных воздействий может рассматриваться как возможность нивелировать клинические проявления ХОБЛ без увеличения фармакологической нагрузки на пациента. Компьютерная электроакупунктура (КЭАП) – является новым немедикаментозным методом лечения, апробация которого при ХОБЛ позволит оценить целесообразность его включения в стандартную схему терапии пациентов, страдающих ХОБЛ.

Цель исследования. Оценить эффективность применения КЭАП в комплексной терапии пациентов, страдающих ХОБЛ.

Методы исследования. В исследование было включено 80 пациентов, страдавших ХОБЛ, которые были разделены на 2 группы: основную (группа О) и референтную (группа Р), по 40 человек каждая. Пациенты группы О получили один курс КЭАП, состоящий из пяти сеансов, проводимых один раз в день. Пациенты группы Р получали только фармакотерапию. Контрольные точки (КТ) были запланированы в начале и конце курса КЭАП. Протоколы КТ: спирография, оценка выраженности одышки с помощью опросника mMRC (modified Medical Research Council Dyspnea Scale). Для лечения методом КЭАП применяли «Комплекс аппаратно-программный для электропунктурной стимуляции КЭС-01-МИДА», совместная разработка Ульяновского государственного университета и ЗАО МИДАУС, г. Ульяновск. Использовали аурикулярную схему акупунктурных точек, рекомендованную Я.С. Песиковым и С.Я. Рыбалко. Анализ данных проводили с помощью программы Statistica 6.0.

Результаты. Проведение курса КЭАП не привело к значимым изменениям показателей функции внешнего дыхания в группе О. В группе Р показатели функции внешнего дыхания также не претерпели значимых изменений. Достоверных различий между показателями групп О и Р не зарегистрировано ни в одной из КТ. Выраженность одышки в группе О имела тенденцию к снижению с $1,93 \pm 0,12$ до $1,65 \pm 0,14$ балла ($p > 0,05$), в то время как в группе Р такая тенденция не прослеживалась. Межгрупповых различий по выраженности одышки зарегистрировано не было. Несмотря на отсутствие подтвержденных позитивных клинических эффектов в ответ на применение КЭАП, ретроспективный анализ показал, что у 35% пациентов зарегистрировано снижение выраженности одышки по опроснику mMRC. Ретроспективно проведена оценка влияния некоторых исходных клинико-демографических характеристик пациентов на эффективность КЭАП. Согласно этому анализу показано, что наличие следующих клинико-демографических

параметров способствует повышению эффективности КЭАП: обострение, легкая или средняя тяжесть ХОБЛ, уровень эозинофилов периферической крови более 150 кл/мкл и женский пол.

Выводы. При отборе пациентов с ХОБЛ для лечения методом КЭАП необходимо учитывать клинико-демографические характеристики пациента. Наличие у пациента обострения, легкой или средней тяжести заболевания, уровня эозинофилов периферической крови более 150 кл/мкл, а также женский пол повышает эффективность применения КЭАП в комплексной терапии пациентов, страдающих ХОБЛ.

А.А. Петрова, Н.В. Филиппова, Л.Г. Андреева

АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ ПОСЛЕ ПАНДЕМИИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19

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

Актуальность. На планете от инфекций, устойчивых к антибиотикам, умирают примерно 700 тысяч человек в год. По прогнозам, к 2050 году жертвами антибиотикорезистентности могут стать уже 10 млн человек ежегодно – это больше, чем даже прогнозируемая смертность от онкозаболеваний. Избыточное применение этих лекарств – проблема не только нашей страны, это одна из основных движущих сил развития устойчивости к антибиотикам в мире. Во время пандемии COVID-19 положение усугубилось, потому что большой процент больных COVID-19 принимал антибактериальные препараты даже на ранней стадии заболевания, причем большинство самостоятельно, без назначения врача. Понимая, к чему это может привести, какими могут быть последствия, специалисты бьют тревогу.

Цель исследования: анализ проблемы антибиотикорезистентности у пациента с внебольничной пневмонией.

Материалы и методы: проведен клинический разбор пациента Б. 39 лет. В анамнезе: Хронический вирусный гепатит С, минимальной степени активности. Железодефицитная анемия тяжелой степени тяжести. Пагубное потребление алкоголя. Поступил в отделение 24 октября 2022 г. с диагнозом «внебольничная двухсторонняя деструктивная пневмония, тяжелое течение. Дыхательная недостаточность первой степени».

Амбулаторно самостоятельно начал прием антибактериального препарата. При поступлении взят биологический материал для микробиологического исследования, назначена стартовая антибактериальная терапия цефтриаксон/сульбактам 2,0 г+1,0 г 2 раза в сутки в сочетании с левофлоксацином 500 мг 2 раза в сутки. На фоне проводимой терапии динамики не отмечалось, сохранялось повышение температуры тела до фебрильных цифр, отсутствовала положительная динамика по лабораторным данным. Выявить возбудителя пневмонии не удалось ввиду предшествующего приема антибактериальных препаратов. С учетом сохраняющейся гипертермии антибактериальная терапия была заменена на цефепим 2,0 г 3 раза в сутки и ванкомицин 1,0 г 2 раза в сутки, добавлен флуконазол 400 мг однократно, далее – по 200 мг 1 раз в сутки. Через 48 часов была оценена эффективность данной терапии – динамики не отмечалось, сохранялась фебрильная лихорадка и воспалительные изменения в общем анализе крови (ускоренное СОЭ и лейкоцитоз), повышенный уровень С-реактивного белка (более 100 мг/л). Проведена повторная смена антибактериальной терапии на имипинем/циластатин 500 мг+500 мг 4 раза в сутки с оценкой эффективности через 48 часов – без эффекта. В связи с отсутствием ответа на терапию схема лечения заменена на тройную комбинацию антибактериальных препаратов: амикацин 1500 мг 1 раз в сутки, цефоперазон/сульбактам 2,0+2,0 г 2 раза в сутки и линезолид 600 мг 2 раза в сутки.

Результаты. На фоне тройной антибактериальной терапии был достигнут положительный результат: у пациента снизилась температура тела до субфебрильных цифр. По лабораторным данным также отмечалась положительная динамика в виде уменьшения воспалительной реакции в общем анализе крови и уменьшение С-реактивного белка.

Выводы: после пандемии новой коронавирусной инфекции отмечается рост полирезистентной флоры, что требует назначения комбинированных резервных антибактериальных препаратов, несмотря на выявление возбудителей из различных локусов с определением чувствительности. Учитывая неоправданно высокую частоту назначения антибактериальных препаратов во время пандемии COVID-19, прежде всего азитромицина, а также использование препаратов с широким спектром антимикробной активности (цефалоспоринов III поколения, респираторных фторхинолонов) как в стационарах, так и в амбулаторной практике, вполне ожидаемым является факт распространения антибиотикорезистентных бактерий и рост резистентности к вышеперечисленным препаратам.

Ю.Н. Бозова, М.А. Визе-Хрипунова, М.А. Турецкая

НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У БЕРЕМЕННЫХ С УКОРОЧЕННЫМ ИНТЕРВАЛОМ PQ

ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»

Беременность – физиологическое состояние организма, нередко провоцирующее нарушение ритма сердца, частота которых, по данным разных авторов, колеблется от 5 до 18% (Ермакова Е.А. и др., 2013 г.), из них около половины (41,7%, по данным Т.В. Шабала) имеют функциональный генез. В ряде случаев нарушения ритма протекают бессимптомно и не выявляются на ЭКГ при обычном исследовании.

Электрокардиографическую картину укорочения интервала P-Q при сохранении нормального комплекса QRS описали в 1938 году Clerc, Levy, Critesco. Несколько позже (в 1953 г.) Lown, Lanong, Levine выявили взаимосвязь между коротким интервалом P-Q и наджелудочковой аритмией. Укорочение интервала P-Q открывает дорогу пароксизмальным тахикардиям, аритмиям и возможной остановке сердца (Воробьев Л.В., 2013 г.).

Целью данного исследования явилось изучение у беременных с укороченным интервалом PQ состояния сердечного ритма при холтеровском мониторировании (ХМ ЭКГ).

Материалы и методы исследования. В 2022 году на базе городской поликлиники №4 было проведено 75 исследований ХМ ЭКГ на трехканальном суточном мониторе Кардио-Астел 24\3, пациенткам в возрасте от 24 до 37 лет, с беременностью на сроках от 24 до 32 недель. Все пациентки имели признаки укорочения интервала PQ по стандартной ЭКГ при полном отсутствии каких-либо субъективных жалоб. Целью ХМ ЭКГ было выявление возможных нарушений ритма, в том числе, гемодинамически значимых – пароксизмов наджелудочковой тахикардии (НЖТ). Мониторирование проводилось в течении полных суток, не менее 23 ч. 59 мин. Большинство из них в течении суток исследования не принимали никаких сердечно-сосудистых препаратов, кроме 7 пациенток, которые принимали допегит в связи с наличием в анамнезе эпизодов АГ, 3 пациентки принимали канефрон.

Результаты. Укорочение интервала в пределах 0,06–0,8 мс зафиксировано у 58 человек (77,3%), интервал PQ в пределах 0,09–0,11 мс – у 17 человек (22,7%), вне зависимости от возраста.

В результате ХМ ЭКГ были зафиксированы следующие нарушения ритма:

- наджелудочковые экстрасистолы (НЖЭ) зафиксированы у 24 пациенток в возрасте от 24 до 28 лет (32,0%);
- изолированные желудочковые экстрасистолы (ЖЭ) – у 12 человек в возрасте от 29 до 37 лет (16,1%);
- комбинированные нарушения ритма в виде НЖЭ и ЖЭ зафиксированы у 16 человек (21,3%) в возрасте от 24 до 37 лет;
- пароксизмы НЖТ (предсердной) в совокупности с НЖЭ зафиксированы у 15 человек (20,0%) в возрасте от 26 до 32 лет.
- комбинированные нарушения ритма в виде НЖЭ, ЖЭ и предсердных НЖТ зафиксированы у 8 человек (10,6%) в возрасте от 24 до 28 лет;
- пароксизмы НЖТ с сочетанием с ЖЭ не зафиксированы.

У всех пациенток, направленных на суточное мониторирование, на стандартной ЭКГ нарушений ритма в виде НЖТ зафиксировано не было, единичная редкая НЖЭ – 62%, единичная частая НЖЭ – 11%, единичные редкие или частые ЖЭ – 9%, комбинированные нарушения ритма (НЖТ ЖЭ) на стандартной ЭКГ зафиксированы не были. Подобные изменения не расценивались как значимые.

Выводы.

1. Основными направлениями в ведении беременных с укорочением интервала PQ является детальное обследование на предмет бессимптомных нарушений ритма путем проведения ХМ ЭКГ.
2. Выявленные нарушения ритма сердца являются основанием для дальнейшей диагностики заболеваний сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, дисфункции щитовидной железы, а также и других патологических состояний, способствующих развитию аритмий сердца.
3. Необходимо выявить и устранить факторы, которые могут провоцировать нарушения ритма сердца: употребление алкоголя, кофеина, курение, психоэмоциональные перегрузки. Во многих случаях выполнения вышеперечисленных мер оказывается достаточно для профилактики или купирования ряда аритмий.

С.А. Кабакова

ПРИМЕНЕНИЕ ФИКСИРОВАННОЙ КОМБИНАЦИИ ГИПОТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

ГУЗ «Карсунская районная больница имени врача В.И. Фиошина»

Актуальность. Гипертоническая болезнь (ГБ) – хронически протекающее заболевание, основным проявлением которого является повышение артериального давления (АД), не связанное с выявлением явных причин, приводящих к развитию вторичных форм артериальной гипертензии (АГ) – симптоматических АГ. Гипертоническая болезнь преобладает среди всех форм АГ, её распространённость превышает 90%. Основной антигипертензивной терапии для снижения АД и уменьшения числа сердечно-сосудистых событий являются 5 препаратов:

Ингибиторы АПФ (ИАПФ);

Блокаторы рецепторов ангиотензина-II (БРА);

Блокаторы кальциевых каналов (АК);

Бета-блокаторы (ББ);

Диуретики (тиазидные – гидрохлортиазид, и тиазидоподобные – хлорталидон и индопамид).

Многочисленными рандомизированными контролируемые испытаниями показано, что монотерапия эффективно снижает АД лишь у ограниченного числа пациентов АГ, большинству пациентов для контроля АД требуется комбинация 2-х, 3-х и более препаратов.

Цель исследования: оценить эффективность фиксированных комбинаций гипотензивных препаратов у больных ГБ.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 67 пациентов с ГБ, артериальной гипертензией III степени от 45 до 80 лет. Диагноз ГБ с АГ III степени основывался на клинических и лабораторно-инструментальных методах исследования. У всех пациентов наблюдалось повышение систолического АД 180 и выше мм рт. ст. и/или диастолического АД выше 110 мм рт. ст. Все пациенты получали комбинированную гипотензивную терапию. Первая группа (34 больных) ИАПФ/БРА, диуретик и АК получали по отдельности, из них 12 мужчин и 22 женщины. Вторая группа (33 больных) получали АК, диуретик и ИАПФ/БРА в фиксированной комбинации, из них 10 мужчин и 23 женщины.

Результаты. В группе больных, получающих гипотензивные препараты в фиксированной комбинации, эффект наблюдался со 2-х суток у всех пациентов и пролонгированный во времени

также у всех, однако у 1 пациента наблюдалась потеря контроля (3,0%) по истечении 3-х месяцев, ввиду нерегулярности приёма. В группе больных, получающих гипотензивные препараты по отдельности, эффективность ниже, что потребовало титрации доз до максимальных доз и добавления 4, 5 препарата, ниже приверженность, пациенты раньше прекращали приём препаратов, нерегулярно лечились, что приводило к потере контроля АД у 44,1%.

Выводы. При терапии ГБ с артериальной гипертензией III степени применение фиксированной комбинации гипотензивных препаратов эффективнее и значительно выше приверженность к терапии.

М.В. Марковцева, Н.Б. Есефьева, Н.В. Зуйко

ФУНКЦИЯ ПОЧКИ И ВЫЖИВАЕМОСТЬ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ЛИМФОЛЕЙКОЗОМ

ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»

Хронический лимфолейкоз (ХЛЛ), как и хроническая болезнь почек (ХБП) – это заболевания, встречающиеся преимущественно в пожилом (60–75 лет) и старческом (более 75 лет) возрасте (Савченко В.Г., 2018. Клинические рекомендации. ХБП, 2021). Одновременно с этим известно, что снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) и наличие ХБП ассоциировано с наибольшим ухудшением долгосрочного прогноза.

Цель исследования – проанализировать встречаемость ХБП у пациентов с ХЛЛ и оценить влияние этой патологии на выживаемость.

Материалы и методы исследования: ретроспективно обследовано 132 пациента с ХЛЛ (60 мужчин и 72 женщины) с известной общей выживаемостью, наблюдавшихся в гематологическом отделении ГУЗ УОКБ в период с 01.2010 по 02.2020 года. Из исследования исключались пациенты с ВИЧ-инфекцией, туберкулезом и иными паранеопластическими процессами. На момент постановки диагноза ХЛЛ у пациентов рассчитывалась СКФ по формуле СКD-EPI 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. 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 (Бикбов Б.Т. с соавт., 2009). 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%)

Обращает на себя внимание факт отсутствия связи между стадией ХЛЛ и выраженностью ХБП. Однако это подтверждает опубликованные ранее зарубежными исследователями данные о том, что связь между стадией ХЛЛ и тяжестью почечной недостаточности не наблюдается [Erten N. et al., 2005].

Анализ выживаемости исследованных пациентов показал, что только 43 пациента (32,5%) преодолели расчетную медиану выживаемости в соответствие с классификацией Binet. Особый интерес представляет факт обнаруженной обратной корреляционной связи сильной степени между ХБП С3а и выживаемостью ($p < 0,05$). Ранее нами было установлено, что наличие у пациента с ХЛЛ на момент постановки диагноза СКФ более 76,5 мл/мин/1,73 м² можно рассматривать в качестве предиктора преодоления расчетного параметра медианы выживаемости по классификации Binet (Патент РФ №2725877 С1; 2020). Пациенты с ХБП С3а не относятся к этой категории больных. В проведенном исследовании ни один пациент, имевший ХБП С3а на момент постановки диагноза ХЛЛ, не преодолел расчетную медиану выживаемости по классификации Binet.

Выводы.

1. Хроническая болезнь почек С3а имеет значимое влияние на выживаемость больных с ХЛЛ.
2. Тщательный контроль скорости клубочковой фильтрации у пациентов с хроническим лимфолейкозом уже на этапе постановки диагноза позволит оптимизировать прогноз у этой категории больных.

С.Б. Мещанинова, Е.В. Мовчан, О.А. Андреева

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ДАПАГЛИФЛОЗИНА (ФОРСИГА) У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ СО СНИЖЕННОЙ ФВ

ГУЗ «Областной кардиологический диспансер»

Актуальность. Хроническая сердечная недостаточность (далее – ХСН) является одной из самых актуальных проблем современного здравоохранения в связи с ее широкой распространенностью, неблагоприятным течением и исходами.

В России от ХСН страдают более 12 млн человек, уровень смертности от этого заболевания по-прежнему остается высоким.

Хроническая сердечная недостаточность – это серьезная проблема общественного здравоохранения во всем мире. Прогнозируется 24%-й рост количества случаев в период с 2012 по 2030 гг. Показатель 5-летней смертности составляет ~50%. Риск смерти при сердечной недостаточности (далее – СН) сопоставим с некоторыми распространенными видами онкологических заболеваний как у мужчин, так и у женщин, а у пациентов в возрасте ≥ 65 лет СН является самой частой причиной госпитализации.

При каждой госпитализации по поводу острых симптомов СН наблюдается кратковременное улучшение, но пациент покидает больницу с еще более выраженным снижением функции сердца. Основные негативные последствия СН для повседневной жизни пациента: социальная изоляция, жизнь в страхе и утрата чувства контроля. Основными причинами ХСН и ее обострения часто являются АГ (95%) и ИБС (69%), а также СД2 (16%) и перенесенные ИМ/ОКС (15%).

Среди различных фенотипов ХСН наиболее высокому риску смерти подвержены пациенты с ХСН с низкой фракцией выброса левого желудочка (ХСНнФВ) – $\leq 40\%$, составляющей около половины всех случаев ХСН. Смертность при ХСНнФВ составляет 109 случаев на 1000 пациенто-лет, что существенно выше показателя смертности среди пациентов с ХСН с ФВ ЛЖ 41–49% (63 на 1000 пациенто-лет) и среди пациентов с ФВ ЛЖ $\geq 50\%$ (75 на 1000 пациенто-лет, 95%).

В новых клинических рекомендациях Министерства здравоохранения РФ для терапии пациентов с ХСН в составе терапии препарат дапаглифлозин рекомендован с наивысшим уровнем рекомендаций и доказанности. Отмечены особые позиции

и актуальность применения дапаглифлозина для пациентов с низкой фракцией выброса для решения основных задач лечения пациентов с ХСН (устранение симптомов ХСН, улучшение качества жизни, снижение количества госпитализаций, улучшение прогноза выживаемости).

Цель исследования заключалась в оценке эффективности применения дапаглифлозина у пациентов с ХСН с умеренно сниженной и сниженной ФВ и сопутствующим снижением почечной функции, наличием СД 2 типа.

Результаты: в течение 2022 года нами было пролечено 30 пациентов с ХСН со сниженной ФВ (<40%). Из них женщин - 10, что составило 33,3%, мужчин - 20, что составило 66,6%. Из них 45% имели сопутствующий диагноз сахарный диабет II типа средней тяжести (на ТССП).

Средний уровень АД при поступлении в стационар составил: 179 мм рт. ст. (САД) и 94,5 мм рт. ст. (ДАД).

При поступлении также отмечалось нарушение клиренса креатинина на уровне ХБП 3б (30-44 мл/мин/1,73 м²) - у 30% пациентов, на уровне ХБП 3а (45-59 мл/мин/1,73 м²) у 50% пациентов, на уровне ХБП 2 ст (60-89 мл/мин/1,73 м²) - у 15% пациентов.

Препарат «Форсига» был назначен в начальной дозе 10 мг/сутки всем пациентам. Лечение проводилось в течение всего периода госпитализации, что составило в среднем 11,6 суток.

На фоне терапии отмечалось незначительное снижение исходного уровня АД, а частота случаев гипогликемии при терапии дапаглифлозином была низкой, независимо от наличия сахарного диабета. Кроме того, у 20% пациентов отмечалось увеличение клиренса креатинина на 13–17 мл/мин/1,73 м².

Также на фоне терапии препаратом «Форсига» отмечалось уменьшение выраженности основных симптомов ХСН (уменьшение одышки при нагрузке – 95% пациентов), уменьшение слабости (87% пациентов), значительное уменьшение симптоматики ортопноэ (25%), уменьшение отечности нижних конечностей (75% пациентов), уменьшение (исчезновение) застойных хрипов в легких (у 85% пациентов) с переходом пациентов в более низкий функциональный класс.

Выводы. Таким образом можно отметить, что на фоне лечения препаратом дапаглифлозином пациентов с декомпенсацией ХСН, сопутствующим сахарным диабетом 2 типа и без сахарного диабета 2 типа отмечается улучшение клинической картины заболевания, уменьшение функционального класса по NYHA, положительная субъективная динамика, улучшение качества жизни, снижение количества госпитализаций, улучшение прогноза выживаемости.

С.В. Михеев, О.В. Мелешко, Е.Е. Булатова, З.Р. Латыпова

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ С ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска»

Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) – это окклюзия легочных артерий тромбами любого происхождения, чаще всего образующихся в крупных венах ног или малого таза. Распространенность ТЭЛА от 23 до 220 человек из 100 000 в год. Смертность у выявленных с ТЭЛА составляет 10-20%. У многих медицинских работников возникают проблемы с диагностикой данного заболевания, врачи вызывают на консультацию кардиологов с диагнозом ТЭЛА при любой дыхательной недостаточности или нестабильной гемодинамике. До 50% консультации кардиологов интенсивной терапии приходится на больных с подозрением на ТЭЛА. Для исключения ТЭЛА в основном применяются д-димер, компьютерная томография с ангиопульмонографией (КТ АПГ). Д-димер обладает высокой чувствительностью и низкой специфичностью. Повышение Д-димера часто возникает при онкологических, воспалительных, заболеваниях, при остром нарушении мозгового кровообращения, ожогах, анемии, а также при многих других заболеваниях. При высокой вероятности ТЭЛА основной метод подтверждения/исключения – КТ АПГ, но данный метод обладает недостатками: дороговизна, сложность транспортировки пациента с нестабильной гемодинамикой, риски контрастиндуцированной нефропатии, аллергические реакции.

Цель исследования – сравнение эхокардиографии (ЭхоКГ) с КТ АПГ у пациентов с дыхательной недостаточностью (ДН) при ТЭЛА.

В ретроспективном исследовании взяты пациенты палаты реанимации и интенсивной терапии (ПРИТ) кардиологического отделения ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска» за 5 мес. 2022 г. (09.08.2022 г. – 01.01.2023 г). В данном стационаре имеется КТ АПГ, которая проводится круглосуточно, однако ЭхоКГ только в дневное время, за исключением случаев, когда дежурный врач владеет техникой выполнения ЭхоКГ. В ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска» скинтиграфия лёгких, хирургическая эмболэктомия из легочных артерий и баллонная ангиопластика легочных артерий не проводится. В выборке были взяты 15 пациентов с ДН (сатурация менее 89% или ЧДД более 22 в минуту в покое).

У пятерых из них была нестабильная гемодинамика в виде падение АД ниже 90/60 мм рт. ст. более 15 минут. При этом у 14 пациентов был положительный анализ на Д-димер. У всех была подтверждена ТЭЛА либо по результатам КТ АПГ либо путем патологоанатомического исследования. Всем пациентам проводилось ЭхоКГ исследование на уровне приемного отделения или в первые сутки госпитализации в ПРИТ до проведения КТ АПГ. ЭхоКГ проводилась врачом анестезиологом-реаниматологом, имеющего сертификат по функциональной диагностике. У всех пациентов были ЭхоКГ критерии перегрузки правых камер – дилатация правых камер сердца, парадоксальное движение МЖП, признак Мак-Коннела, среднесистолическое прикрытие клапана легочной артерии, расчетное систолическое давление в легочной артерии более 36 мм рт. ст. Касаемо 5 пациентов, имеющих нестабильную гемодинамику: двоим проводилась тромболитическая терапия (ТЛТ) альтеплазой, одному пациенту была противопоказана из-за острого нарушения мозгового кровообращения, двоим пациентам не проводилось ТЛТ, из-за отсутствия дефектов наполнения в легочной артерии при КТ АПГ, однако ТЭЛА была подтверждена патологоанатомическим исследованием. Среди пациентов с нестабильной гемодинамикой только один пациент выжил, ему проводилась ТЛТ.

Выводы. У пациентов с дыхательной недостаточностью ЭхоКГ обладает высокой специфичностью, может конкурировать с золотым стандартом диагностики – КТ АПГ. Учитывая высокую стоимость КТ АПГ и риски осложнений данного исследования, необходимо разработать рекомендации по исключения ТЭЛА с помощью ЭхоКГ у пациентов с дыхательной недостаточностью. Данное ретроспективное исследование указывает, что у пациентов с нестабильной гемодинамикой при ЭхоКГ признаках ТЭЛА необходимо проводить ТЛТ, не тратя время на КТ АПГ, учитывая возможный ложноотрицательный результат. Учитывая отсутствие во многих стационарах круглосуточной ЭхоКГ службы, нужно рассмотреть вопрос об обучении врачей интенсивной терапии эхокардиографии. Пациенты с ТЭЛА с нестабильной гемодинамикой имеют высокий риск летальности.

Ю.Б. Келин, С.А. Дудина, С.Б. Уланова, Г.Н. Джеландинова

РЕБАМИПИД ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЭРБ

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

Актуальность. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь – это хроническое рецидивирующее заболевание, обусловленное нарушением моторно-эвакуаторной функции органов гастроэзофагеальной зоны и характеризующееся спонтанным или регулярно повторяющимся забрасыванием в пищевод желудочного или дуоденального содержимого, что приводит к повреждению дистального отдела пищевода.

Ключевым фактором патогенеза ГЭРБ выступает патологически высокая частота и/или длительность эпизодов заброса содержимого желудка в пищевод. Целостность слизистой оболочки пищевода обусловлена равновесием между факторами агрессии и способностью слизистой оболочки противостоять повреждающему действию забрасываемого содержимого желудка при гастроэзофагеальном рефлюксе.

Нарушение клиренса пищевода развивается вследствие комбинации нескольких факторов: ослабления перистальтики грудного отдела пищевода, снижения секреции слюны и муцина.

Первым барьером, дающим цитопротективный эффект, является слой слизи, покрывающий эпителий пищевода и содержащий муцин. Слизистый слой является одним из ключевых составляющих химического клиренса пищевода и восстановления рН в нем до нормальных показателей. Секреция муцинов в слизи при ГЭРБ снижается в зависимости от тяжести эзофагита, что является дополнительным фактором, предрасполагающим к развитию эрозивного эзофагита в условиях продолжающегося ГЭР, поэтому дополнительное повышение защитных свойств слизистого барьера наряду с кислотосупрессией является важным компонентом лечения ГЭРБ.

Ребамипид повышает содержание простагландина E2 (PGE2) в слизистой оболочке желудка и повышает содержание PGE2 в содержимом желудочного сока. Способствует активации энзимов, ускоряющих биосинтез высокомолекулярных гликопротеинов, и повышает содержание слизи на поверхности стенки желудочно-кишечного тракта. Снижает уровни ИЛ-8 и свободных радикалов кислорода, что обеспечивает защиту слизистой оболочки

желудочно-кишечного тракта и восстановление ее естественных барьерных свойств.

Цель – исследовать влияние ребамипида при добавлении его в стандартную схему лечения ГЭРБ (ИПП+прокинетик).

Оценить эффективность схемы с ребамипидом и стандартного лечения (ИПП+прокинетик).

Методы. Все больные (50 человек) были разделены на 2 группы, в каждой по 25 человек. При опросе пациенты предъявляли жалобы на изжогу, отрыжку, боли в эпигастрии, чувство раннего насыщения. Всем пациентам проведено эндоскопическое обследование. В обе группы включены пациенты с эрозивными формами ГЭРБ. В первой группе пациенты получали ИПП в стандартной дозе+прокинетик. Во второй группе к стандартному лечению добавлен ребамипид в дозе 100 мг×3 р/д. Результаты оценивались через 4 недели лечения, оценивалась выраженность жалоб и эндоскопическая картина.

Результаты.

При сравнении выявлено следующее.

1. Добавление к стандартному лечению (ИПП+прокинетик) ребамипида способствует более раннему купированию симптомов ГЭРБ: в первой группе – 42%, во второй – 58%.
2. При эндоскопическом исследовании выявлено, что скорость эпителизации при эрозивных формах ГЭРБ выше во второй группе, получавших ребамипид, чем в первой. Во второй группе у 88% – заживление эрозий к концу 4 нед. лечения, в первой – 78%.
3. В обеих группах отмечено устранение воспалительных изменений на фоне проводимого лечения.

Выводы. Добавление ребамипида к традиционной схеме лечения ГЭРБ обеспечивает более быстрое купирование симптомов, таких как изжога, боли в эпигастрии, чувство раннего насыщения. Сокращает сроки эпителизации при эрозивных формах ГЭРБ.

*Р.А. Мамедова, Г.Р. Юнусова, Г.Н. Джеландинова,
С.В. Андреева*

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ПРИ ПОСТКОВИДНОМ СИНДРОМЕ

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

Артериальная гипертензия – синдром повышения систолического артериального давления (САД) более 140 мм рт.ст. и/или диастолического АД (ДАД) более 90 мм рт.ст. АГ является ведущим фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний.

Постковидный синдром – совокупность последствий коронавирусной инфекции. До 20% людей, перенесших ее, страдают от долгосрочных симптомов, длящихся до 12 недель и более.

Последствия ковидной инфекции обусловлены сложными патогенетическими механизмами, которые приводят к поражению различных органов и систем.

По разным источникам, от 10 до 80% перенесших коронавирусную инфекцию отмечают явления постковидного синдрома: около 50% – нарушения регуляции артериального давления, сопровождающиеся гипертоническими кризами, а реже – эпизодами гипотонии и ортостатической гипотензии.

Вирусные заболевания протекают с различными симптомами, в том числе для них характерны изменения сердечно-сосудистой системы, а именно дестабилизация уровня АД. Данные явления наблюдались как у здоровых лиц, так и у пациентов с АГ.

Один из патогенетических механизмов ухудшения течения АГ при COVID-19 может быть обусловлен вовлеченностью центральной нервной системы. По данным Бразильского регистра NeuroCOVID-19 в одном из исследований на аппарате МРТ было выявлено высокое содержание вирусных частиц SARS-CoV-2 в стволе мозга и отходящих от него черепных нервах. В результате вирусного поражения отмечался апоптоз этих клеток, что приводило к нарушению функционирования центров головного мозга, ответственных за регуляцию АД и дыхания.

Цель – исследовать влияние внутривенной озонотерапии у больных с АГ перенесших COVID-19.

Методы. Изучены результаты диагностики и лечения постковидных пациентов. Ретроспективно были взяты 50 пациентов с АГ, перенесших COVID -19. 25 пациентов получали гипотензивную

терапию и озонотерапию (синтезатор озона Medozons BM) в/в кап в объеме 200 мл при концентрации озона 2,5 мг/л, которая проводилась через день в количестве 5-7 процедур в условиях дневного стационара, 25 пациентов второй группы получали гипотензивную и сосудистую терапию. Пациентам обеих групп проведено электрокардиографическое и эхокардиографическое исследование с определением ФВЛЖ. Большинство пациентов были старше 55 лет, отягощающий общий соматический анамнез заболевания (ИБС, СД) у 15 пациентов. Наибольшая часть пациентов при осмотре жаловались на общую слабость, головные боли, головокружение, нестабильное АД, сердцебиение, одышка. Пациенты получали по поводу АГ базисную терапию не меньше 5 лет согласно клиническим рекомендациям по АГ. Показатели САД и ДАД были отражены в качестве среднего значения показателей, зафиксированных пациентами в персонализированных дневниках измерения АД в течение всего периода. Пациенты, получающие гипотензивную терапию совместно с озонотерапией, по окончании исследования отметили улучшение самочувствия: АД скорректировалось у 98% больных, при контрольном проведении ЭХОКГ ФВЛЖ повысилось на 3-4%, пациенты, получающие гипотензивную терапию совместно с сосудистой, также отметили улучшение самочувствия: скорректировалось АД у 98% больных, ФВЛЖ не изменилась.

Выводы. Сочетание инфузионной озонотерапии с базисной терапией 98% больных с АГ стали отмечать более быстрое улучшение общего самочувствия, нормализацию АД, уменьшение головных болей, головокружения, одышки, увеличение толерантности к физической нагрузке.

В группе больных, получающих инфузионно озонотерапию, по сравнению с группой больных, получающих сосудистую терапию, не потребовалась коррекция (увеличение) дозы гипотензивных препаратов.

А.А. Петрова, Л.Г. Андреева, В.А. Шурбин

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАНКРЕОНЕКРОЗА, ОСЛОЖНЕННОГО ПРИСОЕДИНЕНИЕМ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ ПОЛИРЕЗИСТЕНТНЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ, С БЛАГОПРИЯТНЫМ ИСХОДОМ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

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

Актуальность. По данным многочисленных публикаций, инфекции, вызванные устойчивыми штаммами бактерий, сопровождаются более высокой частотой смертельных исходов по сравнению с заболеваниями, вызванными чувствительными микроорганизмами. Особое значение уделяется проблеме карбапенемрезистентных возбудителей в связи с отсутствием на сегодняшний день альтернативных антибиотиков для лечения пациентов при таких инфекциях.

Цель – анализ проблемы антибиотикорезистентности у пациента с панкреонекрозом.

Материалы и методы. Проведен клинический разбор пациента Я., 38 лет. Поступил в стационар 05.10.22 г. в экстренном порядке с направительным диагнозом «острый панкреатит». Из анамнеза: «Употребление крепкого алкоголя в течение 10 дней. Заболел остро 05.10.22, когда стал отмечать боли в животе, рвоту съеденной пищей до 8 раз в сутки. Хронические заболевания: жировая алкогольная болезнь печени. Злоупотребление алкоголем». В ОАК лейкоцитоз $19,9 \times 10^9/\text{л}$, сдвиг лейкоцитарной формулы влево. В биохимическом анализе: СРБ 175,4 мг/л, креатинин 101 мкмоль/л, щелочная фосфатаза 68 ед/л, амилаза 439 ед/л. С момента госпитализации назначена стартовая эмпирическая терапия (тип I согласно стратификационному риску по СКАТ): р-р ципрофлоксацин 400 мг 2 р/д в/в капельно и р-р метронидазола 500 мг 3 р/д в/в капельно. По результатам компьютерной томографии органов брюшной полости от 06.10.2022 г: «Острый панкреатит с наличием выпота в брюшной полости. Панкреонекроз, индекс тяжести 8 баллов. Гепатомегалия».

07.10.2022 проведено оперативное лечение: лапаротомия, абдоминализация поджелудочной железы, вскрытие и дренирование забрюшинного пространства, формирование оментобурсостомы, дренирование брюшной полости. После оперативного вмешательства произведена

смена антибактериальной терапии: назначен р-р цефепима 2,0 г 3 р/д в/в, продолжен р-р метронидазола 500 мг 3 р/д в/в. Микробиологическое исследование раневого отделяемого от 07.10.2022: роста микрофлоры нет. 17.10.2022 проведено повторное оперативное вмешательство: санация сальниковой сумки, некрсеквестрэктомия, оментобурсостомия. С 14.10.22 по 22.10.22 отмечается периодическое повышение температурты тела до 38–39°C по вечерам. Микробиологическое исследование раневого отделяемого от 17.10.22 выделена *Klebsiella pneumoniae* 10⁷ кое, резистентность: амикацин, амоксициллин/клавулановая кислота, меропенем, цiproфлоксацин, цефепим, цефтриаксон. После получения результата посева проведена смена антибактериальной терапии: назначен р-р меропенема 2,0 г в/в в виде продленной инфузии в течение 3-х часов 3р/сутки (в первые сутки непосредственно перед первой инфузией введение нагрузочной дозы 2 гр в/в болюсно) + р-р полимиксина В 2,5 мг/кг/сут (вес 79 кг, суточная доза 197,5 мг) в/в, разделенное на два введения. Назначение р-ра меропенема по данной схеме утверждено решением врачебной комиссии. 24.10.2022 и 02.11.2022 проведены повторные операции: санация сальниковой сумки, оментобурсостомия. Микробиологическое исследование раневого отделяемого от 24.10.2022 и 02.11.2022: результат прежний. Ввиду сохраняющейся гипертермии, наличия серозно-гнояного отделяемого по дренажам 14.11.2022 проведена смена антибактериальной терапии на р-р тигециклина 100 мг в/в кап в течение 1 часа- первая нагрузочная доза, далее по 50 мг 2 р/д в/в кап в течение 1 часа + р-р амикацина 1,5 гр 1 р/д в/в + р-р флуконазола 400 мг/сут в/в кап первый день, далее по 200 мг/сут в/в кап в течение 30 минут. На фоне применения данной комбинации препаратов выделение раневого отделяемого прекратилось, лихорадка купировалась. Пациент выписан в удовлетворительном состоянии.

Вывод. Инфекции, вызванные резистентными штаммами микроорганизмов, характеризуются более тяжелым течением, увеличивают продолжительность пребывания в стационаре, предполагают применение комбинированной антимикробной терапии с использованием резервных препаратов. Все это приводит к увеличению затрат на лечение, ухудшает прогноз для здоровья и жизни пациентов.

*С.Н. Долгополова, Е.В. Никитина, Р.З. Лурда,
Н.В. Майорова*

ПОСТКОВИДНЫЙ СИНДРОМ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ: ТРУДНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

ГУЗ «Городская поликлиника №6»

До настоящего времени мировое научное сообщество так и не выработало единых подходов к определению терминов «лонг-ковид» и «пост-ковидный синдром», хотя эти понятия появились более года назад, спустя несколько месяцев после начала пандемии. ВОЗ также пока находится на этапе представления протокола, который разработан для продвижения в вопросах, касающихся формулировки определения постковидного синдрома. Но поток пациентов, обращающихся с долговременными последствиями COVID-19 к разным специалистам, становится все больше, и российское медицинское сообщество нуждается хотя бы во временных, но четких определениях терминов, а также рекомендациях по ведению этих пациентов.

Согласно многим публикациям, термином «лонг-ковид» принято называть клинические проявления заболевания, длящиеся более 4-х, но менее 12 недель с начала болезни, а хроническим ковидом или «постковидным синдромом» – период, выходящий за рамки 12 недель с момента развития заболевания. Многие исследователи склонны считать, что положительный тест на COVID-19 (в качестве лабораторного подтверждения диагноза) не является обязательным условием для постановки «лонг-ковида» и постковидного синдрома, так как нередко встречаются ложноотрицательные результаты. Предполагается, что вирус, отвечающий за репликацию, исчезает максимум через месяц после возникновения симптомов, оставляя после себя долговременные последствия. Тем не менее, сейчас многие исследования сосредоточены на поиске резервуаров вируса, в которых предположительно вирус может сохраняться в течение длительного времени. Это не означает, что вирус в резервуаре обязательно способен к репликации, но длительное сохранение мРНК или ее фрагментов в клетках организма человека

может способствовать развитию хронического воспалительного процесса и дисрегуляции иммунной системы.

Учитывая высокую частоту встречающейся патологии в условиях пандемии, приводим собственное наблюдение.

3 февраля 2022 г за медицинской помощью обратился пациент Г. 58 лет с жалобами на повышение температуры максимально до 38,6°C, а также катаральные явления. Из анамнеза выявлено, что находился в контакте с больным COVID-19. Не вакцинирован. Обследован на COVID-19 методом ПЦР, результат отрицательный. Получал противовирусную и симптоматическую терапию. На фоне лечения отмечалось кратковременное улучшение общего состояния и нормализация температуры тела. Через несколько дней стал вновь отмечать повышение температуры тела до фебрильных цифр, общую слабость, чувство заложенности в груди.

При лабораторном обследовании отмечалось повышение СОЭ до 38 мм/ч, по результатам КТ ОГК очаговых и инфильтративных изменений не выявлено. Проведено комплексное обследование на наличие инфекционных заболеваний: малярия, герпес, вирус Эпштейн Барра, кандиды, РНГА сыпно-тифозная диагностика, анализ крови на стерильность, брюшной тиф, боррелиоз, анализ крови на РА Видаля, описторхоз, токсакару, псевдотуберкулез, эхинококкоз, прокальцитонин, ВИЧ 1 и 2, кандиды – получены отрицательные результаты. Проведён комплекс инструментальных исследований, исключен паранеопластический процесс. С целью поиска генеза лихорадки записан на консультацию в ФГБНУ научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой (г. Москва). По результатам лабораторных данных в ОАК: СОЭ – 55 мм/ч, СРБ – 12, антинуклеарный фактор – менее 1:160 титр (менее 1:160 – реверсные значения), рANCA/АТ к МРО – 1,3 (норма – 0,0-5,0), сANCA/АТ к PR3 – 2,1, интерлейкин 6 – 13.1 пг/мл (норма – менее 7.0). По результатам ПЭТ КТ – признаки воспалительного процесса в верхней доле правого легкого. На приеме ревматолога в ФГБНУ научно-исследований институт ревматологии им. В.А. Насоновой (г. Москва) исключено системное заболевание соединительной ткани. С учетом высокой воспалительной активности (повышение СОЭ, СРБ, ИЛ 6) при отсутствии данных об инфекционном процессе, системном заболевании соединительной ткани и онкопатологии пациенту назначена терапия ГКС в высоких дозах. На фоне терапии получен положительный результат в виде регресса лихорадки и нормализации показателей воспалительной активности.

С учетом высокой воспалительной активности (повышение СОЭ, СРБ, ИЛ 6) и анамнеза пациента, отсутствии данных за инфекционный

процесс, системное заболевание соединительной ткани и онкопатологию, наличия признаков воспалительного процесса в верхней доле правого легкого, а также позитивный эффект на фоне применения ГКС, можно предположить развитие у данного пациента постковидного синдрома.

Выводы. Наличие отрицательного результат на COVID-19 методом ПЦР не исключает вероятность у пациента новой коронавирусной инфекции и постковидного синдрома как ее осложнения. Верификация постковидного синдрома при отсутствии в анамнезе пациента положительного результата на COVID-19 методом ПЦР возможна при исключении другой соматической и инфекционной патологии, в том числе и аутоиммунной. Терапия большими дозами ГКС препаратов дает полный регресс клинических проявлений постковидного синдрома, что подтверждается также лабораторными данными.

*С.А. Прибылова, И.Р. Керова, С.В. Войко,
И.Н. Клещевникова*

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ НА ПРИМЕРЕ ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ №5

ГУЗ «Городская поликлиника №5»

Актуальность рассматриваемой проблемы. Социально значимые заболевания, в первую очередь патология сердечно-сосудистой системы (ССС), сахарный диабет, приводят к снижению качества жизни, увеличивают инвалидизацию и смертность населения. Часто протекают бессимптомно и выявляются в далеко зашедшей стадии.

С целью ранней диагностики факторов риска, а также самих этих патологических состояний, проводится диспансеризация взрослого населения. В Ульяновской области уровень смертности обусловлен, главным образом, болезнями системы кровообращения. Ранняя диагностика заболеваний ССС, факторов риска их развития и своевременно начатая терапия могут улучшить сложившуюся ситуацию.

Цель исследования. Представить опыт работы по организации проведения диспансеризации взрослого населения на примере ГУЗ «Городская поликлиника №5».

Методы исследования. Проведен анализ карт учета профилактического медицинского осмотра (диспансеризации), ф.№131/у прикрепленного населения ГУЗ «Городская поликлиника №5» за 2022 г.

Диспансеризацией охвачено 7 797 пациентов. Объем проводимых исследований соответствовал перечню, указанному в приказе МЗ РФ №404н от 21.04.2021г. В данный анализ были включены следующие факторы риска: индекс массы тела (ИМТ), уровень физической активности, уровень холестерина крови и гликемии, курение, нерациональное питание. Оценено количество выявленных заболеваний органов ССС, с учетом впервые выявленных.

В поликлинике разработана маршрутизация пациентов, проходящих диспансеризацию, благодаря которой пациент имеет возможность пройти процедуру в минимально короткий срок.

Результаты. При проведении диспансеризации выявлены следующие модифицируемые факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний: ИМТ более 25 кг/м² зарегистрирован у 2828 человек (из них 1261 трудоспособного возраста), что составило 36,3% и 16,2% соответственно от прошедших диспансеризацию. Ожирение (ИМТ более 30 кг/м²) установлено у 2444 человек (31,3%), из них 976 (12,5%) трудоспособного возраста. Гиперхолестеринемия выявлена у 4186 человек (53,7%), из них трудоспособных 1830 человек (23,5%). Низкая физическая активность имеет место у 1112 человек (14,3%). Гипергликемия выявлена у 1441 человека (18,5%), из них 489 (6,3%) – трудоспособное население. Курение, как фактор риска, обнаружен у 531 человека (6,8%), работающих пациентов 531 (5,5%). Нерациональное питание характерно для 1839 человек (23,5%), низкая физическая активность характерна для 1112 человек (14,3%), трудоспособного 853 (10,9%) и 475 (6,1%) соответственно. Более, чем у половины обследованных пациентов определялось сочетание нескольких факторов риска, что увеличивает вероятность развития заболеваний.

В ходе диспансеризации зафиксировано 1659 случаев сердечно-сосудистых заболеваний (21,3%), 816 трудоспособного возраста (10,5%). Из них впервые выявлено 53 случая (3%): гипертоническая болезнь 44 человека, ишемическая болезнь сердца 9 человек.

Выводы. В результате проведенного анализа установлена высокая встречаемость модифицируемых факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе и у пациентов трудоспособного возраста. Обращает на себя внимание наличие 2 и более факторов риска у одного обследуемого человека.

С.В. Михеев

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: КАРДИОМИОПАТИЯ ТАКОЦУБО ПРИ ОСТРОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска»

Кардиомиопатия Такоцубо, также известная как стресс-индуцированная кардиомиопатия представляет собой состояние, которое характеризуется дисфункцией верхушки и средних сегментов миокарда на фоне относительно сохранной сократимости или гиперкинеза базальных сегментов, заболевание провоцируется физическим или эмоциональным стрессовым фактором.

Эпидемиология: точные данные заболевания остаются неизвестной.

Цель – необходимость дифференциальной диагностики кардиомиопатии Такоцубо с острым инфарктом миокарда, когда коронарографию провести невозможно, ввиду острой хирургической патологии.

Пациентка 65 лет, у которой в анамнезе контролируемая артериальная гипертензия, перенесенный венозный инсульт в 2018 г. 28.09.2022 упала дома. Вызвали скорую медицинскую помощь. С диагнозом «дисциркуляторная энцефалопатия» госпитализирована в неврологическое отделение центральной клинической больницы, где получала консервативное лечение. 01.10.2022 г. появились боли в животе. Снята ЭКГ, дежурный кардиолог установил диагноз «ИБС. Острый инфаркт миокарда, абдоминальная форма». На момент осмотра кардиологом жалобы на боли в животе.

После физикального, инструментального исследований: ЭКГ – синусовый ритм с ЧСС 94 в мин. ЭОС срединное. Желудочковая бигеминия. Подъем сегмента STV4-V6 до 3 мм. Реципрокные изменения III, aVF до 1 мм. Удлинен интервал QT 475мс. QTc по формуле Bazett: 595 мсек.



ЭХО-КС – акинезия всех верхушечных сегментов. Гиперкинез базальных отделов с обструкцией выносящего тракта левого желудочка (ВТЛЖ) с максимальным градиентом 115 мм рт. ст., митральная регургитация 2 степени. Фракция выброса – 45% по Симпсону. Выявлена свободная жидкость в брюшной полости. Выставлен диагноз: «стрессовая кардиомиопатия?» Пациентка доставлена в ПРИТ КРО, на момент поступления АД 90/60 мм рт. ст. Продолжена инфузионная терапия с коррекцией электролитов. Результат УЗИ ОБП: в брюшной полости под печенью свободная жидкость толщиной 13 мм, мочевого пузыря пуст. В малом тазу свободная жидкость до 15 мм. Рентгенография ОБП: Свободного газа и горизонтальных уровней нет.

Биохимический анализ крови проведен 01.10.2022: креатинин 271,4 мкмоль/л, калий 2,5 ммоль/л, СК-МВ 47,7 ед/л, тропонин Т 1292 нг/л (норма менее 40 нг/л). 01.10.2022 ОАК Эр. 1,08*10⁹, Нв 55 г/л, гематокрит 0,142.

Проведен консилиум, диагноз острого коронарного синдрома снят. Хирургом рекомендовано экстренная диагностическая лапаротомия, в результате которой диагностирован спонтанный разрыв прямой мышцы живота с формированием обширной гематомы передней брюшной стенки, предпузырной клетчатки и забрюшинного пространства с кровоизлиянием в брюшную полость. Разлитой гемоперитонеум. Проведено ушивание разрыва и хирургический гемостаз.

Пациентка выписана 17.10.2022 в удовлетворительном состоянии. В динамике локальная сократимость восстановилась, обструкция ВТЛЖ разрешилась.

Резюме: данный клинический случай показывает сложность диагностики кардиомиопатии Такоцубо и верном решении – отказе от коронарографии. При проведении коронарографии пациентка бы получила антитромботическую терапию, которая могла усугубить состояние пациентки в виде усиления кровотечения.

Выводы: с целью диагностики кардиомиопатии необходимо тщательно собирать клинику и анамнез, частые изменения на ЭКГ для данной патологии (неспецифический подъем сегмента ST с удлинением интервала QT), характерная эхокардиография (акинез верхушки, с обструкцией ВТЛЖ), повышение миокардиальных ферментов при Такоцубо менее выражено, в отличие от инфаркта миокарда и, самое главное, поиск причины пускового фактора (в данном клиническом случае, разрыв прямой мышцы живота).

*А.Н. Каширина, А.Г. Офилькин, А.А. Офилькина,
А.А. Губеева*

СЛОЖНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ БОЛЕВОГО АБДОМИНАЛЬНОГО СИНДРОМА НА ПРИМЕРЕ ДИАГНОЗА ИЛИОПСОИТ

**ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»
ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска»**

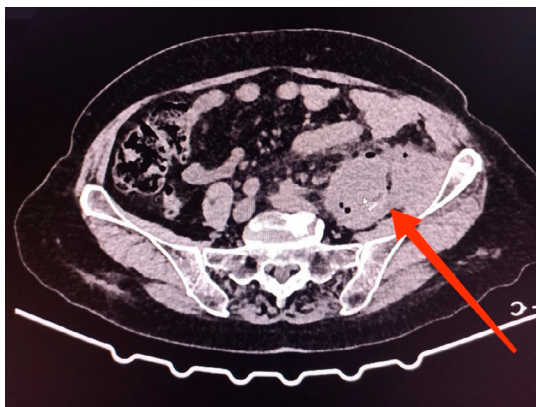
Боль в животе является одной из наиболее частых жалоб, которую предъявляют пациенты при обращении к врачу. Приблизительно 20–40% больных, госпитализированных в стационар с острой болью в животе, в момент выписки остаются с невыясненной причиной боли.

Илиопсоит – воспаление подвздошно-поясничной мышцы – редкое инфекционно-воспалительное заболевание, встречающееся в 0,01% случаев.

В связи со значительной глубиной залегания подвздошно-поясничной мышцы, ее близости к внутренним органам, позвоночнику, сосудам и поясничному нервному сплетению диагностика илеопсоита нередко сопряжена со значительными трудностями. По данным ряда авторов, диагноз «илиопсоит» может устанавливаться через несколько месяцев от начала заболевания (Субботин В.М., Токарев М.В., Давидов М.И., 2017). Лабораторная диагностика неспецифична и проявляется синдромом воспаления: лейкоцитоз со сдвигом влево, ускорение СОЭ, повышение С-реактивного белка. В диагностике большое значение имеют лучевые методики: рентгенологическое и компьютерная томография.

Пример клинического случая. Пациентка М. отмечала появление боли в поясничной области с иррадиацией в левое подреберье, через неделю повысилась температура до 37,5. В анамнезе: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, мочекаменная болезнь, артериальная гипертензия 2-й степени. В приемном отделении осмотрена неврологом и хирургом. Данных об острой хирургической патологии не обнаружено. Уролог: болезненность паравертебральных точек в поясничном отделе позвоночника слева. УЗИ: гидрокаликэктазия справа. Установлен диагноз: «острый пиелонефрит слева». Больная госпитализирована в урологическое отделение. Данные обследования. На обзорных рентгенограммах грудной клетки и брюшной полости патологических изменений не выявлено. Общий анализ крови: лейкоциты – 32,98·10⁹/л, нейтрофилы – 29,8·10⁹/л, лимфоциты – 1,95·10⁹/л,

эритроциты – 4,58·10¹²/л, гемоглобин – 117 г/л, тромбоциты – 370·10⁹/л; СОЭ – 54 мм/ч. Биохимический анализ крови: билирубин общий – 4,1 мкмоль/л, АЛТ – 39,4 Ед/л, АСТ – 28,1 Ед/л, креатинин – 62,3 мкмоль/л, глюкоза – 6,77 ммоль/л, холестерин – 7,85 ммоль/л, общий белок – 59 г/л. Общий анализ мочи: реакция кислая, цвет желтый, удельный вес – 1,025; эритроциты 2-3, лейкоциты 6-7, билирубин, белок – отсутствуют, соли-ураты, бактерии 2+; бак. посев мочи – роста микроорганизмов не обнаружено. Назначена антибактериальная (левофлоксацин 500 мг × 2 р/д) и инфузионная терапия. На фоне лечения сохранялась лихорадка и болевой синдром, присоединилась иррадиация боли в бедро. Назначена КТ почек, забрюшинного пространства: по КТ данных об остром пиелонефрите не получено. Поясничная мышца слева утолщена за счет жидкостных включений с перегородками и мелкими включениями воздуха. Инфильтрат с поясничной мышцей переходит на подвздошную мышцу, с уровнем жидкости. Заключение: «КТ признаки абсцесса подвздошно-поясничной мышцы слева (илиопсоит)».



Пациентка переведена в хирургическое отделение, проведено вскрытие и дренирование абсцесса.

Таким образом, на основании изложенного можно сделать **выводы** о дифференциальной диагностике абдоминального синдрома илиопсоита.

1. В начальном периоде заболевания превалирует неврологическая симптоматика. Чаще всего конкурируют диагнозы остеохондроз, сакроилеит, люмбоишиалгия, почечная колика, пиелонефрит, панкреатит, аппендицит. У пациентки в анамнезе МКБ, поэтому иррадиация боли в поясничную область, лейкоцитурия и бактериурия, позволили предположить острый пиелонефрит.

2. Выраженный воспалительный синдром: лихорадка, лейкоцитоз со сдвигом влево, ускорение СОЭ, отсутствие роста бактерий в моче и плохой ответ на антибактериальную терапию, потребовали расширенного обследования для уточнения диагноза.
3. Решающее значение в постановке окончательного диагноза имеют инструментальные методы исследования Компьютерная томография обеспечила точную диагностику, диагностирован абсцесс левой подвздошно-поясничной мышцы.

Л.А. Шайдуллова, В.А. Разин

КОГНИТИВНЫЙ ДЕФИЦИТ У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

ФБГОУ ВО «Ульяновский государственный университет»,
ГУЗ «Городская больница №2»

Актуальность. Очень часто встречаются коморбидные пациенты, у которых имеются заболевания сердечно-сосудистой системы и органов дыхания. Одними из наиболее часто встречающихся патологий в практике терапевта являются артериальная гипертензия (АГ) и бронхиальная астма (БА). Данные патологии влияют на перфузию головного мозга и насыщение крови кислородом, что приводит к нарушению основных функций нейронов.

Цель исследования – является выявление когнитивного дефицита у группы пациентов трудоспособного возраста с сочетанием АГ и БА.

Материал и методы. Проведено обследование 40 пациентов с сердечно-сосудистой патологией (артериальная гипертензия) и с патологией сердечно-сосудистой и бронхолегочной системы, в частности бронхиальной астмы.

Возраст пациентов составил от 40 до 60 лет. Пациенты, включенные в исследование, были разделены на три группы. I группа (контрольная группа (КГ)) пациенты без АГ и БА (n=10), II группа (основная) пациенты с сочетанием артериальной гипертензии и бронхиальной астмы (n=16). III группа (группа сравнения) пациенты с АГ (n=14). Диагнозы обследованных пациентов установлены на основании клинических рекомендаций.

Велось анкетирование по Монреальской шкале оценки когнитивных функций, которое позволило провести скрининг «мягких» когнитивных

нарушений. Выполнено тестирование обследуемых по шкале оценки психического статуса (MMSE) с целью первичной оценки состояния когнитивных функций, включая деменцию.

Результаты и обсуждение. В контрольной группе по Монреальской шкале пациенты имели $27,9 \pm 1,5$ баллов, пациенты с АГ и БА – $21,3 \pm 1,6$ балла, пациенты с АГ – $26,5 \pm 0,8$ балла. Таким образом, у пациентов контрольной группы и пациентов с АГ не выявлено когнитивного дефицита, в то время как у пациентов с сочетанием АГ и БА наблюдается легкий когнитивный дефицит. При проведении статистического анализа были выявлены статистически значимые различия по баллам Монреальской шкалы: КГvsАГ – $p=0,003$, КГvsАГ+БА – $p<0,001$, АГvsАГ+БА – $p<0,001$.

По результатам тестирования пациентов с сопутствующими заболеваниями АГ и БА по шкале оценки психического статуса (MMSE) при сравнении гендерных признаков и выраженности когнитивных нарушений признаки деменции не выявлены.

Заключение. Таким образом, проанализировав полученные данные, выявлено, что группа с сердечно-сосудистой патологией (АГ) в сочетании с бронхиальной астмой имеет легкую степень когнитивных нарушений согласно результатам, полученным по Монреальской шкале оценки когнитивных функций.

*А.Ю. Быкова, Е.В. Никитина, С.Н. Долгополова,
Н.В. Майорова*

ТЕМПЕРАМЕНТ И ДЕПРЕССИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

ГУЗ «Городская поликлиника №6»

Актуальность. Одним из важных факторов риска желудочно-кишечных заболеваний является длительный нервно-эмоциональный стресс, который затем проявляется в депрессии различной степени тяжести. Стресс многолик в своих проявлениях. Он играет важную роль в возникновении не только нарушений психической деятельности человека, но и ряда заболеваний внутренних органов. Известно, что стресс может спровоцировать практически любое заболевание. Деятельность ЖКТ во многом автономна, регулируется вегетативной нервной системой. Согласно современным представлениям, свойства темперамента

обусловлены различиями в возбудимости систем мозга, которые интегрируют поведение индивида, его эмоции и вегетативные функции. Данных, касающихся особенностей функционирования пищеварительной системы у лиц с разными типами темперамента, в литературе практически нет, хотя еще в 1906 году В.П. Сербский писал, что больные с пораженными органами пищеварения являются «пессимистами, постоянно чувствующими свое нездоровье и смотрящими самыми мрачными глазами на жизненный круговорот».

Цель – выявление типов темперамента и соотношение их со степенью депрессии у больных ЖКТ.

Методы: нами было изучено 20 пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (12 мужчин и 8 женщин, в возрасте 32–75 лет, в среднем 53 ± 5); 31 пациент с язвенной болезнью желудка (13 мужчин и 18 женщин, в возрасте 38–70 лет, в среднем 54 ± 3); 45 пациентов с синдромом раздраженного кишечника (17 мужчин и 28 женщин в возрасте 28–65 лет, в среднем 46 ± 5). Тип личностного темперамента оценивался при помощи личностного опросника Г.Айзенка (экстраверсия – интроверсия, нейротизм, шкала лжи); уровень депрессии при помощи шкалы депрессии, разработанной в НИИ им. Бехтерева. Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц (8 мужчин и 22 женщины, в возрасте от 25–60 лет, в среднем 42 ± 5). Статистическая обработка материала проведена с помощью пакета «Статистика 6.0». Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$

Результаты. При анализе опросников в группе здоровых лиц нами получены следующие значения: экстраверсия – интроверсия 12 ± 5 ; нейротизм 11 ± 5 ; шкала лжи 2 ± 2 , что характеризует вариабельность типов личностного темперамента, согласно таблице №1.

Таблица №1. Ориентировочные показатели опросника Г. Айзенка с характеристикой по типу темперамента

Экстраверсия – интроверсия:	Нейротизм:	Ложь:	Сангвиник	Флегматик	Меланхолик	Холерик
<p>больше 19 – яркий экстраверт, больше 15 – экстраверт, больше 12 – склонность к экстраверсии, 12 – среднее значение, меньше 12 – склонность к интроверсии, меньше 9 – интроверт, меньше 5 – глубокий интроверт</p>	<p>больше 19 – очень высокий уровень нейротизма, больше 13 – высокий уровень нейротизма, 9-13 – среднее значение, меньше 9 – низкий уровень нейротизма</p>	<p>больше 4 – неискренность в ответах, свидетельствующая также о некоторой демонстративности поведения и ориентированности меньше 4 – норма</p>	стабильный + экстравертированный	стабильный + интровертированный	нестабильный + интровертированный	нестабильный + экстравертированный

Уровень депрессии по шкале НИИ им. Бехтерева составил 36 ± 3 баллов (нормальное значение, ни у одного из респондентов депрессии нет).

В группе пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью получены результаты: экстраверсия – интроверсия 15 ± 3 ; нейротизм 16 ± 2 ; шкала лжи 4 ± 2 . Что характеризует данных пациентов как нестабильных экстравертов: отличаются повышенной возбудимостью, свойственна резкость и стремительность движений, неусидчивы, пытаются выполнить несколько действий за раз. Всё это ведет к погрешности в диете: еда «всухомятку», на бегу, употребление кофеинсодержащих напитков в большом количестве, стресс, вредные привычки, например, курение. Уровень депрессии по шкале НИИ им. Бехтерева составил 41 ± 4 балла, он достоверно превышал аналогичный показатель контрольной группы; у 3 пациентов диагностирована «легкая депрессия невротического характера».

В группе пациентов с язвенной болезнью желудка получены результаты: экстраверсия – интроверсия 8 ± 4 ; нейротизм 17 ± 2 ; шкала лжи 4 ± 2 , что характеризует данных пациентов как нестабильных интровертов: отличаются пессимистическими взглядами на жизнь, характеризуют себя хорошими тружениками, не успокоятся пока не выполнят работу, вследствие чего нарушают режим питания: едят 1 или 2 раза в сутки, но большими порциями, при невыполнении работы часто пребывают в стрессовом состоянии, что приводит к депрессии. Уровень депрессии по шкале НИИ им. Бехтерева составил 49 ± 5 баллов, он значительно превышал аналогичный показатель контрольной группы. У 6 пациентов диагностирована «легкая депрессия невротического характера».

В группе пациентов с синдромом раздраженного кишечника получены результаты: экстраверсия – интроверсия 12 ± 5 ; нейротизм 17 ± 2 ; шкала лжи 6 ± 2 , что характеризует этих пациентов, как нестабильных экстравертов, так и интровертов: являются хорошими тружениками, выполняют работу до конца, также возбуждены в эмоциональном и физическом плане, постоянно пребывают в возбужденном состоянии, даже при выполнении серьезной работы. Нарушение режима питания – это их конёк, еда «на бегу», погрешность в диете происходит у них каждый день; без стресса не проходит ни один день, что в дальнейшем ведет к различным депрессивным состояниям. Уровень депрессии по шкале НИИ им. Бехтерева составил 45 ± 5 баллов, достоверно превышал аналогичный показатель контрольной группы, но меньше чем в группе пациентов с язвенной болезнью желудка; у 4 пациентов диагностирована «легкая депрессия невротического характера».

Таблица №2. Интерпретация результатов. ($p < 0,05$)

	ГЭРБ	ЯБЖ	СРК	КГ
Экстраверсия-интроверсия	15±3	8±4	12±5	12±5
Нейротизм	16±2	17±2	17±2	11±5
Шкала лжи	4±2	4±2	6±2	2±2
Уровень депрессии	41±4	49±5	45±5	36±3

Вывод. В исследовательской работе нами была поставлена цель установить влияние темперамента на работу желудочно-кишечного тракта, выявление степени депрессии у больных с заболеваниями ЖКТ. Для достижения цели было проведено анкетирование пациентов с различными заболеваниями ЖКТ, определен их тип темперамента. В результате исследования мы приходим к выводу, что: гастроэзофагеальной болезни подвержены пациенты с холеричным типом темперамента в возрасте от 35 до 75 лет, что составляет 70% от общей группы, уровень депрессии пациентов составлял 41, что соответствует нормальному состоянию (85%), у трех пациентов диагностирована легкая депрессия (15%); язвенной болезни желудка подвержены пациенты с меланхолическим типом темперамента в возрасте от 38 до 70 лет, что составляет 68% от общей группы. Уровень депрессии пациентов составлял 49,5, что соответствует нормальному состоянию (80,7%), у 6 пациентов диагностирована легкая депрессия (19,3%).

Синдрому раздраженного кишечника подвержены пациенты меланхолического (50%) и холерического (29%) типа темперамента в возрасте от 28 до 65 лет, что составляет 79% от общей группы. Уровень депрессии пациентов составлял 45, что соответствует нормальному состоянию (91,1%), у 4-х пациентов диагностирована легкая депрессия (8,9%)

И.П. Сочнева

ПОРФИРИЯ – МИФ О ВАМПИРАХ

ГУЗ «Карсунская районная больница имени врача В.И. Фиошина»

Порфирия – болезнь, научно обосновавшая существование вампиров. Место их обитания, типичный образ жизни, внешний вид указывают на то, что вампиры – это люди, страдающие порфирией. Порфирия – редкое заболевание, при котором организм не вырабатывает красные кровянистые тельца, появляется недостаток кислорода и железа в крови, в результате под воздействием ультрафиолета начинается распад гемоглобина.

Порфириновая болезнь диагностируется сравнительно редко: российские врачи выявляют не более 12 случаев на 100 тысяч человек. Различные формы патологии получают распространение в отдельных регионах Земли. Так, признаки поздней кожной порфирии часто выявляется у жителей Южной Африки (1 случай на 800 человек). Острый перемежающийся тип заболевания характерен для жителей Северной Европы (1 случай на 1000 человек). Мужчины и женщины одинаково часто страдают данным заболеванием. Данное заболевание в 99% случаев наследственное.

На сегодняшний день зарегистрированных случаев данной болезни в Ульяновской области и Карсунском районе – нет. По всей России официально зарегистрировано двести человек, страдающих редким недугом.

Причины редкой болезни. Основным фактором, провоцирующим развитие заболевания, становятся генетические мутации в организме носителя.

Провоцирующими факторами манифестации порфириновой болезни становятся: избыточная инсоляция, недостаточное питание и скудный рацион, систематические стрессы, чрезмерное употребление алкоголя, вирусные и бактериальные инфекции, хронические интоксикации солями тяжелых металлов.

Виды патологии: эритропоэтическая, острая печеночная, хроническая печеночная.

Симптомы.

1. Боль в животе, задержка стула.
2. Повышение АД, учащение ЧСС.
3. Изменение окраса мочи.

4. Снижение чувствительности конечностей, ощущение ломоты в костях и суставах.
5. Мышечная слабость, в тяжелых случаях – паралич.
6. Судорожные припадки, бред, галлюцинации
7. Гиперпигментация кожных покровов под воздействием солнечного цвета
8. Гипертрихоз,
9. Светочувствительность,
10. Эрозии на коже, с последующим формированием грубых рубцов.

Несмотря на отсутствие пациентов в нашем районе, в моей практике одна пациентка все же была. Это была женщина, которая приехала в гости к родственникам. Поводом к вызову врача было повышение артериального давления. При выяснении сопутствующих заболеваний оказалось, что она страдает этим редким заболеванием.

Клинический случай. В конце июля 2022 г. у пациентки был первый приступ, случилось это во время возвращения на поезде из Москвы, беспокоила ноющая боль в животе. На УЗИ была видна только пневматизация кишечника. Пациентка обратилась к гастроэнтерологу, а потом к гематологу. После внутривенных инъекций глюкозы боль переместилась вниз.

Через год пациентка решила сдать анализы – подвёл показатель по печени АЛТ. Согласно анамнезу пациентки, мама пациентки двадцать два года назад умерла от какой-то редкой болезни.

В сентябре 2022 г. пациентка поехала в Москву, чтобы провериться на порфирию. Для этого нужно сдать анализ мочи, в которой проверяют количество порфобилиногенов. Показатели превысили норму в 34 раза, в связи с чем нарушается работа печени по типу цирроза, начинается пиелонефрит. Для снижения показателей врачи рекомендуют пить глюкозу.

Приступы – это очень опасно, врачи давали десять дней до парализации. За это время нужно ввести препарат, иначе нервная система будет сильно поражена. Встречались случаи, когда пациенты лекарство вводили не вовремя и были парализованы, для восстановления понадобилось примерно полгода. Для лечения редкого недуга существует препарат «Нормосанг», цена которого по данным интернета колеблется от трёхсот до пятисот тысяч рублей – цена за упаковку, в которой всего четыре ампулы. Препарат вкалывают курсом, по одной ампуле в день. Это лекарство исключительно для подавления приступа, его всегда нужно держать под рукой. Препарат можно вводить только через катетер,

который ставится в шею под ключицу. При введении препарата другими способами высокий риск образования тромбов.

Специфического лечения порфирии не существует. Все медицинские мероприятия направлены на купирование симптомов и предотвращение развития осложнений. Пациентам назначается витаминотерапия. Некоторые специалисты отмечают эффективность противохорадочных препаратов, антиоксидантов.

При тяжелых клинических формах назначают преднизолон.

Так как ухудшение состояния может произойти под действием солнечных лучей – кожу пациента необходимо защищать специальными кремами.



С.А. Прибылова, И.Р. Керова, В.В. Гноевых, Н.Н. Рогожина

ОПЫТ РАБОТЫ В ПОДГОТОВКЕ ОРДИНАТОРОВ НА ПЛОЩАДКЕ СИМУЛЯЦИОННОГО ЦЕНТРА МЕДИЦИНСКОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ ФГБОУ ВО УЛГУ

**ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»
Симуляционный центр медицинского моделирования**

Актуальность рассматриваемой проблемы. Учебный план подготовки ординаторов включает в обязательном порядке обучение в симуляционном центре. На базе ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет» имеется симуляционный центр медицинского моделирования (СЦММ). СЦММ представляет собой площадку для отработки практических навыков ординаторов всех специальностей, проходящих обучение в УлГУ. Центр располагает достаточным количеством современного симуляционного оборудования, включая технологии виртуальной реальности.

Цель исследования – представить опыт работы по организации обучения ординаторов по специальностям «терапия» и «общая врачебная практика (семейная медицина)» в условиях симуляционного центра.

Методы исследования. СЦММ позволяет проводить подготовку ординаторов, в частности, по специальностям «терапия» и «общая врачебная практика (семейная медицина)». Сотрудниками кафедры разработана учебная программа по дисциплине «симуляционный курс», согласно которой проводятся практические занятия. Перечень обрабатываемых навыков ежегодно актуализируется в соответствии с требуемыми квалификационными качествами специалистов. Обновление оборудования СЦММ проводится в непрерывном режиме исходя из потребностей образовательной деятельности. Для оценки качества освоения навыков на кафедре разработан чек-лист.

Результаты. Полноценная работа ординаторов с пациентами в клинике невозможна без практических навыков: физикального осмотра, сбора жалоб и анамнеза, проведения и анализа результатов ряда медицинских исследований. Поэтому обучение в ординатуре на кафедре последипломного образования и семейной медицины (ПДОиСМ) начинается с симуляционного курса. Ежегодно на кафедре ПДОиСМ проходит обучение порядка 30 ординаторов «общей врачебной практики» (ОВП) и 10-12 ординаторов по специальности «терапия». Согласно учебной программе, ординаторы осваивают следующие практические навыки: оказание экстренной медицинской помощи и проведение базовой сердечно-легочной реанимации на симуляторах манекен взрослого для обучения сердечно-легочной реанимации с компьютерной регистрацией результатов, CPR4212P, Honglian, Китай и симулятор взрослого пациента (Симулятор РП.В.ЭС); физикальный осмотр легочной, сердечно-сосудистой, пищеварительной систем на симуляторах манекен-имитатор с аускультацией сердца и легких (манекен-имитатор пациента ВиртуМЭН, компьютерный вариант) и манекен для диагностики абдоминальных заболеваний (цифровой манекен пальпации живота Z982); регистрация и анализ ЭКГ на симуляторах Манекен-имитатор с аускультацией сердца и легких (Манекен-имитатор пациента ВиртуМЭН, компьютерный вариант).

С целью повышения уровня подготовленности ординаторов в рамках раннего выявления онкологических заболеваний видимой локализации осваиваются навыки осмотра кожных покровов, молочных желез, ректальный осмотр на предмет выявления патологии с применением симуляторов.

У ординаторов ОВП необходимым является освоение навыков неврологического, ЛОР, офтальмологического, гинекологического осмотров, что также осуществляется на данной учебной площадке.

Частью обучения дисциплины является обучение интерпретации результатов рентгенологических, функциональных методов исследования, что возможно благодаря банку наглядных материалов СЦММ.

Результатом обучения в условиях СЦММ является успешное прохождение практической части Государственной итоговой аттестации (ГИА) и первичной специализированной аккредитации (ПСА). На протяжении последних трех лет процент успешной сдачи ГИА составил 100%, ПСА – 98,3%.

Выводы. Обучение практическим навыкам ординаторов по специальностям «терапия» и «общая врачебная практика (семейная медицина)» в условиях симуляционного центра необходимо для подготовки специалиста, соответствующего профессиональному стандарту и готового к самостоятельной медицинской деятельности.

Ю.П. Касаткина

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА СОЛИКВА СОЛОСТАР У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ВТОРОГО ТИПА, НЕ КОМПЕНСИРОВАННЫХ НА ПРЕДШЕСТВУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ

ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска»

Сегодня сахарным диабетом страдает по разным данным от 230 до 347 миллионов человек на планете. Стремительный рост распространенности сахарного диабета (СД) 2 типа – одна из глобальных проблем мирового здравоохранения. Она осложняется тем, что в силу патологии почек и печени у ряда больных СД 2 типа применение некоторых сахароснижающих препаратов ограничено. При этом целевого уровня гликированного гемоглобина (HbA1c) достигают только 52,2% из них.

В настоящее время доказана необходимость персонифицированного подхода не только при определении целевого уровня HbA1c (с учетом имеющихся осложнений, сопутствующих заболеваний, всех рисков, в первую очередь гипогликемий), но и при выборе сахароснижающей

терапии. Перспективными считаются комбинированные препараты, которые влияют на разные звенья патогенеза СД 2 типа. Одним из таких препаратов является Соликва СолоСтар – это фиксированная комбинация со взаимодополняющими механизмами действия: инсулин гларгин, аналог инсулина длительного действия, и ликсисенатид, агонист рецепторов глюкагоноподобного пептида 1 (ГПП-1). Препарат снижает концентрацию глюкозы в крови натощак и после приема пищи, что улучшает гликемический контроль у пациентов с СД 2 типа при минимальном риске гипогликемий и увеличения массы тела. В рамках международного исследования SUCCESS мною наблюдалось 8 пациентов. У всех на фоне лечения отмечалось снижение гликемии до целевых значений. Все пациенты за 3-6 мес достигли целевого уровня HbA1c и удерживают эти показатели по настоящее время.

Клинический случай 1. Пациент К., 63 г. Стаж диабета – 8 лет, на инсулине 4 года. Вес 99 кг. ИМТ – 35. Уровень HbA1c – 9,3% Уровень глюкозы плазмы натощак (ГПН) – 9,7 ммоль/л, постпрандиальная гликемия (ППГ) – 12–18 ммоль/л.

Диагноз: «Сахарный диабет 2 тип, на инсулине. Диабетическая нефропатия С2. Диабетическая сенсомоторная полинейропатия. Диабетическая макроангиопатия н/к». Целевой HbA1c – менее 7,5%

Сопутствующие заболевания и терапия. Артериальная гипертензия с 2015 года, принимает лозартан 100 мг, амлодипин 10 мг, индапамид 2,5 мг в сут. За последние два года отмечает значительную прибавку веса (8 кг) – Ожирение 2 ст. (ИМТ – 35).

Исходная терапия сахарного диабета – глибенкламид 3,5 мг по 2 табл утром, метформин 1000 мг 2 р/д, джардинс 25 мг утром, новомикс 30 ед вечером. Компенсация не была достигнута на данной терапии – HbA1c – 9,3%.

В связи с неэффективностью проводимого лечения назначен препарат Соликва СолоСтар 100/50, старт с 20 ед вечером (за 1 час до ужина), метформин 1000 мг 2 р/д, джардинс 25 мг в сут. Глибенкламид отменен. Пациент вел свой обычный образ жизни, физическая активность не менялась, диету периодически нарушал. Титрация дозы инсулина проводилась один раз в 4 дня. После достижения дозы 40 единиц переведен на оливковую ручку Соликва СолоСтар в дозе 100/33 (согласно инструкции).

Динамика показателей отображена в таблице.

Клинический случай 2. Пациентка Ф., 60 лет. Вес – 73 кг, ИМТ – 26. Стаж диабета – 7 лет. На инсулине 1 год. Уровень ГПН – 9,2 ммоль/л, ППГ – 11,0–14,3 ммоль/л.

Диагноз: «Сахарный диабет 2 тип, на инсулине. Диабетическая сенсомоторная полинейропатия. Диабетическая макроагиопатия н/к. Целевой HbA1c – менее 7,5%». Сопутствующие заболевания: «Артериальная гипертензия, кризовое течение – более 25 лет», принимает лозартан 50 мг в сут, индапамид 2,5 мг в сут. Гиперлипидемия более 20 лет, принимает аторвастатин 40 мг в сут.

Исходная терапия диабета: глимепирид 4 мг в сут, метформин 2000 мг в сут, джардинс – 25 мг в сут, биосулин Н – 14 ед вечером. В связи с неэффективностью терапии, выраженным аппетитом и прибавкой веса (на 6 кг за 2 мес) переведена на Соликва СолоСтар 100/50 в стартовой дозе 10 ед утром за 1 час до завтрака, метформин 2000 мг в сут, джардинс 25 мг в сутки, глимепирид отменен. Титрация дозы проводилась 1 раз в 4 дня. Питание и режим не меняла.

Основные показатели по двум пациентам отображены в таблице.

Показатель	Исходно		Через 3 мес		Через 6 мес		Через 12 мес	
	П1	П2	П1	П2	П1	П2	П1	П2
ГПН, ммоль/л	9,7	9,2	7,1	6,5	7,8	6,2	7,3	6,8
ППГ, ммоль/л	15,0	14,3	10,5	9,9	9,3	7,4	8,7	8,3
HbA1c, %	9,3	9,4	7,6	7,9	7,0	6,8	6,9	6,6
Масса тела, кг	99	7,3	98	74	98	74	97	73
Доза препарата	20	12	40	14	48	16	48	16

Таким образом, у обоих пациентов наблюдается снижение показателей уровня гликемии и HbA1c до целевых значений. Пациенты отметили уменьшение аппетита и улучшение качества жизни. В частности, повысилась работоспособность.

Препарат Соликва СолоСтар, представляющий собой комбинацию гларгина и ликсисенатида, целесообразно назначать пациентам, если предшествующая сахароснижающая терапия неэффективна, уровень HbA1c превышает целевой, а увеличение массы тела и рост сердечно-сосудистых рисков нежелательны.

Введение препарата один раз в день способствует повышению комплаентности пациентов.

В настоящее время у меня 33 пациента успешно получают терапию препаратом Соликва СолоСтар.

В.В. Овсяник, А.Г. Овчаренко

ЖИТЬ ИЛИ НЕ ЖИТЬ?

ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска»

Патология сердечно-сосудистой системы стоит на первом месте среди причин смертности в стране в целом, и в Ульяновской области в том числе. Государством предпринимаются все возможные меры с целью приостановить катастрофическое снижение численности населения в стране.

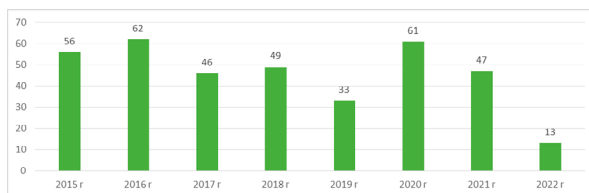
2013 год: утверждены алгоритмы оказания медицинской помощи населению с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ), требующему экстренной и неотложной медицинской помощи в условиях кардиологического отделения с палатой реанимации и интенсивной терапии, и в региональных сосудистых центрах на территории Ульяновской области.

2015 год: на базе ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска» открывается филиал «Альянс-Клиник+», в котором проводятся диагностические исследования сосудов сердца, а также ряд высокотехнологичных эндоваскулярных операций, отличающихся минимальной травматичностью и максимальной безопасностью для пациента, позволяющих восстановить просвет сосуда, тем самым спасти жизнь человека.

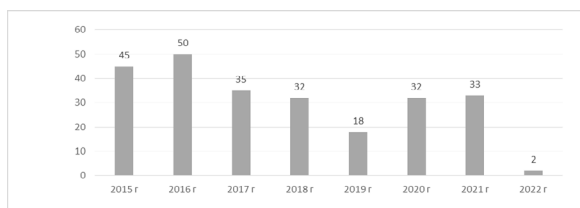
2018 год: в соответствии с распоряжением Министерства Здравоохранения (МЗ) Ульяновской области от 29.03.2018 г. №820-р «О порядке направления пациентов с ССЗ на проведение плановой коронароангиографии (КАГ)» у наших амбулаторных пациентов появилась реальная возможность своевременно обследоваться и по показаниям получать высокотехнологичную медицинскую помощь (ВМП) в клиниках Ульяновской области и РФ по квоте. С 01.10.2018 года в России начал работать приоритетный национальный проект «Здравоохранение». Но все эти мероприятия существенно не повлияли на снижение заболеваемости и смертности от повторного инфаркта миокарда (ПИМ). 28.06.2019 г. вышло распоряжение Правительства Ульяновской области от №328-пр, утвердившее региональную программу «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» (БСК), Распоряжение МЗ Ульяновской области №994-р от 21.05.2020 г. «Об организации работы по обеспечению лекарственными препаратами в амбулаторных условиях лиц, которые перенесли острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, а также которым были выполнены аорто-коронарное шунти-

рование (АКШ), ангиопластика коронарных артерий со стентированием и катетерная абляция по поводу ССЗ», приказ №639н от 29.09.2022 г. МЗ РФ. Благодаря программе льготного лекарственного обеспечения вышеперечисленные категории граждан имеют возможность бесплатно получать современные дорогостоящие антикоагулянтные препараты, весь спектр гипотензивной терапии и другие препараты в течение двух лет. Также с 2022 года в льготной программе появились лекарственные препараты для лечения сердечной недостаточности, которые увеличивают продолжительность жизни у данной группы пациентов. И уже по итогам 2022 года мы видим значительное снижение заболеваемости и смертности от повторного инфаркта миокарда (ПИМ).

Динамика заболеваемости повторным инфарктом миокарда, 2015–2022 гг. (в абсолютных цифрах).



Динамика смертности от повторного инфаркта миокарда, 2015–2022 гг. (в абсолютных цифрах).



Нами проанализированы амбулаторные карты 13 пациентов с ПИМ, зарегистрированных в 2022 г. (прикрепленных к поликлинике ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска»): умерли 2 человека (не наблюдались), у 11 живых: стентирование однократно проведено 8 чел., двукратно – 2 чел., АКШ – 1 чел., схема двойной антиагрегантной терапии назначена в стационаре – 6 чел., тройной – 5 чел. Все 11 пациентов получают лекарственные препараты по льготе БСК, состоят на диспансерном учете у кардиолога. Можно

с уверенностью сказать, что все предпринимаемые государством меры для снижения заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний начинают давать свои результаты, что мы и видим по итогам 2022 г. в районе обслуживания ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска».

М.М. Ребровская, Н.С. Шаповал, А.А. Шаповал

ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ COVID-19

ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»

Актуальность. В 2020 году мир столкнулся с новой коронавирусной инфекцией COVID-19. На систему здравоохранения легла огромная нагрузка по борьбе с инфекцией, а медицинские работники оказались наиболее уязвимой группой населения. И без того тяжелый труд, оказание медицинской помощи в условиях опасности заражения, огромные потоки больных, высокая ответственность за принятие решений привели к развитию у большого количества медицинских работников различных эмоциональных расстройств, которые часто приводят к развитию тяжелой соматической патологии, вызывая временную и стойкую нетрудоспособность. Поэтому особенно актуальной проблемой является сохранение и укрепление эмоционального состояния медицинских работников.

Цель исследования – изучить эмоциональное состояние медицинских работников в период пандемии COVID-19.

Методы исследования. В исследовании приняли участие 200 медицинских работников, 71,3% женщин и 28,7% мужчин. Средний возраст составил $34,1 \pm 5,9$ года. Врачей было 35,6%, фельдшеров – 12,7%, медицинских сестер – 40,1%, младшего медицинского персонала – 11,6%.

Работали в ковидных госпиталях – 30,9% чел. Средний стаж работы по специальности составил $10,5 \pm 1,2$ лет. Данные были собраны при помощи социально-психологического статистического метода – анкетирования, проведенного анонимно с использованием специально разработанной для этого анкеты, а также современных опросников и шкал: шкалы тревоги и депрессии HADS, опросника оценки качества жизни – EuroQol EQ-5D-5L.

Результаты. В ходе социологического исследования получены следующие результаты: 38,9% чел. оценили свое эмоциональное

состояние как благополучное, неблагополучное – 41,7% чел., затруднились дать ответ на вопрос – 19,4% чел. 51,1% чел. указали на связь неблагополучного эмоционального состояния с ограничением контакта с родными из-за риска заразиться, с усталостью от работы – 36,4% чел., боязнью заражения себя – 23,8% чел. Во время пандемии количество эмоциональных расстройств среди медицинских работников возросло. 34,4% чел. отметили, что постоянно испытывали чувство тревоги, страх, подавленность, настроения, стрессы. Часто (2 раза в неделю) – 50,4% чел., редко (1-2 раза в месяц) – 15,2% чел. На эмоциональное состояние медицинских работников повлияла и перенесенная новая коронавирусная инфекция. 91,2% опрошенных перенесли заболевание, переболели в легкой форме 57,9% чел., средней степени тяжести – 34,9% чел., тяжелой степени – 7,2% чел. Большинство переболевших COVID-19 медицинских работников (73,1% чел.) отмечали повышенную утомляемость, неустойчивое настроение, депрессию (14,5%). Медработники отмечали проблемы со сном на фоне высокого эмоционального напряжения. Количество ночного сна менее 7 часов отметили 48,1% опрошенных. Постоянная бессонница у 22,7%, периодически – у 57,6% опрошенных. При оценке шкалы тревоги и депрессии выявлено, что 8–10 баллов, соответствующие субклинически выраженной тревоге/депрессии, набрали 46,1% опрошенных, 11 и более баллов (клинически выраженная тревога/депрессия) – 22,7%. Для снятия тревоги и депрессии медицинские работники использовали сон (34,5% чел.), алкоголь (28,9%), успокаивающие средства (23,5%), занятия спортом (13,1%). Для уменьшения эмоционального выгорания медицинские работники считали необходимой поддержку родных и близких (56,7%), руководства лечебных учреждений (45,6%), а также правовую защиту на уровне государства (34,8%).

Выводы. Полученные данные говорят о высоком уровне эмоционального напряжения среди медицинских работников во время пандемии COVID-19. Большинство медицинских работников находились в состоянии постоянной тревоги, страха и переживали за здоровье своих близких. Медицинские работники предпочитали снимать стресс, тревогу алкоголем, сном и успокаивающими средствами. Проведенное исследование подтверждает необходимость укрепления психологического здоровья медицинских работников, профилактики эмоционального выгорания, обеспечение правовой защиты и комфортных условий труда медиков, так как от их работы зависит качество оказания медицинской помощи пациентам.

Э.Р. Сакаева, А.М. Шутов, И.Е. Савинова, И.Н. Дементьев

ОСТРОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19

ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»
ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска»

Актуальность рассматриваемой проблемы. Острое повреждение почек (ОПП) нередко осложняет течение COVID-19 и повышает внутрибольничную летальность, а также может приводить к хронической болезни почек и повышать риск сердечно-сосудистых осложнений.

Цель исследования – изучить частоту и структуру ОПП, применение отношения азота мочевины крови к креатинину крови (АМК/Кр) как биомаркера развития острого повреждения почек при COVID-19.

Материалы и методы исследования. Обследовано 329 пациентов, поступивших в стационар с COVID-19. Женщин было 157 (47,7%), мужчин – 172 (52,3%) средний возраст $58,0 \pm 14,3$ лет. Период наблюдения составил 12 месяцев. Диагноз COVID-19 подтвержден ПЦР-тестом. У всех больных изучена частота, тяжесть и время развития ОПП, рассчитано отношение азота мочевины крови к креатинину крови (АМК/Кр, мг/дл:мг/дл).

Результаты. ОПП диагностировано у 70 (21,3%) больных, из них у 12 (17,1%) больных повышение уровня креатинина наблюдалось во время лечения в стационаре – «внутрибольничное ОПП», у 58 (82,9%) – повышение креатинина наблюдалось уже при госпитализации – «внебольничное ОПП». ОПП 1 стадии имело место у 55 (78,6%) больных, 2 стадии – у 11 (15,7%), 3 стадии – у 4 (5,7%) больных. Среди 58 больных с внебольничным ОПП отношение $АМК/Кр > 20$ в день госпитализации наблюдалось у 16 (27,6%), у 12 больных с внутрибольничным ОПП $АМК/Кр > 20$ выявлено только у 1 (8%).

Выводы. У каждого четвертого госпитализированного больного с COVID-19 развивается ОПП преимущественно I стадии. У большинства больных ОПП развивается еще на догоспитальном этапе лечения. У 27,6% больных с внебольничным ОПП в день госпитализации отношение $АМК/Кр > 20$, что может свидетельствовать о преренальном характере ОПП и важности дегидратации (гиповолемии) в развитии ОПП при COVID-19.

И.Р. Керова, С.А. Прибылова, В.В. Гноевых, Л.В. Матвеева

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ И ПЕРВИЧНОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ АККРЕДИТАЦИИ НА БАЗЕ СЦММ УЛГУ ЗА ПЕРИОД 2020-2022 ГГ.

ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»

Актуальность рассматриваемой проблемы. Аккредитация специалиста является обязательной процедурой определения соответствия профессионального уровня выпускника медицинского учреждения требованиям к квалификации медицинского работника по определенной специальности и является допуском к самостоятельной работе. Процедура первичной (ПА) и первичной специализированной аккредитации (ПСА) проводится на регулярной основе в соответствии с законодательством РФ. Площадками для проведения являются аккредитованные медицинским сообществом симуляционные центры. Одна из активно работающих площадок находится на базе симуляционного центра медицинского моделирования (СЦММ) Ульяновского государственного университета – симуляционно-аттестационный центр II уровня.

Цель исследования – представить опыт работы по организации проведения ПА и ПСА на базе СЦММ.

Методы исследования. Площадка СЦММ позволяет проводить ПА и ПСА по двум специальностям специалитета и более 30 специальностям ординатуры и первичной переподготовке специалистов. Перед проведением аккредитации специалистов разрабатывается график проведения процедуры совместно с главными внештатными специалистами Министерства здравоохранения Ульяновской области. В соответствии с ним осуществляется работа аккредитационных комиссий по заявленным специальностям.

Результаты. Проанализирована работа по организации аккредитации на базе СЦММ за трехлетний период (2020–2022 гг.). Процедура аккредитации проводилась поэтапно, согласно нормативной базе. С целью рационализации процесса график предусматривал ротацию специальностей на разных этапах ПА и ПСА. Площадка СЦММ позволяет проводить процедуру как в очном, так и в дистанционном формате. В период 2020–2021 гг. 1 и 3 этапы ПА и 1 этап ПСА проводились дистанционно в связи с эпидемией COVID-19.

В 2020 г. было охвачено 153 выпускника специалитета, 149 (97,4% от общего числа выпускников). ПСА: всего подано

267 заявлений, успешно завершили процедуру 261 человек (97,7%). Причинами незавершения аккредитации стала неявка потенциально аккредитуемых из-за болезни. Второй этап ПА проведен в СЦММ с соблюдением противоэпидемических норм.

В 2021 г. дистанционная форма аккредитации сохранялась по причине высокой заболеваемости COVID-19. Было охвачено 267 выпускников специалитета, из них успешно завершили процедуру 263 человека (98,5% от общего числа). ПСА: подано заявлений 335, успешно завершили аккредитацию 330 (98,5%). Причина незавершения этапов аналогична предыдущему году.

В 2022 году аккредитация проводилась в очном формате. ПА: подано 280 заявлений, из них сдано 259; 9 человек не прошли пороговое значение по разным этапам (3%) и 12 не явились или отказались от дальнейшей сдачи. ПСА: подали заявление для прохождения аккредитации 376 человек, 30 из них не сдали. 14 (4%) – по причине непрохождения порогового значения по обоим этапам и 16 – по причине неявки или отказа.

Выводы. В ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет» имеется аккредитованный СЦММ, мощность которого позволяет аккредитовывать 100% выпускников, завершивших обучение по программам специалитета, ординатуры и первичной переподготовки. Процедура аккредитации на базе СЦММ может проводиться как в очном, так и в дистанционном варианте. Процент успешно завершивших ПА и ПСА сохраняется стабильно высоким, независимо от формата проведения аккредитации.

*Н.Н. Рогожина, О.М. Свирид, Е.В. Гноевых,
М.А. Визе-Хрипунова*

ОСОБЕННОСТЬ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

**ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»
ГУЗ «Городская больница №3»**

Диспансеризация представляет собой комплекс мероприятий, включающий в себя профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, проводимых в целях оценки состояния здоровья. Диспансеризация в большинстве случаев

завершается диспансерным наблюдением, чтобы можно было отследить течение заболевания и провести профилактику осложнений.

Цель исследования – оценить порядок проведения диспансеризации и выявить особенности современного этапа на примере ГУЗ Городская больница №3.

Материалы и методы. По данным статистического отчета ГУЗ Городская больница №3 за 2021–2022 годы проведен анализ диспансеризации. Оценивались такие показатели: количество диспансерных пациентов, полнота охвата диспансерного наблюдения (ДН) по сумме нозологий и по отдельным нозологиям, эффективность диспансерного наблюдения по отдельным показателям.

Результаты. ГУЗ Городская больница №3 имеет 31 участок, на которых работает 26 терапевтов, осуществляющих диспансеризацию. На одно физическое лицо приходится 1 732 пациента (2022 г.) ДН осуществляют врач-терапевт, фельдшер отделения медицинской профилактики, а также врач-специалист. С 01.09.2022 года вступил в действие приказ №168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми». Согласно документу, значительно расширен перечень хронических заболеваний и состояний, при наличии которых необходимо диспансерное наблюдение за взрослым населением врачом-терапевтом, а также установлен подобный перечень для узких специалистов. Ранее было определено 28 групп заболеваний, при которых пациенты ставились на диспансерный учет, теперь – 96.

Как показал анализ, количество диспансерных пациентов ГУЗ Городская больница №3 осталось прежним и в 2022 году составляет 11 189 человек (2021 г. – 11 140 человек). В тоже время, увеличилась нагрузка на каждую ставку врача с 337 человек в 2021 году до 474 человек в 2022 г. Полнота охвата ДН по сумме нозологий составляет 65,3%, что несколько ниже в сравнении с 2021 годом (68,9%).

Полнота охвата ДН по основным нозологическим формам достаточно высокая: гипертоническая болезнь – 64,5% (2021 г. – 68,3%); ИБС – 83,6% (2021 г. – 84,4%); сахарный диабет – 100% (2021 г. – 100%); бронхиальная астма – 100% (2021 г. – 100%); язвенная болезнь – 100% (2021 г. – 100%); пневмония – 100% (2021 г. – 100%); ХОБЛ – 87,1% (2021 г. – 99,3%); цирроз печени – 100% (2021 г. – 100%); хр. панкреатит – 45,3% (2021 г. – 52,5%); остеопороз – 100% (2021 г. – 100%). Однако есть нозологии, где эти показатели низкие – анемия (47,3%), артрозы (11,3%), болезни желчного пузыря (39,4%).

Доля больных, находящихся на диспансерном наблюдении, достигших целевого уровня АД: 10,8%. Доля больных,

находящихся на диспансерном наблюдении, достигших целевого уровня общего холестерина, 5,8%.

Выводы.

1. Значительно расширен перечень хронических заболеваний и состояний, при наличии которых необходимо диспансерное наблюдение (с 28 до 96).
2. При сохраняющемся количестве пациентов, состоящих на диспансерном наблюдении (11 140 в 2021 г. и 11 189 в 2022 г.) увеличилось количество пациентов на одну ставку врача (с 359 до 474) и увеличилось количество диспансерных пациентов, получивших амбулаторное лечение.
3. Полнота охвата ДН по сумме нозологий составляет 65,3%. При ряде патологий она достигает 100% (СД, язвенная болезнь, бронхиальная астма, РА, СКВ и др.). Но есть и низкие показатели: анемия – 47,3%, ожирение – 55,4%, болезни печени – 37,4%, артрозы – 11,3%.
4. Необходимо повышать эффективность диспансерного наблюдения по целевым показателям (уровню АД, холестерина и др.).
5. Эффективное проведение диспансерного наблюдения будет способствовать сокращению числа обращений по поводу обострений хронических заболеваний, снижению вызовов скорой медицинской помощи, уменьшению числа и количества дней нетрудоспособности, числа госпитализаций, в том числе по экстренным показаниям в связи с обострением или осложнением заболеваний, по поводу которых лица находятся под диспансерным наблюдением.

*М.А. Визе-Хрипунова, В.С. Лебедева, Е.О. Хлопкова,
Е.В. Гноевых*

ТЕЧЕНИЕ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА В УСЛОВИЯХ КОМОРБИДНОСТИ

ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»

Характерной чертой течения синдрома раздраженного кишечника (СРК) является наличие коморбидности, которая представляет собой актуальную проблему в реальной клинической практике. Гастроинтестинальная коморбидность больного с СРК связана с наличием общих патогенетических звеньев и представлена

не только сочетанной патологией внутри функциональных расстройств, но также формированием «синдрома перекреста» с различными органическими заболеваниями. Нередко при коморбидном течении заболеваний наблюдается феномен «взаимногоотягощения», в результате чего увеличивается тяжесть течения каждого из них (Симаненков В.И. с соавт., 2020 г.; Гаус О.В., Ливзан М.А., 2021 г.)

Цель исследования – оценить частоту коморбидности при СРК и ее влияние на течение основного заболевания.

Материалы и методы исследования. Проанализированы истории болезни и амбулаторные карты 64 пациентов с СРК, проходивших диагностику и лечение в гастроэнтерологическом отделении ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница» и в условиях амбулаторного приема гастроэнтеролога в ГУЗ Городская больница №3 в период 2019–2021 годов. Все пациенты проходили обследование и лечение, согласно стандартам МЗ РФ. Проведен анализ симптомов текущего обострения заболевания, верификация коморбидной гастроэнтерологической патологии (с учетом Римских критериев-IV и рекомендаций РГА).

Результаты. Всего 64 больных с СРК, 47 из которых (71%) женщины. Средний возраст $37 \pm 3,8$ лет. СРК с диареей – 30, СРК с запором – 6, смешанный СРК – 28 пациентов. При детальном обследовании было выявлено, что 58 пациентов (91%) имели сопутствующие заболевания. В ряде случаев пациенты о них не знали и они были выявлены в ходе проведения таких исследований, как ФГДС, КФС (язвенная болезнь, дивертикулез, эрозивные гастродуодениты и пр.)

Нами был проведен анализ коморбидной патологии. Мы ее разделили на гастроинтестинальную и внегастроинтестинальную. Среди гастроинтестинальной патологии лидировали ГЭРБ (47%), функциональная диспепсия (35%), стеатоз печени (22%), долихосигма/долихоколон (45%), функциональная несостоятельность сфинктеров – недостаточность кардии (47%), недостаточность пилорического сфинктера с дуоденогастральным рефлюксом (38%). У 60% пациентов наблюдалось сочетание с гастритом или дуоденитом. У части пациентов выполнялось исследование на инфекцию Нр. В 13 % случаев она была обнаружена. Высокая частота гастроинтестинальной коморбидности связана с общими патогенетическими звеньями – висцеральной гиперчувствительностью, нарушением слизисто-эпителиального барьера, нарушениями моторики и др.

Среди внегастроинтестинальной патологии при СРК наиболее часто идет сочетание с тревожно-депрессивными расстройствами (45%), такими как астено-невротический, астено-депрессивный синдромы,

соматоформное устойчивое болевое расстройство. Эти изменения наблюдались при всех вариантах СРК: с диареей в 47%, с запором – 67%, смешанная форма – 41%. При этом роль стрессогенного фактора в дебюте заболевания отмечали 72% пациентов, в 12% это была перенесенная ранее кишечная инфекция. Также имели место артериальная гипертензия 12%, избыточный вес или ожирение (15%).

У пациентов с СРК без коморбидной патологии отмечались минимально выраженные симптомы основного заболевания. Пациенты с коморбидной патологией имели разнообразные и многочисленные жалобы, выраженную психосоматизацию.

Выводы.

1. Коморбидность при СРК очень высокая и составляет 91%, наиболее выраженная при СРК с диареей – 50%.
2. Среди внегастроинтестинальной патологии при СРК наиболее часто идет сочетание с тревожно-депрессивными расстройствами (45%), наиболее выраженные при СРК с запором (67%), избыточным весом или ожирением (15%).
3. Среди гастроинтестинальных заболеваний при СРК – сочетание с другими функциональными заболеваниями ЖКТ – ФД (35%), с органическими заболеваниями – ГЭРБ (47%), стеатозом печени (22%), особенностями анатомии кишечника-долихо-сигма/долихоколон (45%), геморроем (17%).

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

ПРЕДИКТОРЫ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ТЕЧЕНИЯ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»

Заболевания печени являются глобальной проблемой здравоохранения. Самыми распространенными причинами формирования цирроза печени (ЦП) являются хронический вирусный гепатит С и алкогольная болезнь печени. Более чем у 50% больных манифестация болезни может происходить на этапе декомпенсированной стадии. Ежегодно в мире от цирроза печени умирает более 1 млн человек. По данным ВОЗ, за последние 20 лет показатель смертности от цирроза печени возрос до 10–20 на 100 000 населения в год. На сегодняшний день цирроз печени как причина смерти занимает 10-е место и входит

в 6 основных причин у лиц наиболее трудоспособного возраста 35–55 лет (Клинические рекомендации МЗ РФ «Фиброз и цирроз печени», 2021 г.)

Цель исследования – определить этиологические факторы, клинические, лабораторные, инструментальные данные, определяющие тяжелое течение цирроза печени.

Материалы и методы исследования – проанализированы истории болезни 200 пациентов с ЦП, проходивших диагностику и лечение в гастроэнтерологическом отделении ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница» в период 2019–2020 годов. Была выделена группа с крайне тяжелым течением (24 человека), находившихся на лечении в ОРИТ. Все пациенты проходили обследование и лечение, согласно стандартам МЗ РФ. Анализировались клинические, лабораторные (общеклинические, биохимические) и инструментальные (УЗИ ОБП, ФГДС, УЗДГ сосудов печени) данные. Был рассчитан индекс фиброза FIB-4.

Результаты. Среди больных ЦП 86 мужчин и 114 женщин, средний возраст $53,3 \pm 5,6$ лет. Преобладали больные класса С-61%, однако среди больных ОРИТ они составляли 91,6%. Алкогольный генез составил 52%, вирусные гепатиты – 37,5%, а 10,5% – исходы первичного аутоиммунного холангита, аутоиммунного гепатита, ВИЧ и пр. Но среди больных ОРИТ доминировал алкогольный генез-75%. В клинической картине отмечались желтуха, асцит, геморрагии, гепато- и спленомегалия.

Выявлены отличия и в лабораторных показателях. 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 холестаз (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, холинэстеразы – 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) и отражал развитие почечной недостаточности, вероятно в рамках гепаторенального синдрома.

При эндоскопическом исследовании 52% больных ЦП имели ВРВП, в 64% – портальную гастропатию. У пациентов ОРИТ в 20% были выявлены язвы желудка (в основной группе только в 7% случаев), в 8% – кровотечение из ВРВП.

Нами произведена оценка выраженности фиброза с помощью теста FIB-4. Использовали интернет-калькулятор. 75% пациентов с ЦП печени имели выраженный фиброз – более 9. Но среди пациентов ОРИТ в 93% индекс фиброза достигал 10,3, что и определяло более тяжелое течение.

Выводы.

1. Наиболее частой этиологической причиной декомпенсации цирроза печени является алкогольное поражение.
2. Прогностическая модель оценки риска тяжелого прогрессирующего течения у больных циррозом печени включает сочетание декомпенсации заболевания с прогрессирующей печеночно-клеточной недостаточностью и холестазом на фоне нарушения выделительной и фильтрационной функции почек, выраженность системных воспалительных реакций, язвенного поражения желудка и ДПК и фиброза более 10 по данным теста FIB-4.

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

ВЛИЯНИЕ ИНГИБИТОРОВ SGLT2 НА МАРКЕРЫ РЕПОЛЯРИЗАЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВ ПРИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С НИЗКОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА

**ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»
ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»**

Основной проблемой сердечной недостаточности является ее тесная связь с желудочковыми нарушениями ритма, связанными с нарушениями процессов реполяризации желудочков. Применение известных в настоящее время антиаритмических препаратов ограничено у пациентов с хронической сердечной недостаточностью с низкой фракцией выброса или в силу абсолютных противопоказаний, или ввиду отсутствия прогностической значимости, за исключением, пожалуй лишь β -блокаторов. Ингибиторы SGLT2 являются относительно новым игроком в этой области. Различные глифлозины продемонстрировали впечатляющий положительный эффект у пациентов с сахарным диабетом

2 типа и без него, особенно в части снижения частоты госпитализаций по поводу сердечной недостаточности, однако мало что известно об их антиаритмических свойствах.

Цель исследования – провести сравнение показателей QT, QTc, QTd у исходной группы пациентов с хронической сердечной недостаточностью с низкой фракцией выброса (ХСНнФВ) и через 6 месяцев на фоне применения ингибиторов SGLT2.

Объекты и методы исследования. В исследование включены 30 пациентов мужского пола, средний возраст $61,6 \pm 11,15$ лет, средний уровень NTproBNP $2992,8 \pm 66,9$ пг/мл. Критерии включения пациентов в исследование: пациенты с ХСН с нФВ любой этиологии, получающие стандартную терапию ХСН, включающую ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента, β -блокаторы, антагонисты минералокортикоидных рецепторов. Методы исследования: проведение ЭКГ, мониторинг ЭКГ по Холтеру, проведение сигнал-усредненной ЭКГ (СУ-ЭКГ) на стандартной терапии ХСН исходно, затем – через 6 месяцев после добавления к терапии ингибиторов SGLT2.

Полученные результаты. Показатели СУ-ЭКГ представлены в таблице.

Показатели	Исходные	На фоне терапии ингибиторами SGLT2	p
QT (мсек)	477±102,5	467±74,7	0,35
QTc по Базетта (мсек)	516±96,2	477±72,9	0,09
QTd (мсек)	60,2±48,8	56,9±53,8	0,44

На фоне терапии ингибиторами SGLT2 отмечалось уменьшение значений таких маркеров реполяризации миокарда, как QT, QTc, QTd. Однако, как видно из представленной таблицы статистически значимого различия не получено, что связано с малой численностью исследуемых пациентов.

Кроме указанных признаков, проводилась оценка количества одиночных желудочковых экстрасистол (ЖЭс), количества эпизодов неустойчивой желудочковой тахикардии (ЖТ). При сравнении данных показателей отмечается снижение количества одиночных ЖЭс в сутки: 1 255 исходно, против 322,8, то есть отмечалось уменьшение количества ЖЭс на 74,3% ($p=0,045$). Так же, отмечалось снижение частоты эпизодов неустойчивой ЖТ в сутки: 4,54 исходно, против 0,63 на фоне лечения, что является на 86% меньше ($p=0,36$).

Заключение. У пациентов с ХСНнФВ на фоне терапии ингибиторами SGLT2 отмечается уменьшение величин маркеров реполяризации миокарда.

Т.С. Кузнецова

ИСХОДЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ У ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ЗАМЕСТИТЕЛЬНУЮ ПОЧЕЧНУЮ ТЕРАПИЮ МЕТОДОМ ГЕМОДИАЛИЗА, В УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ В 2021 ГОДУ

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»

Актуальность. В настоящее время известно, что пациенты, получающие лечение программным гемодиализом (ПГД), отличаются более неблагоприятным течением новой коронавирусной инфекции COVID-19. По различным данным, летальность в данной группе пациентов составляет от 25 до 52%.

Цель – анализ исхода заболевания новой коронавирусной инфекцией COVID-19 у пациентов с терминальной почечной недостаточностью, получающих заместительную почечную терапию методом гемодиализа, влияние вакцинации от новой коронавирусной инфекции COVID-19 на исход заболевания.

Материалы и методы исследования. В работе представлены результаты ретроспективного исследования, проведенного по данным 2 ковидных госпиталей г. Ульяновска, где получали лечение пациенты с терминальной почечной недостаточностью в связи с возникновением у них новой коронавирусной инфекции COVID-19. В исследование были включены пациенты, получавшие стационарное лечение с 01.01.2021 г. по 31.12.2021 г. За 2021 г. в Ульяновской области среди 567 пациентов с терминальной почечной недостаточностью, находящихся на гемодиализе, новой коронавирусной инфекцией COVID-19 заболело 139 пациентов. Все пациенты были госпитализированы в ковидные госпитали г. Ульяновска. Возраст пациентов составил от 31 года до 81 года. Женщин было 54%. Диагноз новой коронавирусной инфекции COVID-19 был подтвержден наличием вируса SARS-CoV-2 в анализе мазка методом полимеразной цепной реакции и по результатам компьютерной томографии органов грудной клетки (КТ ОГК). Также учитывалась вакцинация заболевших пациентов от новой коронавирусной инфекции COVID-19. Среди заболевших пациентов вакцинированными от новой коронавирусной инфекции COVID-19 было 54 человека. Вакцинация от новой коронавирусной инфекции была проведена двухкомпонентной вакциной «Спутник V» или «Спутник Лайт». В конечном итоге рассматривался исход в виде выздоровления или летального исхода.

Результаты. Заболеваемость новой коронавирусной инфекцией COVID-19 среди пациентов с терминальной почечной недостаточностью, получающих заместительную почечную терапию методом гемодиализа составила 139 человек (24,5%). Вакцинированных пациентов среди заболевших новой коронавирусной инфекцией COVID-19 было 53 пациента (38,13%). На фоне проведенной терапии выздоровление было отмечено у 99 пациентов (71,22%), вакцинированных среди них было 53 пациента (53,5%). Смертность от новой коронавирусной инфекции составила 40 человек (28,8%), среди них 6 были вакцинированы (15%).

Заключение.

1. Заболеваемость новой коронавирусной инфекцией Covid-19 у пациентов с терминальной почечной недостаточностью, получающих гемодиализ, в Ульяновской области за 2021 г. составила 24,5%.
2. Летальность в данной группе пациентов составила 28,8%.
3. Среди выздоровевших пациентов вакцинированными оказались 53,5%.
4. Летальность среди вакцинированных пациентов составила 15%.
5. Вакцинация от новой коронавирусной инфекции COVID-19 снижает риск летального исхода у пациентов с терминальной почечной недостаточностью, получающих заместительную почечную терапию методом гемодиализа.

*А.В. Крупенникова, Л.Г. Андреева, Н.В. Трошина,
А.Е. Парменов*

**ВНУТРИРЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ
ПРОВЕДЕНИЯ ДОГОСПИТАЛЬНОЙ
ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ**

**ГУЗ «Центральная клиническая медико-санитарная часть
имени заслуженного врача России В.А. Егорова»
ООО «Альянс Клиник Свяга»**

Актуальность. Существуют значительные меж- и внутрирегиональные различия в качестве оказания скорой медицинской помощи в Российской Федерации, в том числе в объеме выполняемой догоспитальной тромболитической терапии (ТЛТ) пациентам с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента

ST (ОКСпST). Изучение внутрирегиональных особенностей ТЛТ при ОКСпST позволит скорректировать организационные мероприятия по снижению госпитальной летальности от инфаркта миокарда.

Цель – изучить внутрирегиональные отличия в соблюдении клинических рекомендаций в отношении догоспитальной ТЛТ при ОКСпST.

Материалы и методы. Выполнено ретроспективное исследование медицинских карт стационарных больных, доставленных на госпитализацию в ГУЗ ЦКМСЧ им. В.А. Егорова из прикрепленных районов Ульяновской области и г. Ульяновска в период с 1 января по 31 декабря 2022 года. Проведен анализ выполнения ТЛТ по показаниям среди прикрепленных муниципальных образований. Общее количество проанализированных случаев составило 162 (мужчин – 111 (68%), женщин – 51 (32%), средний возраст 64 ± 10 лет). Из г. Ульяновска поступило 75 пациентов (46%), из других муниципальных образований Ульяновской области – 87 (54%). После оценки клинического состояния и эффективности ТЛТ (при выполнении) все пациенты были переведены для проведения ЧКВ в ООО «Альянс Клиник Свяга». Диагностика ОКСпST, оценка показаний и противопоказаний к проведению догоспитальной ТЛТ выполнялись согласно КР МЗ РФ «Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы» от 2020 года.

Результаты. У 157 (97%) из 162 пациентов с возникновения болевого синдрома до обращения за медицинской помощью прошло менее 12 часов; в городе Ульяновске таких было 73 (97%), в Майнском районе – 13 (93%), в Сенгилеевском и Инзенском районах – по 5 (83%), в других районах – 100%.

В г. Ульяновске из 73 пациентов, доставленных в ГУЗ ЦКМСЧ им. В.А. Егорова, в 19 случаях (26%) с момента регистрации подъема сегмента ST на ЭКГ до момента госпитализации прошло более 60 минут; догоспитальная ТЛТ, несмотря на наличие показаний, была проведена в 2 случаях (10%). Остальные 54 человека (74%) были доставлены менее, чем за 60 минут, при этом догоспитальная ТЛТ, несмотря на отсутствие показаний, была выполнена в 4 (7%) случаях.

В прочих прикрепленных муниципальных образованиях Ульяновской области из 84 пациентов, своевременно обратившихся за медицинской помощью, в 80 случаях (95,2%) транспортировка до ГУЗ ЦКМСЧ им. В.А. Егорова заняла более 60 минут. Всем имевшим показания к ТЛТ она была выполнена в Павловском и Старокулаткинском районах. Частично выполнялась в Майнском (21,4%), Карсунском (23,1%), Вешкаймском (11,1%), Сурском (37,5%), Николаевском (50%)

и Инзенском (20%) районах. Ни одному из имевших показания к проведению ТЛТ она не была выполнена в г. Новоульяновске, в Ульяновском, Сенгилеевском, Цильнинском, Тереньгульском, Новоспасском, Кузоватовском, Радищевском районах. Одному из пациентов, доставленных из Инзенского района, ТЛТ была выполнена в нарушение показаний в срок более 12 часов с момента возникновения боли (при отсутствии нестабильности гемодинамики).

Таблица 1. Количество пациентов, получивших догоспитальную тромболитическую терапию в прикрепленных к ГУЗ ЦКМСЧ им ВЛ. Егорова муниципальных образованиях Ульяновской области за 2022 год.

Муниципальное образование Ульяновской области	Общее количество пациентов	Кол-во пациентов с временем транспортировки более 60 минут	Кол-во пациентов, получивших ТЛТ по показаниям
Ульяновский р-н	3	2 (66.7%)	0 (0%)
г. Новоульяновск	2	1 (50%)	0 (0%)
Сенгилеевский р-н	5	5 (100%)	0 (0%)
Майнский р-н	13	13 (100%)	3 (23,1%)
Вешкаймский р-н	9	9 (100%)	1 (11,1%)
Карсунский р-н	15	13 (86.7%)	3 (23,1%)
Сурский р-н	8	8 (100%)	3 (37,5)
Николаевский р-н	6	6 (100%)	3 (50%)
Павловский р-н	1	1 (100%)	1 (100%)
Старокулаткинский р-н	1	1 (100%)	1 (100%)
Тереньгульский р-н	3	3 (100%)	0 (0%)
Цильнинский р-н	5	5 (100%)	0 (0%)
Инзенский р-н	5	5 (100%)	1 (20.0%)
Новоспасский р-н	4	4 (100%)	0 (0%)
Кузоватовский р-н	3	3 (100%)	0 (0%)
Радищевский р-н	1	1 (100%)	0 (0%)

Выводы. Анализ медицинских карт стационарных больных на примере одного из кардиологических отделений Ульяновской области продемонстрировал, что 97% пациентов обращаются за медицинской помощью в срок менее 12 часов с момента развития болевого синдрома.

Данная тенденция наблюдается во всех муниципальных образованиях внутри региона.

В городе Ульяновске, несмотря на короткое плечо доставки, каждый 4-й пациент транспортируется в ЧКВ центр более 60 минут. При наличии показаний ТЛТ проводится в 10% случаев, а при их отсутствии – в 7%.

В других муниципальных образованиях области время транспортировки пациента в 95% случаях составляет более 60 минут. Имеются существенные внутрирегиональные различия в соблюдении клинических рекомендаций в отношении ТЛТ: в 2-х из 16 анализируемых муниципальных образований Ульяновской области ТЛТ выполнялась при наличии показаний в 100% случаев, в 6 районах – частично, в 8 – не выполнялась вовсе.

*А.В. Крупенникова, Н.В. Трошина, В.А. Тарасов,
И.В. Глинкина*

СОБЛЮДЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДОГОСПИТАЛЬНОЙ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

**ГУЗ «Центральная клиническая медико-санитарная часть
имени заслуженного врача России В.А. Егорова»
ООО «Альянс Клиник Свяга»**

Актуальность. Согласно клиническим рекомендациям Министерства Здравоохранения Российской Федерации (КР МЗ РФ), у пациентов с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST (ОКСпST) тромболитическая терапия (ТЛТ) является одним из методов восстановления коронарного кровотока. Не проведение своевременной ТЛТ ведет к увеличению госпитальной летальности при инфаркте миокарда.

Цель исследования – изучить соблюдение клинических рекомендаций в отношении догоспитальной тромболитической терапии у пациентов с ОКСпST.

Материалы и методы исследования. Выполнен ретроспективный анализ медицинских карт стационарных больных, доставленных на госпитализацию в ГУЗ ЦКМСЧ им. В.А. Егорова из прикрепленных,

согласно региональной маршрутизации, районов Ульяновской области и г. Ульяновска в период с 1 января по 31 декабря 2022 года. Общее количество проанализированных случаев составило 162 (мужчин – 111 (68%), женщин – 51 (32%), средний возраст 64 ± 10 лет). После оценки клинического состояния и эффективности тромболитической терапии (при её выполнении) все пациенты были переведены для проведения чрескожного коронарного вмешательства в ООО «Альянс Клиник Свияга». Диагностика острого коронарного синдрома с подъемом сегмента ST, оценка показаний и противопоказаний к проведению догоспитальной тромболитической терапии выполнялись согласно КР МЗ РФ «Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы» от 2020 года.

Результаты. У 157 (96,9%) из 162 доставленных пациентов с момента возникновения болевого синдрома до обращения за медицинской помощью прошло менее 12 часов. Среди них у 99 (63%) пациентов время с момента постановки предварительного диагноза сотрудником скорой медицинской помощи (СМП) (регистрация подъема сегмента ST на ЭКГ) до госпитализации составило более 60 минут. Из указанных 99 пациентов, имевших показания к проведению догоспитальной ТЛТ, она была выполнена только в 18 случаях (18%).

В то же время, 58 (37%) человек были доставлены СМП в срок менее 60 минут и, следовательно, не имели показаний для догоспитальной ТЛТ (предпочтительным методом реперфузии являлось первичное ЧКВ), но несмотря на это 4-м (7%) пациентам из них догоспитальная тромболитическая терапия была проведена. Одному из пациентов ТЛТ была выполнена в нарушение показаний в срок более 12 часов с момента возникновения боли (при отсутствии нестабильности гемодинамики).

Выводы. Анализ медицинских карт стационарных больных на примере одного из кардиологических отделений Ульяновской области продемонстрировал, что подавляющее большинство пациентов с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST (97%) обращаются за медицинской помощью в срок менее 12 часов с момента возникновения болевого синдрома. Транспортировка после постановки предварительного диагноза до стационара занимает более 60 минут в 63% случаев, что требует проведения догоспитальной ТЛТ, которая не осуществляется, несмотря на показания у большинства пациентов (82%). В то же время, в 7% случаев ТЛТ выполняется необоснованно, задерживая проведение первичного ЧКВ, способствуя увеличению стоимости лечения и риска развития осложнений.

*Н.Н. Кукушкина, Л.Н. Савоненкова, М.С. Шумилова,
О.Н. Еремеева, Т.С. Васильева*

ТРУДНОСТИ И ОШИБКИ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО КОКСИТА В ГЕРИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»
ГУЗ «Ульяновский областной клинический
госпиталь ветеранов войн»
ГКУЗ «Областной клинический противотуберкулезный
диспансер им. С.Д. Грязнова»

Диагностика туберкулеза у гериатрических больных затруднена из-за коморбидности с соматическими заболеваниями, маскирующими течение специфического процесса.

Цель – описание случая туберкулезного коксита, маскируемого проявлениями ишемического инсульта и остеохондроза позвоночника.

Мужчина, 66 лет, поступил 27.10.2022 с жалобами на выраженную слабость, головокружение, одышку, учащенное сердцебиение, слабость в левых верхней и нижней конечностях, затруднение ходьбы. Несколько лет страдал артериальной гипертонией с повышением артериального давления до 180/100 мм рт.ст., 17.09.2022 диагностирован ишемический инсульт с гемипарезом и гемигипестезией слева, дизартрией; трепетание предсердий. За 3,5-4 месяца до инсульта отмечал слабость, «познабливание» по вечерам, боли в левом тазобедренном суставе и левой нижней конечности, затруднения при ходьбе, расцениваемые как проявления инсульта. Объективно: состояние тяжелое, кожа бледная; ЧДД 18 в 1 мин, дыхание ослабленное везикулярное; границы сердца расширены влево, тоны приглушены, ЧСС – 155, пульс – 155 в мин, АД/С=А/Д/Д=90/60 мм рт. ст.; печень на 2 см ниже реберной дуги. В области левого тазобедренного сустава припухлость, движения ограничены и болезненны.

Лабораторно: СОЭ 55 мм/час, лейкоциты $7,2 \times 10^9$ /л, лимфоциты 16%; гемоглобин 67 г/л, эритроциты $3,35 \times 10^{12}$ /л с микроцитозом и гипохромией; снижение гематокрита (21,6%) и сывороточного железа (2,1 ммоль/л).

ЭКГ (27.10.2022): трепетание предсердий 2:1 (тахисистолическая форма, ЧСС 155 в мин), купированное кордароном. ЭХО-КС (28.10.2022): расширение ЛП, эксцентрическая гипертрофия ЛЖ, гипокинез

базального, среднего и нижних сегментов ЛЖ, отсутствие систолы предсердий в диастолической функции ЛЖ; гидроперикард (105 мл).

УЗИ плевральных полостей и органов брюшной полости (05.11.2022): небольшое количество свободной жидкости справа и слева, гепатоспленомегалия. Обзорная R-грамма ОГК (27.10.2022): признаки хр. бронхита. ФГДС (28.10.2022): поверхностный гастрит с участками атрофии.

КТ (31.10.2022 г.): признаки остеохондроза пояснично-крестцового отдела позвоночника, дополнительно слева: смещение верхней трети бедра вверх и латерально; неровность контуров, уплощение головки, укорочение и утолщение шейки с участками деструкции; расширение суставной щели; скошенность крыши вертлужной впадины, участки деструкции в подвздошной кости; нечеткость контуров и утолщение мышц вокруг верхней трети бедренной кости, подвздошной и дистального отдела поясничной мышц, в структуре которых жидкостные образования 20×18×25 мм; множественные полиморфные костные фрагменты в мягких тканях вокруг тазобедренного сустава и верхней трети бедренной кости. При УЗИ левого тазобедренного сустава по передней поверхности бедренной кости выше уровня большого бугорка обнаружено скопление неоднородной жидкости размером 66×29 мм. В пунктате из жидкостного образования (1.11.2022г.) методом ПЦР обнаружена ДНК МБТ и получен рост МБТ в системе ВАСТЕС (8.11.2022).

Клинический диагноз «гипертоническая болезнь III ст., III ст. Ишемический инсульт (17.09.2022), кардиоэмболический подтип в бассейне ПСМА, умеренный левосторонний гемипарез, гемигипестезия, дизартрия. ХСН II Б, III ФК. Железодефицитная анемия тяжелой степени. Туберкулезный коксит слева в фазе распада, осложненный натечником. Артритическая стадия. МБТ+.

Заключение. Анализ медицинской документации свидетельствует о трудности диагностики туберкулезного коксита. Ошибками диагностического поиска явились не полностью собранный анамнез, недооценка жалоб (похудание) и гемограммы (высокая СОЭ при нормальном количестве L), неправильная интерпретация status localis, недооценка R-картины легких (остаточные явления первичного туберкулезного комплекса слева).

А.В. Олейникова

ВЛИЯНИЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ПРЕКОНДИЦИОНИРОВАНИЯ МИОКАРДА НА РЕЗУЛЬТАТЫ РЕПЕРФУЗИИ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ С ЭЛЕВАЦИЕЙ СЕКМЕНТА ST

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

Актуальность. Острый коронарный синдром с элевацией сегмента ST (ОКСпST) и по сей день является одной из актуальных проблем экстренной кардиологии во всем мире, в том числе и в России. Раннее восстановление проходимости в окклюзированной коронарной артерии улучшает прогноз заболевания, однако реперфузионное повреждение миокарда напротив приводит к развитию жизнеугрожающих аритмий, усугублению острой сердечной недостаточности и другим осложнениям, отягощающим течение заболевания. Индуцирование эпизодов короткой преходящей ишемии и последующей реперфузии до периода продолжительной тяжелой ишемии миокарда способно существенно минимизировать поражение сердца. Данное явление получил названия ишемического preconditionирования. Приступы стенокардии, впервые возникшие за несколько дней до инфаркта, (предынфарктная стенокардия) могут рассматриваться как эквивалент ишемического preconditionирования, уменьшающего размер инфаркта и смертность при реперфузионной терапии у больных с ОКСпST.

Цель работы. Оценить влияние предынфарктной стенокардии на результаты реперфузии, клиническое течение показателей систолической функции левого желудочка у пациентов с острым коронарным синдромом с элевацией сегмента ST (ОКСпST).

Материалы и методы. В исследование были включены 48 пациентов с ОКСпST в возрасте от 37 года до 75 лет (средний возраст $56 \pm 3,9$ года). Больные были разделены на две группы: 1-я группа (основная) – 23 пациента, у которых развитию инфаркта миокарда (ИМ) предшествовали приступы впервые возникшей стенокардии (предынфарктная стенокардия) в течение 24–48 часов; 2-я группа (сравнения) – 25 пациентов, у которых ИМ развивался без какой-либо предшествующей клиники. Первичное чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) выполнено 41 (85,4%) больному, спасительное ЧКВ после неудачного тромболитика

в течение 12 ч выполнено 4 (8,3%) больным, ранее ЧКВ после успешного тромболиза в течение 2–24 часов – у 3 (6,2%). Всем больным проводилась электрокардиография и эхокардиография.

Результаты исследования. Трансформация ОКСпСТ в ИМ с зубцом Q наблюдалась у 38 (79,2%) пациентов, без Q – у 10 (39,5%). В 1-й группе больных ИМ с зубцом Q развивался гораздо реже, чем среди пациентов 2-й группы (39,5% против 44,1%). В 1-е сутки заболевания острая левожелудочковая недостаточность (ОЛЖН) Killip III развилась у 1 (4,3%) больного 1-й и у 2 (8,1%) – 2-й группы; ОЛЖН II класса – соответственно у 2 (8,7%) и 4 (16,0%). В 1-й группе отмечалось недостоверно меньшее, чем в контрольной количество одиночных желудочковых экстрасистол (ЖЭ), эпизодов парных, групповых ЖЭ и эпизодов желудочковой тахикардии (ЖТ). Рецидив ИМ развился у 1 пациента 2-й группы на 4-е сутки; в 1-й группе больных рецидивов ИМ не наблюдалось. Показатель глобальной систолической функции (ФВ ЛЖ) был сниженным у 4 (17,4%) пациентов 1-й группы, и у 10 (40,0%) пациентов 2-й группы. Но более значимое снижение наблюдалось во 2-й группе (ФВ – $50,5 \pm 0,5$ против $46,3 \pm 0,3$ %).

Выводы. Наличие прединфарктной стенокардии как клинического эквивалента ишемического preconditionирования миокарда у пациентов с ОКСпСТ способствует уменьшению ишемического и реперфузионного повреждения миокарда, ограничению развития зоны некроза. Ишемическое preconditionирование миокарда у этих пациентов ассоциировано с благоприятным влиянием на показатели глобальной и региональной систолической функции миокарда ЛЖ, улучшением результатов реперфузии при ОКСпСТ, а следовательно – улучшением прогноза.

Т.Ф. Ивлева, Э.А. Каримова, Ф.А. Сайфутдинова

СИСТЕМА ОРГАНИЗАЦИИ УПРАВЛЕНИЯ И ПРОВЕДЕНИЯ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ГУЗ «УЛЬЯНОВСКИЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ГОСПИТАЛЬ ВЕТЕРАНОВ ВОЙН»

**ГУЗ «Ульяновский областной клинический госпиталь
ветеранов войн»**

Актуальность. Федеральный закон №323 от 01.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» характеризует термин «качество медицинской помощи» как совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата.

Создание системы управления качеством медицинской помощи – одно из приоритетных направлений в реформировании здравоохранения на современном этапе. Начиная с 2017 года, большую помощь в данном направлении сыграл «Институт качества Росздравнадзора», который разработал практические рекомендации по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности. 31.07.2020 г. Министерством здравоохранения Российской Федерации введен в действие приказ №785н «Об утверждении требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности».

На основании этого приказа в госпитале разработаны и внедрены локальные нормативные документы, создана «Служба контроля качества и безопасности медицинской деятельности», которая проводит плановые и целевые аудиты по внутреннему контролю качества. Целью внутренних плановых аудитов является предупреждение нежелательных событий в медицинской организации.

В разработке планов по внутренним аудитам используются статистические критерии с отрицательной динамикой: общая летальность, летальность с острым инфарктом миокарда, инсультом в отделениях реабилитации в течение 30 дней после перевода из сосудистых отделений, после повторных оперативных вмешательств, при росте случаев инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, повторная

госпитализация в течении 30 дней после выписки из стационара, травматизм в отделениях пациентов и др.

Внутренние аудиты проводятся также в виде анкетирования пациентов для получения информации по удовлетворительности пациентов качеством оказания медицинской помощи. По результатам внутренних аудитов намечаются мероприятия по устранению выявленных замечаний, проводится учеба, тренинги и повторный контроль.

Большая роль в контроле качества медицинской деятельности отводится эпидемиологической безопасности. Эпидемиологическая безопасность предусматривает предотвращение и минимизацию рисков возникновения инфекционных заболеваний, связанных с оказанием медицинской помощи.

Разработана и внедряется «Программа эпидемиологической безопасности:

- порядок выявления, учета и регистрации ИСМП;
- порядок проведения микробиологического мониторинга;
- порядок проведения дезинфекции и стерилизации;
- порядок гигиены рук медицинских работников, пациентов, посетителей;
- порядок профилактики инфицирования возбудителями гемоконтактных инфекций;
- порядок изоляции пациентов;
- порядок обеспечения противоэпидемиологических мер при отдельных эпидемических ситуациях;
- порядок безопасности обращения с медицинскими отходами;
- порядок посещения маломобильных пациентов родственниками.

Контроль за выполнением порядка по эпидемиологической безопасности проводятся с помощью разработанных СОП, проверочных чек-листов для аудитов, инструкций и алгоритмов.

В текущем году предстоит продолжение работы по оптимизации системы управления и проведения внутреннего контроля качества: внедрение клинических рекомендаций, создание клинических протоколов по ведению пациентов на этапе лечения, систематический статистический анализ нежелательных событий, создание методических материалов по различным направлениям по вопросам КМП, обучение персонала, активация проведения внутренних аудитов, разработать критерии экономического стимулирования качественной и безопасной медицинской деятельности.

*Н.А. Слободнюк, Д.П. Драпова, Э.А. Каримова,
М.Е. Федулова*

ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕРЫВИСТОЙ ГИПОБАРИЧЕСКОЙ ГИПОКСИИ ПРИ ГИПЕРТИРЕОЗЕ

**ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»,
ГУЗ «Ульяновский областной клинический госпиталь
ветеранов войн»**

Гипертиреоз характеризуется стойким повышением продукции тиреоидных гормонов, приводит к нарушению состояния различных органов и систем, снижению трудоспособности, требует длительного лечения. В настоящее время при лечении различных заболеваний широко используется прерывистая гипокситерапия сильными, кратковременными гипоксическими стимулами. В литературе имеются сведения об эффективном использовании гипокситерапии в лечении ряда заболеваний щитовидной железы (ЩЖ), таких как пострадиационный гипотиреоз, аутоиммунный тиреоидит. Сведений о применении этого метода при лечении гипертиреоидных состояний в литературе не найдено, что и послужило предпосылкой для проведённого экспериментального исследования.

Цель исследования – изучить действие прерывистой гипобарической гипоксии на структурное и функциональное состояние ЩЖ при экспериментальном гипертиреозе.

Методы исследования. Объектом исследования служили кролики с моделированным экспериментальным гипертиреозом. Проведены три серии исследования: I-я серия – здоровые кролики, являлись контролем (К-1). II-я серия – кролики с экспериментальным гипертиреозом, вызванным вскармливанием левотироксина натрия из расчета 50 мкг/кг массы тела животного, наблюдались в течение 30 дней после окончания моделирования гипертиреоза. В III-й серии – кролики с экспериментальным гипертиреозом подвергались воздействию прерывистой гипобарической гипоксии (ПГГ) в течение 30 дней. ПГГ моделировалась путем разрежения воздуха в барокамере и снижения барометрического давления. Состояние ЩЖ оценивалось по уровню ТТГ и тиреоидных гормонов (Т3 и Т4), по характеру микрогемодикуляторного русла (МЦР) и структурным изменениям в паренхиме ЩЖ на 7, 15 и 30 сутки экспериментов.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета программного обеспечения Statistica 13 (StatSoft).

Результаты исследования. В соответствии с задачами исследования II-ой серии экспериментов, после прекращения вскармливания тироксином, в показателях контроля наблюдались высокая концентрация тиреоидных гормонов в сыворотке крови животных, так уровень гормона Т-3 превышал контроль в 2,3 раза; Т-4 – в 2,5 раза. Согласно механизма «обратной связи» уровень ТТГ был снижен на 44,4%. МЦР и структура паренхимы ЩЖ указывали на гиподисфункциональное состояние: высота тиреоидного эпителия снижалась на фоне увеличения диаметра фолликулов и коллоида. На 7-е сутки после отмены вскармливания тироксином изменения ЩЖ мало отличались от предыдущих сроков. На 15 и 30-е сутки уровень тиреоидных гормонов продолжал снижаться, Т-3 – на 72,7%, Т-4 – на 54,4%, в противоположность уровню ТТГ, превышающему контроль на 32,4. МЦР и структура паренхимы ЩЖ имели тенденция к восстановлению, однако к концу серии достоверно не достигали уровня первых суток. В III-ей серии кролики с экспериментальным гипертиреозом подвергались воздействию ПГГ. Результаты исследований показали, что на 7-е сутки эксперимента показатели МЦР достоверно не отличались от уровня контроля, структурные изменения имели достоверные отличия. К 15-м суткам эксперимента структура паренхимы ЩЖ приблизилась к показателям контроля (диаметр фолликулов и коллоида, высота тиреоцитов). Уровни ТТГ и тиреоидных гормонов достигли уровня контроля к концу эксперимента (30-е сутки).

Выводы. Результаты исследований показывают, что применение прерывистой гипобарической гипоксии у кроликов с экспериментальным гипертиреозом ускоряет сроки восстановления функциональных и структурных изменений ЩЖ, которые происходят в последовательности: микрогемодинамические изменения – на 7-е сутки, высота тиреоидного эпителия – на 15-е сутки, тиреоидные гормоны – на 30-е сутки эксперимента.

Д.В. Колчин, Д.П. Драпова, В.Е. Салюкова, Е.А. Филина

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ НИЗКОЧАСТОТНОЙ МАГНИТОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ

**ГУЗ «Ульяновский областной клинический госпиталь
ветеранов войн»**

Актуальность исследования: хроническая нейросенсорная тугоухость (ХНСТ) - является одним наиболее актуальных и распространенных заболеваний в современной оториноларингологии. С каждым годом число больных, страдающих этой патологией, неуклонно растет. Возможно, это связано с широким внедрением аудиометрической аппаратуры в амбулаторную практику, с другой стороны, нельзя исключить и реальное возрастание количества нарушений слуха по нейросенсорному типу, причиной которого может стать рост числа сердечно-сосудистых заболеваний среди лиц пожилого и старческого возраста и увеличение общей продолжительности жизни. Установлено, что среди пациентов в возрасте с 60-75 лет заболеваемость пресбиакузисом составляет 62%, а среди лиц старше 75 лет до 85% (Голованова Л.Е. 2010;). Лечение ХНСТ на сегодняшний день остается не до конца решенной задачей. Существует значительное число лекарственных препаратов, используемых в терапии данной патологии, однако, широкому внедрению медикаментозной терапии в гериатрической практике в значительной мере препятствует побочное действие многих лекарственных препаратов и низкая приверженность к лечению. Транскраниальная магнитотерапия наиболее физиологичный вид лечения, одновременно воздействующий на несколько звеньев патогенеза хронической нейросенсорной тугоухости.

Цель исследования – изучить эффективность использования транскраниальной магнитотерапии в комплексном лечении пациентов пожилого и старческого возраста с хронической нейросенсорной тугоухостью.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением в ГУЗ УОКГВВ находилось 60 пациентов с хронической нейросенсорной тугоухостью возрасте 55-75 лет включительно (средний возраст 67+-4,2 года). Давность заболевания составляла от 1 года до 10 лет по данным анамнеза заболевания.

Всем пациентам пред началом лечения был проведен комплекс общеклинических исследований и тональная пороговая аудиометрия по 4 частотам (500, 1000, 2000, 4000 Гц) на аппарате Interacoustics AD 226, позволяющая установить факт наличия ХНСТ. В исследовании не принимали участие пациенты имеющие онкологические заболевания и заболевания в стадии декомпенсации. Пациенты были разделены на 2 группы сходные по возрасту и полу. Средний курс лечения в обеих группах составил 12 дней. Пациенты 1-ой группы (30 человек) получали курс медикаментозной терапии направленный на улучшение микроциркуляции и повышение энергетического обмена клетки: Цитофлавин (никотинамид, янтарная кислота, рибофлавин, инозин), Триметазидин, Винпоцетин. 2-я группа (30 человек) в дополнении к медикаментозной терапии получала транскраниальную магнитотерапию бегущим магнитным полем на аппарате «АТО-АМОС» с приставкой «Оголовье» (рег. уд. МЗ РФ №ФС 022а2004/1074-05).

Результаты исследования:

Контрольные показатели (средние значения)	1 группа		2 группа	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Аудиометрия (ДБ),% улучшения	54,35	49,27 (65%)	56,74	45,63 (78%)
Субъективная оценка ушного шума (от 0 до 10) баллы	8,21	6,17 (72%)	8,27	4,58 (83%)

У пациентов 2 группы достоверно наблюдались более высокие результаты лечения на фоне транскраниальной магнитотерапии

Выводы. Транскраниальная низкочастотная магнитотерапия значительно повышает терапевтический эффект медикаментозного лечения у пациентов с хронической нейросенсорной тугоухостью.

М.В. Фролова, В.И. Рузов, Р.Р. Хайруллин, М.А. Мельникова

КАСПАЗА-8 В ДИАГНОСТИКЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЕМ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА, ПЕРЕНЕСШИХ КОРОНАРНУЮ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЮ

**ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»
ГУЗ «Ульяновский областной клинический госпиталь
ветеранов войн»**

Актуальность. В настоящее время в научном мире и кардиологической практике стало популярным определение биомаркеров кардиальной патологии, в число которых входит и семейство каспаз. Известно, что уровень каспазы-8 у пациентов с сердечно-сосудистой патологией ассоциирован с апоптозом кардиомиоцитов, который находит свое отражение в клинике ХСН. Однако отсутствуют общепризнанные сведения относительно роли данного биоиндикатора во взаимосвязи с сердечно-сосудистыми заболеваниями с гендерно-возрастных позиций.

Цель исследования – изучить сывороточное содержание каспазы-8 у мужчин и женщин с инфарктом миокарда на 10 сутки после коронарного стентирования и провести анализ взаимосвязи с нарушением углеводного обмена и тяжестью ХСН.

Методы. Первичному скринингу было подвергнуто 100 пациентов в раннем постинфарктном периоде, находящиеся на лечении в кардиологическом отделении ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница» и ГУЗ «Областной кардиологический диспансер» г. Ульяновска, с перенесенным инфарктом миокарда на 10 сутки после коронарного стентирования. В исследовании приняли участие 28 женщин и 72 мужчин. Количество пациентов молодого возраста составило 4, пациентов среднего возраста – 32, пожилого возраста – 62, старческого возраста – 2. Среди исследуемых пациентов нарушение гликемии натощак выявлено у 32, нарушение толерантности к глюкозе – у 1, сахарный диабет – у 42 человек. У 25 пациентов не выявлено нарушений углеводного обмена. Все пациенты прошли комплексное обследование, включавшее сбор жалоб, изучение анамнеза, физикальное обследование, антропометрические измерения, стандартные лабораторные анализы, а также исследование уровня каспазы-8 в крови, проведение ЭКГ, теста шестиминутной ходьбы (ТШХ).

Результаты исследования. Распределение пациентов с коронарным стентированием в зависимости от наличия или отсутствия зубца Q представлено в таблице 1. Среди женщин частота встречаемости Q и без Q инфаркта миокарда была одинаковой, среди мужчин несколько преобладали пациенты с Q инфарктом миокарда, однако разница была не достоверной.

Таблица 1. Частота встречаемости коронарного стентирования у пациентов с Q и без Q инфаркта миокарда.

Показатель	Категории	Инфаркт миокарда		P
		Инфаркт миокарда без Q (n,%)	Инфаркт миокарда с Q (n,%)	
Пол	Женщины	14 (30,4)	14 (25,9)	0,617
	Мужчины	32 (69,6)	40 (74,1)	

В ходе исследования выявлено наличие слабой тесноты обратной связи депрессии сегмента ST во время проведения ТШХ и Каспазы-8 у пациентов, перенесших коронарное стентирование при инфаркте миокарда, как среди мужчин, так и среди женщин. У пациентов с инфарктом миокарда установлена слабой тесноты прямая связь между средним уровнем глюкозы в крови и каспазы-8 независимо от вида инфаркта миокарда. Анализ взаимоотношений между уровнем каспазы-8 и функциональным классом ХСН в ходе исследования не выявил взаимосвязи. Исследование не выявило достоверной взаимосвязи между сывороточным содержанием каспазы-8 с нарушениями углеводного обмена.

Выводы.

1. Сывороточное содержание каспазы-8 у пациентов, перенесших коронарное стентирование на 10 сутки наблюдения выявило наличие обратной связи с ишемической депрессией сегмента ST при проведении ТШХ.
2. У пациентов с Q и без Q инфарктом миокарда на 10 сутки после коронарного стентирования установлена слабой тесноты прямая связь между средним уровнем глюкозы в крови и каспазы-8.
3. Предиабет и сахарный диабет 2 типа не ассоциированы с уровнем сывороточного содержания каспазы-8 у пациентов с Q и без Q инфарктом миокарда на 10 сутки после коронарного стентирования.

Д.П. Драпова, Н.А. Слободнюк, Р.Х. Гимаев, В.И. Рузов

КОМБИНИРОВАНИЕ ТРАНСКРАНИАЛЬНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ И ВНУТРИВЕННОЙ ОЗОНОТЕРАПИИ В УЛУЧШЕНИИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

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

Введение. Общее число лиц с гипертонической болезнью (ГБ) в мире возрастёт за период 2010–2025 гг. с 972 млн до 1,56 млрд человек. Аналогичная тенденция отмечается и в РФ. Эффективность антигипертензивной терапии определяется не только способностью препарата снижать артериальное давление, но и метаболическими, сосудистыми, органопротективными эффектами. В связи с увеличением экономических затрат на медикаментозную терапию ГБ, а также с ростом аллергизации населения, для потенцирования их эффекта и профилактики осложнений широко применяется комбинированное лечение с использованием различных методов физиотерапевтических воздействий.

Цель исследования: оценить качество жизни пациентов с артериальной гипертонией на фоне комбинированного воздействия транскраниальной магнитотерапии (ТК-МТ) бегущим импульсным магнитным полем (БИМП) и внутривенной озонотерапии.

Материалы и методы исследования. В исследование был включен 21 больной гипертонической болезнью 2 стадии, 14 женщин и 7 мужчин, средний возраст – 57,7±5,0 лет. Всем пациентам проводилось комбинированное лечение методами внутривенной озонотерапии и ТК-МТ БИМП. ТК-МТ проводилась на аппарате «АМО-АТОС» с излучателем «ОГОЛОВЬЕ». Курс лечения состоял из 10 процедур, длительность одной процедуры 10 минут, расположение излучателей битемпорально. Озонотерапия проводилась на аппарате «Медозон» (фирмы «Медозон», Россия). Курс озонотерапии состоял из 10 сеансов внутривенных капельных инфузий 200,0 мл озонированного изотонического раствора хлорида натрия с концентрацией озона 1,6 мкг/мл. Всем пациентам до начала и после окончания комбинированного воздействия ТК-МТ и внутривенной озонотерапией проводились исследования липидного профиля, активности перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты. Оценка изменения качества жизни пациентов по анкете «САН» до и после курса лечения.

Результаты исследования. На фоне проведения комбинированной транскраниальной физиотерапии и озонотерапии у всех пациентов отмечалось улучшение субъективного самочувствия: улучшение сна, уменьшение головных болей и головокружений. Оценка показателей анкеты САН выявила улучшение самочувствия с $2,8 \pm 0,19$ балла до $4,3 \pm 0,24$ балла, активности – с $3,1 \pm 0,27$ балла до $4,7 \pm 0,22$ балла и настроения с $2,7 \pm 0,2$ до $4,5 \pm 0,23$ балла. Улучшение показателей качества жизни сопровождалось благоприятной динамикой метаболических атерогенных показателей: достоверным снижением общего холестерина с $5,85 \pm 0,18$ до $5,27 \pm 0,15$ ммоль/л, триглицеридов с $1,73 \pm 0,15$ до $1,29 \pm 0,08$ ммоль/л, ЛПОНП с $0,75 \pm 0,05$ до $0,52 \pm 0,03$ ммоль/л на фоне снижения содержания малонового диальдегида ($18,62 \pm 3,6$ и $6,57 \pm 2,5$ мкмоль/л) и повышения уровня каталазы ($0,29 \pm 0,04$ и $0,36 \pm 0,06$ моль/л).

Вывод. Улучшение качества жизни при применении комбинированного воздействия ТК-МТ БИМП и внутривенной озонотерапии у пациентов с артериальной гипертонией сопровождается гипополипидемическим эффектом на фоне повышения активности антиоксидантной системы.

М.Н. Горячая, Н.А. Слободнюк

ПЕРСОНИФИКАЦИЯ ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

**ГУЗ «Ульяновский областной клинический госпиталь
ветеранов войн»**

Актуальность. Пациент-ориентированная парадигма современной медицины основана на учете индивидуальных реакций пациента на проводимое лечение конкретной нозологии. Внедрение методики пациент-ориентированного подхода приводит к повышению приверженности и эффективности терапии заболеваний и в конечном итоге – снижению инвалидизации и смертности населения.

Цель – выявить предикторную ценность индивидуальной реакции тромбоцита на гипербарический кислород для уточнения показаний к применению гипербарической оксигенации (ГБО) в комплексной терапии на фоне применения антиагрегантов.

Методы. Обследовано 100 пациентов со стенокардией напряжения, из них 30 женщин и 70 мужчин. Средний возраст пациентов составил $64,8 \pm 10,9$, женщин – $70,8 \pm 7,6$ лет, мужчин – $60,2 \pm 9,4$ лет.

1-я группа (70 пациентов) получала стандартную терапию ИБС, включающую β -блокаторы, статины, ингибиторы АПФ и антиагреганты (кардиомагнил). Мужчин было 52 (74,28%), женщин – 18 (25,72%).

30 пациентов 2-й группы с низкой приверженностью к применению антиагрегантов самостоятельно прекратили прием кардиомагнила в последний месяц перед исследованием, но продолжали стандартную терапию. Мужчин было 18 (74,28%), женщин – 12 (25,72%) человек. Всем пациентам проводился 10-дневный курс гипербарической оксигенации в режиме 1,2 ата в течении 40 минут. Проведена оценка агрегационной активности, содержания сывороточной А2 фосфолипазы, и модуля Юнга. Исследование агрегации тромбоцитов проводилось на анализаторе агрегации тромбоцитов Биола LA-230-2. Количественное определение тромбоцитов и средний объем СОТ определяли на гематологическом анализаторе Mундгау BS-3200. Определение фосфолипазы А2 проводили иммуно-ферментным анализом на ридере Biorad Model 680, Модуль Юнга оценивали методом атомно-силовой микроскопии (АСМ) в контактом режиме с использованием кантилевера типа PNP-DB на сканирующем зондовом микроскопе Solver P47-PRO.

Результаты исследования. Морфометрический анализ тромбоцитов не выявил изменения числа тромбоцитов ($p=0,89$) и их СОТ ($p=0,64$) как до, так и после ГБО при наличии или отсутствии антиагрегантной терапии. У пациентов, принимающих кардиомагнил, выявлено снижение содержания фосфолипазы А2 (до ГБО $1822,45 \pm 396,69$ пг/мл, после ГБО $1306,55 \pm 395,33$ пг/мл, $p=0,045$) и повышение модуля Юнга, после курса ГБО (до ГБО $0,91 \pm 0,34$ МПа, после ГБО $1,39 \pm 0,28$ МПа $p=0,019$), что свидетельствует о повышении жесткости мембраны тромбоцитов. Также отмечена разнонаправленность эффекта ГБО в зависимости от гендера пациента: у мужчин, не принимающих антиагрегант, отмечено достоверное снижение сывороточной ФЛА2 (до ГБО $1809,9 \pm 349,1$ пг/мл, после ГБО $1323,5 \pm 345,5$ пг/мл, $p=0,020$) у женщин на фоне приема кардиомагнила показано увеличение жесткости мембраны тромбоцитов (до ГБО $0,79 \pm 0,42$ МПа, после ГБО $1,40 \pm 0,21$ МПа, $p=0,043$).

Выводы. В ходе исследования выявлено разнонаправленное действие гипербарического кислорода на морфо-функциональное состояние мембраны тромбоцита, ассоциированное с наличием или отсутствием антиагреганта.

Э.Н. Алтынбаева, В.И. Рузов, М.Н. Горячая, Н.Т. Тагирова

ВОЗРАСТ-АССОЦИИРОВАННАЯ ОЦЕНКА АНТИАГРЕГАНТНОГО ЭФФЕКТА ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С НИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

**ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»
ГУЗ «Ульяновский областной клинический госпиталь
ветеранов войн»**

Актуальность. Антитромбоцитарные препараты в лечении пациентов с кардиальной патологией занимают ведущие позиции среди всех лекарственных средств РФ. Однако монотерапия аспирином оказалась неэффективной для предотвращения смертности от сердечно-сосудистой патологии у возрастных пациентов с артериальной гипертензией, дислипидемией, сахарным диабетом. В то же время недостаточный антиагрегантный эффект монопрепаратов ацетилсалициловой кислоты (АСК) сопровождается высокой остаточной реактивностью тромбоцитов. Одним из подходов к повышению антиагрегантного эффекта монопрепаратов АСК предлагается комплексное воздействие на тромбоцитарное звено гемостаза фармпрепарата и гипербарического кислорода.

Цель – провести возрастную оценку антиагрегантного эффекта монопрепарата АСК на фоне 5-дневного курса гипербарической оксигенотерапии (ГБО) у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материалы и методы. Обследовано 167 пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) ишемической этиологии 1-3 функционального класса (ФК), среди них 114 мужчин (68%) и 53 женщин (32%) с ХСН, средний возраст $66,67 \pm 14,80$ лет. Все пациенты были разделены на 4 группы: молодой возраст (25–44 года), средний (44–60 лет), пожилой (60–75 лет), старческий (75–90 лет) и долгожители (более 90 лет).

Медикаментозная терапия включала ингибиторы АПФ, бета-блокаторы. Пациенты были разделены на 2 группы: в 1 группе в стандартную терапию входил кардиомагнил (77%), во 2 группе (23%) – не входил кардиомагнил. Всем пациентам назначался пятидневный курс лечения гипербарическим кислородом в барокамере БЛКС-303МК(Россия) в режиме 1,2АТА с длительностью сеанса 30–45 минут.

Исследование агрегации тромбоцитов проводили на двухканальном лазерном анализаторе агрегации 230 LA (НПФ «Биола» Россия) до лечения и после завершения курса лечения методом ГБО.

Результаты. Исходная оценка агрегационной активности тромбоцитов у пациентов с ХСН показала достоверно более высокие значения на индукторе агрегации 5,0 мкмоль АДФ у непринимавших АСК пациентов ($39,29 \pm 16,55\%$ vs $35,02 \pm 13,72\%$, $p < 0,05$). В группе пациентов, принимающих кардиомагнил, выявлено некоторое снижение спонтанной ($1,41 \pm 0,52$ vs $1,45 \pm 0,84$ отн. ед., $p > 0,05$) и 0,1 АДФ-индуцированной агрегации ($2,01 \pm 0,98$ vs $2,02 \pm 1,18$ отн. ед., $p > 0,05$), однако различия с предыдущей группой были недостоверны.

Анализ возрастных различий по функциональной активности тромбоцитов у принимающих кардиомагнил выявила более низкие значения спонтанной и АДФ-индуцированной агрегации у пациентов молодого и пожилого возраста по сравнению с непринимавшими, однако разница недостоверна. Среди принимающих кардиомагнил пациентов среднего возраста ($32,19 \pm 12,27\%$ vs $37,73 \pm 14,85\%$, $p < 0,05$) и старческого возраста ($36,26 \pm 13,58$ vs $41,62 \pm 10,4\%$, $p < 0,05$) выявлены достоверно более низкие значения индуцированной 5,0 АДФ агрегации по сравнению с непринимавшими.

Применение 5-дневного курса ГБО на фоне кардиомагнила при применении индуктора агрегации 1,0 и 5,0 мкмоль АДФ выявило статистически достоверное снижение агрегации тромбоцитов ($p < 0,05$), при этом достоверно значимые изменения наблюдались у пациентов пожилого возраста на индукторе 5,0 мкмоль АДФ ($40,86 \pm 11,64$ vs $34,41 \pm 12,31\%$, $p < 0,05$). У пациентов, не принимающих кардиомагнил, статистически достоверные изменения показателей агрегации тромбоцитов не выявлено ($p > 0,05$), что косвенно может свидетельствовать о потенцировании гипербарическим кислородом антиагрегантного эффекта кардиомагнила.

Выводы. Пациенты с ХСН ишемической этиологии, не принимающие антиагрегант, характеризуются высокой функциональной активностью тромбоцитов. Применение ГБО на фоне кардиомагнила сопровождается достоверным снижением высокой остаточной реактивности тромбоцитов у пациентов пожилого возраста.

З.А. Коган

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ БИОСИМИЛЯРОВ СЕЛЕКТИВНЫХ ИНГИБИТОРОВ IGE В ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СПОНТАННОЙ КРАПИВНИЦЫ

ГУЗ «Областной клинический кожно-венерологический диспансер»

Хроническая спонтанная крапивница (ХСК) – уртикарный дерматоз из группы аллергических заболеваний, возникающий при воздействии на кожу множества провоцирующих факторов. При этом, установить основную причину зачастую невозможно

Актуальность. В последнее время участились случаи обращаемости пациентов с диагнозом ХСК, при этом, зачастую отсутствует эффективность типовой терапии системными глюкокортикостероидами, антигистаминными препаратами 1 и 2 поколений. Выходом из ситуации является применение селективных ингибиторов IgE.

Методы исследования. За период 2021–2022 гг. в ГУЗ «Областной клинический кожно-венерологический диспансер» осуществлялось лечение пациентов с ХСК с применением селективных ингибиторов IgE. Под наблюдением находились 10 пациентов с установленным диагнозом ХСК и отсутствием эффекта от предшествующей типовой терапии. При этом, пациенты были разделены на две контрольные группы. Первую группу составляли пациенты, получающие оригинальный препарат селективных ингибиторов IgE, а вторая группа (5 человек), получали биосимиляр. Курс терапии в обоих случаях составлял 8 месяцев. Оценка эффективности проводилась в соответствие с клинической картиной и по шкале оценки тяжести крапивницы UAS7

Результаты. При сравнительном анализе использования оригинального препарата и биосимиляра в обеих группах отмечалось быстрое достижение клинического эффекта, а также отсутствие нежелательных реакций и побочных явлений. Все пациенты отмечали положительный эффект после первого введения препарата, при этом шкала оценки тяжести крапивницы находился в пределах 0-6 баллов, что соответствует хорошо контролируемой крапивнице.

Выводы. Таким образом, в системной терапии ХСК могут быть использованы как оригинальные препараты селективных ингибиторов IgE, так и их зарегистрированные биосимиляры.

М.В. Куликова

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВРОЖДЕННОГО БУЛЛЕЗНОГО ЭПИДЕРМОЛИЗА, ПОГРАНИЧНОЙ ФОРМЫ, ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПОДТИПА, АУТОСОМНО-РЕЦЕССИВНОГО ТИПА НАСЛЕДОВАНИЯ, ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ

ГУЗ «Областной клинический кожно-венерологический диспансер»

Актуальность. Развитие врожденного буллезного эпидермолиза обусловлено мутациями генов, кодирующих структурные белки кожи, которые обеспечивают связь между эпидермисом и дермой. В классификации буллезного эпидермолиза выделяют пограничный генерализованный тяжелый (летальный Херлитца).

Максимальная продолжительность жизни с данной формой заболевания в России составляет 2 года и 2 месяца. Летальный исход в первые месяцы и годы жизни связан с дыхательной недостаточностью, пневмонией, сепсисом, дистрофией. Больные, пережившие первые годы жизни, в дальнейшем страдают от дисфагии, сужения пищевода, аномалий мочеполовой системы, стриктур уретры, стеноза гортани, затруднения дыхания, анемии.

В Ульяновской области зарегистрирован первый случай с летальной формой заболевания. Ребенок с первых дней жизни состоит на диспансерном учете, имеет инвалидность и статус паллиативного пациента.

ГУЗ «Областной клинический кожно-венерологический диспансер» активно работает с благотворительными фондами «Круг добра» и «БЭЛА. Дети-бабочки», благодаря которым ребенок на 2023 год был обеспечен дорогостоящими перевязочными средствами и препаратами для местного применения.

Цель исследования – определить наиболее эффективную тактику ведения для улучшения качества и удлинение продолжительности жизни пациента с тяжелой формой буллезного эпидермолиза.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе ГУЗ «Областной клинический кожно-венерологический диспансер» в течение 1,5 лет. В исследовании принимал участие один пациент с буллезным эпидермолизом (девочка, возраст 1 год 6 месяцев). Осуществлялся сбор анамнеза, осмотр пациента врачом-дерматовенерологом, лабораторные исследования.

Первые проявления буллезного эпидермолиза были зафиксированы уже при рождении. На момент последнего осмотра высыпания

представлены множественными эрозиями с серозным отделяемым, единичными пузырями с прозрачным серозным содержимым, единичными грануляциями, алопигией. Заживление эрозий происходит с рубцовой атрофией.

Методы лабораторной диагностики включали: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, бактериологический посев с раневых поверхностей на флору и чувствительность к антибиотикам, мазок-отпечаток на онкоцитологию. Диагноз был подтвержден генетическим исследованием.

Результаты исследования. При обследовании патологической флоры с раневых поверхностей выделено не было, онкологической патологии не обнаружено, было выявлено снижение уровня альбумина в крови до 30,4 г/л. Перенесенные заболевания: односторонняя пневмония, грипп с респираторными проявлениями, хронический ринит. Сопутствующие заболевания: стеноз гортани, тяжелая белково-энергетическая недостаточность.

Выводы. Таким образом, с целью улучшения качества и увеличения продолжительности жизни пациентов с тяжелой формой буллезного эпидермолиза необходим комплексный подход, включающий в себя уход за кожей с ежедневным применением лекарственных препаратов, атрауматичных перевязочных средств, нутритивную поддержку с высоким содержанием белка, а также коррекцию сопутствующих заболеваний.

*И.Р. Каримов, М.А. Магомедов, В.Ю. Золотнова,
М.В. Куликова*

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ МИКРОСПОРИЕЙ В УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ

ГУЗ «Областной клинический кожно-венерологический диспансер»

Микроспория – высококонтагиозное грибковое заболевание, широко распространенное повсеместно, в том числе и в Ульяновской области. Самыми распространенными представителями рода являются грибы *Microsporum canis*, которые относятся к зоофильным грибам, вызывающим дерматофитию у кошек, собак, кроликов, морских свинок, хомяков и многих других домашних животных и грызунов. Широкая распространенность микроспории в России, а также современная социально-экономическая ситуация в мире, в т.ч. массовая миграция

населения, туризм, обуславливают изучение эпидемиологических аспектов дерматоза.

Цель работы – изучение клинико-эпидемиологических особенностей заболеваемости микроспорией населения Ульяновской области в 2020–2022 гг.

Материалы и методы исследования. Материалом для исследования послужили данные статистического отчёта организационно-методического отдела ГУЗ «Областной клинический кожно-венерологический диспансер» (ГУЗ «ОККВД») о числе заболеваний микроспорией, зарегистрированных в Ульяновской области в 2020–2022 гг., анализ карт стационарного больного пациентов с микроспорией, находившихся на лечении в ГУЗ «Областной клинический кожно-венерологический диспансер».

Результаты исследования. За последние три года актуальность микроспории не утратила своего значения. Уровень заболеваемости среди населения Ульяновской области колебался от 38,21 до 44,07 на 100 тысяч населения, что сравнимо с показателями по Российской Федерации и ниже средних значений по Приволжскому федеральному округу. В 2020 году микроспория была выявлена у 542 (44,07 на 100 тыс. нас.; РФ – 40,2; ПФО – 58,2) человек, в 2021 году – у 470 (38,21 на 100 тыс. нас.; РФ – 36,7; ПФО – 52,4), в 2022 году – у 523 (42,52 на 100 тыс). В 2022 г. в регионе отмечался рост заболеваемости микроспорией по сравнению с предыдущим годом на 11 %, а также тенденция к росту микроспории среди городского населения (58,1%).

Всего в Ульяновской области в 2022 г. были выявлены 523 больных микроспорией, из них 486 детей (92,9%), 28 подростков (5,4%), 9 взрослых (1,7%). У всех больных диагноз был подтвержден микроскопическим и в 72,8% культуральными методами лабораторного исследования, также всем пациентам проводилась люминесцентная диагностика в лучах лампы Вуда.

Наиболее высокая заболеваемость отмечалась в осеннее время года. Причиной обращения к врачу послужили клинические проявления. Анализ показал превалирование случаев заболеваний с поражением гладкой кожи – 233 больных (44,5%). Доля случаев микроспории с поражением волосистой части головы составила 29,3% (153 больных). У 137 больных (26,2%) наблюдалось поражение гладкой кожи и волосистой части головы.

У большинства больных (412 человек, 78,8%) клиническая картина заболевания была представлена множественными очагами, у 111 (21,2%) одиночными очагами. Источником заражения

у 450 человек (86,0%) были животные (кошки, собаки), чаще бездомные. Выяснилось, что 107 пациентов (20,5%) до обращения занимались самолечением.

Во исполнение распоряжения Министра здравоохранения Ульяновской области от 07.09.2022 г. №1971-р в регионе проводились мероприятия по первичной профилактике и выявлению заразных кожных заболеваний в рамках месячника по борьбе с заразными кожными заболеваниями среди организованного детского населения с 12.09.2022 г. по 30.10.2022 г.

Во время месячника осмотрено на заразные кожные заболевания – 82 547 детей и подростков. Выявлено 87 случаев микроспории. Все больные получили лечение, осмотрены контактные лица.

В течение всего года и, особенно, в период проведения месячника проводилась санитарно-просветительская работа по профилактике заразных кожных заболеваний. Врачами-дерматовенерологами области выпущено 22 санитарных бюллетеня. Врачами и средними медицинскими работниками проведено 986 бесед. Темы карантинных мероприятий, профилактики заразных кожных заболеваний и их учета были освещены на конференциях – «Дней специалиста врача-дерматовенеролога». В местной прессе и в социальных сетях опубликовано 26 статей по профилактике заразных кожных заболеваний, вышла тематическая программа «Разговор о медицине».

Таким образом, заболеваемость микроспорией среди населения Ульяновской области остается высокой. Микроспория значительно чаще встречается у детей. Очевидным является необходимость проведения профилактических мероприятий для предотвращения дальнейшего роста заболеваемости микроспорией. Большое значение имеет взаимодействие со средствами массовой информации с предоставлением исчерпывающей информации о путях распространения грибковых заболеваний и мер профилактики.

Врачам-дерматовенерологам рекомендовано взять на «Д» учёт больных с микроспорией, осуществлять наблюдение со взятием контрольных анализов, провести разъяснительную работу с родителями, а также работниками школ и дошкольных учреждений, а также кружков и спортивных секций. Необходимо проводить осмотр всех бытовых контактов в школах, детских комбинатах и на дому. Врачам-дерматовенерологам лечебных учреждений других форм собственности в тактике ведения пациентов с микроспорией строго придерживаться нормативно-правовых документов,

вести учет заболевания, в случае необходимости направлять пациентов в ГУЗ «Областной клинический кожно-венерологический диспансер».

Учитывая опыт работы с заразными кожными заболеваниями, считаем, что необходимо систематизировать проведение месячника по борьбе с данными нозологиями.

А.В. Цызырова

ОНКОНАСТОРОЖЕННОСТЬ И ДИАГНОСТИКА НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ В РАБОТЕ ВРАЧА-ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА

ГУЗ «Областной кожно-венерологический диспансер»

Актуальность. Проблема ранней диагностики злокачественных новообразований кожи становится все более актуальной по причине роста заболеваемости примерно на 20% за последние 10 лет. Злокачественные новообразования кожи лидируют в структуре онкологической заболеваемости в РФ, составляя 12,6% (с меланомой – 14,4%). Активный осмотр кожи врачом способствует более раннему выявлению злокачественных новообразований и проведению своевременного лечения. Разработка комплекса мер, направленных на совершенствование методов профилактики и раннего выявления злокачественных новообразований, реализуется в РФ согласно Указу Президента РФ от 07.05.2018 №204 «О национальных целях и стратегических задачах развития РФ на период до 2024 года», национального проекта «Здравоохранение», федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями». Его цели: формирование программ по раннему выявлению злокачественных новообразований кожи для врачей первичного звена, а также внедрение новых принципов направления данной категории больных к врачу дерматовенерологу для дообследования. В связи с этим, врач дерматовенеролог играет важную роль в диагностике злокачественных новообразований и определении дальнейшей маршрутизации пациентов с данной патологией.

Цель исследования – определить наиболее эффективную модель оказания помощи пациентам с новообразованиями кожи.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе ГУЗ ОККВД. В структуре учреждения имеется кабинет для деструкции новообразований кожи, где проводятся консультации врачом дерматовенерологом, кабинет оснащен дерматоскопом,

оборудованием для криодеструкции, электрокоагулятором для удаления новообразований кожи, заключен договор на проведение гистологических исследований операционного материала. Ежегодно в ГУЗ ОККВД обращаются более 8 тысяч больных с новообразованиями кожи. Отдельным видом скрининговых обследований является дерматоскопический мониторинг. Это позволяет выявлять признаки злокачественного новообразования, способствует ранней диагностике опухолей кожи. Наибольшее количество выявленных случаев в ГУЗ ОККВД было представлено доброкачественными новообразованиями, из которых диагноз «себорейный кератоз, акрохордоны, вирусные бородавки» были самыми распространенными, около 94% всех случаев. Базально-клеточный рак остается наиболее распространенной нозологией среди злокачественных новообразований. Второе место занимает плоскоклеточный рак. И крайне редко – меланома. Предварительный диагноз злокачественного новообразования выставляется при помощи дерматоскопического исследования. Во всех случаях, когда врачом-дерматологом был выставлен предварительный диагноз злокачественного новообразования кожи, пациенты были направлены к онкологу по месту жительства.

Результаты исследования. Подобные результаты можно связать с повышением онконастороженности у специалистов ГУЗ ОККВД и врачей первичного звена Ульяновской области. Наличие кабинета для деструкции новообразований обеспечило оказание специализированной медицинской помощи в рамках одного учреждения в большинстве случаев обращений по поводу доброкачественных новообразований кожи, сократились сроки ожидания больными удаления образований кожи. Применение основных методик диагностики новообразований позволяют своевременно верифицировать диагноз, оказывать специализированную медицинскую помощь больным с новообразованиями кожи на базе кожно-венерологического диспансера и обеспечить в кратчайшие сроки маршрутизацию пациентов с злокачественными новообразованиями в профильные учреждения.

Вывод. Учитывая последние статистические данные по злокачественным новообразованиям кожи, и выполняя задачи, поставленные в госпрограмме РФ «Развитие здравоохранения», считаем представленную ГУЗ ОККВД модель оказания помощи больным с новообразованиями кожи оптимальной для медицинских учреждений дерматовенерологического профиля.

Р.Х. Сибеева

ИМПОРТОЗАМЕЩЕНИЕ: ЭМОЛЕНТЫ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ДЕРМАТОЛОГА

ГУЗ «Городская поликлиника №4»

Эмоленты – это косметические средства, смягчающие, увлажняющие кожу, являющиеся важной составляющей в лечении дерматозов, сопровождающихся сухостью и нарушениями барьерной функции кожи.

Наиболее важную роль в обеспечении защитной функции выполняет роговой слой, в котором основными молекулами, задерживающими воду, являются такие липиды, как церамиды, а также незаменимые жирные кислоты, холестерол, триглицериды, сквален. Функция липидов заключается в обеспечении эластичности, предотвращении трансэпидермальных потерь воды, поддержании низкого рН на поверхности кожи. В настоящее время не вызывает сомнений тот факт, что наружная терапия является патогенетически обоснованной и необходимой для каждого пациента, страдающего сухостью кожи.

В разрезе импортозамещения на фармацевтическом рынке РФ представлены различные линейки эмолентов отечественного производства. Объединяющим для всех линеек является отсутствие содержания гормонов, красителей, отдушек, парабенов и возможность применения с рождения.

Бренд отечественного производства, с экстрактом солодки и лекарственной ромашки для защиты кожи и лечения поврежденных участков. При нанесении создает плотный защитный слой, обладает противовоспалительным и противоаллергическим действием, эффективен для снятия зуда при укусах насекомых и ожогов растений. В состав также входят: пантенол, экстракт череды, грецкого ореха, масло жожоба, розового дерева, авокадо, ши, зародышей пшеницы; экстракт бисаболола и фиалки.

Серия с б-глюканом овса и увлажняющим комплексом из 4-х компонентов (мочевина, гиалуроновой кислоты, молочной кислоты, глицерина), натуральных масел (ши, макадамии, оливкового, кокосового, зародышей пшеницы), хлопкового молочка, витаминов А, Е, бетаина, Д-пантенола, фитостеролов, церамидов. Эффект – интенсивное питание, длительное увлажнение, восстановление микробиома кожи, укрепление естественных защитных функций кожи.

Серия с многосторонним механизмом увлажнения с гиалуроновой кислотой, в виде эмульсии для тела и крема. Состав дополнен молочной кислотой, мочевиной, пантенолом, витаминами РР, А, Е, натуральными маслами оливы и авокадо. Поддерживает защитный барьер кожи.

Серия для полноценного ухода за атопической кожей с активным компонентом STIMU-TEX AS – это комбинация экстракта воска ячменного зерна, арганового масла и масла ши, предупреждающего развитие аллергических реакций, вызванных освобождением гистамина.

Линия липосомальной косметики с АСД, уникального активного комплекса натуральных органических веществ, способных проникать в глубокие слои кожи, тем самым улучшать питание тканей, стимулировать синтез собственного коллагена и эластина, усиливать процессы регенерации, обеспечивать антиоксидантный эффект. Показания: ксероз, экзема, себорейный или атопический дерматит, псориаз, жирная себорея, перхоть.

Линия дерматологических средств на основе нафталана для комплексной терапии хронических заболеваний кожи (псориаз, экзема, атопический и себорейный дерматиты, ихтиоз, ксероз, красный плоский лишай). В состав также входит мочевина, миндальное масло, экстракт софоры, салициловая кислота, Д-пантенол. Линейка обладает выраженным противовоспалительным, противозудным, отшелушивающим и антимикробным действием.

Резюмируя вышеизложенное: эмоленты являются основой базового ухода за кожей при атопическом дерматите и других состояниях, сопровождающихся сухостью кожи, относительно недороги, безопасны, эффективно увлажняют кожу, нормализуют рН кожи, потенциально снижают потребность в применении ТГКС, снижают частоту обострений, пролонгируют ремиссии и, соответственно, повышают качество жизни пациента.

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

ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ ДЕРМАТИТОВ С ПРЕИМУЩЕСТВЕННОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ В ЗОНЕ ЛИЦА

ГУЗ «Областной клинический кожно-венерологический диспансер»

Лицо является визитной карточкой человека. Наличие каких-либо высыпаний на коже лица существенно отражается на качестве жизни и незамедлительно приводит пациента в кабинет врача-дерматовенеролога. Своевременная постановка диагноза и назначение эффективной терапии являются приоритетными задачами в работе врача и пациента.

Среди дерматитов с преимущественной локализацией в зоне лица наиболее часто в практике врача дерматовенеролога встречаются atopический, себорейный, аллергический и периоральный дерматиты. За медицинской помощью с данными патологиями чаще обращаются женщины в возрасте от 18 до 60 лет. Периоральный дерматит – это хроническое, рецидивирующее заболевание кожи лица, проявляющееся преимущественно эритематозно-папулезными высыпаниями в периоральной области. Себорейный дерматит – хроническое рецидивирующее заболевание кожи, проявляющееся воспалением и десквамацией кожи в областях скопления сальных желез. Аллергический и atopический дерматиты в патогенезе развития заболевания несут обязательную сенсибилизацию к различным аллергенам и atopенам. В последние годы в научных источниках все чаще обсуждается нарушение эпидермального барьера при дерматитах и дефектный иммунный ответ на колонизацию кожи *Malassezia spp.* Проявления заболевания на коже лица диктуют необходимость подбора эффективных и безопасных средств терапии дерматитов. Схожесть клинической картины перечисленных дерматозов и недостаточный ответ на классическую терапию обуславливают необходимость подбора схемы терапии, эффективной при всех поражениях лица. Необходимо обязательно учитывать колонизацию поврежденного эпителиального барьера грибами рода *Malassezia spp.*

Целью нашего исследования явилось изучение клинической эффективности косметических средств на основе активированных форм цинка и противогрибковых компонентов в дополнении к общепринятым схемам лечения дерматитов лица. Под нашим наблюдением находилось 50 пациентов с периоральным, себорейным, atopическим и аллергическим дерматитами. В каждой подгруппе лиц женского пола

было больше, 70% и 60% соответственно. Доля пациентов с себорейным дерматитом составила 50% от всех нозологий. Все пациенты получали стандартную терапию, включающую использование системных антигистаминных средств и местных стероидсодержащих мазей на основе гидрокортизона. В дополнение к стандартной терапии 50% группы использовали косметические средства, содержащие пиритион цинка и противогрибковые компоненты (климбазол или кетоконазол). Оценка эффективности лечения проводилась на основании осмотра доктором раз в 7 дней и визуальной самодиагностики пациентом. Улучшение в виде уменьшения красноты кожи в очагах, уплощения папул и даже разрешение некоторых элементов наступали в среднем к 10 дню в группе, использовавшей только стандартную терапию. В то время как пациенты с дерматитами, применяющие косметику на основе противогрибковых компонентов, отмечали выраженное улучшение уже к 5 дню от начала терапии.

Таким образом, проведенное клиническое наблюдение подтверждает эффективность использования средств, снижающих контаминацию кожи *Malassezia* spp. и позволяет рекомендовать их в качестве эффективного дополнения к стандартной комплексной терапии дерматитов лица. Потенциальная безопасность, высокая приверженность к терапии пациентов предоставляет широкие возможности для проведения дальнейших исследований применения и эффективности средств с противогрибковым действием при дерматитах лица.

И.Ю. Ермолаева, В.А. Разин, А.С. Нестеров

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ОНИХОМИКОЗАМИ

ГУЗ «Областной клинический кожно-венерологический диспансер»
ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»

Актуальность. Сердечно-сосудистые заболевания остаются ведущей причиной смертности во всем мире. Развитие сердечно-сосудистых заболеваний тесно связано с образом жизни людей и такими факторами риска, как курение, нездоровое питание, недостаточная физическая активность, избыточное потребление алкоголя, артериальная гипертензия (АГ), гиперлипидемия, избыточная масса тела, ожирение, психосоциальные факторы.

Современный больной ониомикозом, как правило, имеет один, а зачастую – несколько сопутствующих диагнозов. Это вынуждает врача принимать в расчет сопутствующие патологии, при лечении дерматомикозов и тем более – ониомикозов, когда требуется длительное назначение системных антимикотиков.

Цель – определить частоту встречаемости хронического коронарного синдрома среди пациентов с ониомикозами.

Материалы и методы. Обследованию подлежала репрезентативная выборка мужчин и женщин в возрасте от 35 до 80 лет, находящихся на амбулаторном лечении с грибковым поражением ногтей верхних и нижних конечностей в ГУЗ «Областной клинический кожно-венерологический диспансер». Первичный скрининг прошли 93 человека, из них 54 женщины и 39 мужчин. Наличие ИБС, которая подразделяется на определенную и возможную, устанавливали на основании кардиологического опросника, соответствующего протоколу ВОЗ, и регистрации ЭКГ в 12 общепринятых отведениях с последующей кодировкой по Миннесотскому коду. Выделяли определенную (опр. ИБС) и возможную (возм. ИБС) формы

Определенная ИБС включала: стенокардию напряжения по вопроснику (СН), определенный перенесенный инфаркт миокарда по ЭКГ (опр. ИМ), безболевая форма (ББФ), когда при отсутствии СН регистрировались ишемические коды, стенокардия напряжения в сочетании с ишемическими кодами на ЭКГ (СН+ЭКГ).

Возможная ИБС включала: возможную ИБС по ЭКГ (возм. ИБС по ЭКГ) и возможный перенесенный инфаркт миокарда в анамнезе (возм. ИМ).

Результаты. Данные проведенного эпидемиологического исследования показали, что в обследованной нами популяции частота встречаемости ИБС у пациентов с грибковыми поражениями ногтей по возрастным группам составляет: 46% у женщин в возрасте 45–64 года, до 90% – в возрасте 65–84 года. У мужчин 54% – в 45–64 года и 95% – в 65–84 года.

Распространенность ишемической болезни сердца была в 2 раза выше в возрастной группе 65–84, причем преобладала безболевая форма ишемической болезни сердца.

Выявленные в результате проводимого опроса показатели распространенности хронического коронарного синдрома ограничивают спектр применения системной терапии ониомикозов у данной категории больных и требует дальнейшего изучения проблемы.

И.Ю. Ермолаева, В.А. Разин, А.С. Нестеров

ВИДОВОЙ СОСТАВ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ОНИХОМИКОЗОВ У ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕННОЙ ТОЛЕРАНТНОСТЬЮ К УГЛЕВОДАМ ПРИ СТАБИЛЬНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

**ГУЗ «Областной клинический кожно-венерологический диспансер»
ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»**

Онихомикоз – инфекционное заболевание ногтей грибковой этиологии, вызываемое дерматомицетами, дрожжевыми или плесневыми грибами. Во всех странах мира это одно из наиболее распространенных заболеваний кожи и ее придатков. Распространенность онихомикозов в возрастной группе старше 70 лет составляет около 50% и увеличивается с каждым годом. Одним из важных факторов, предрасполагающим к развитию онихомикоза, являются периферические ангиопатии любой этиологии. При наличии у человека сахарного диабета, при котором ангиопатия является типичным осложнением, заболеваемость микозами увеличивается на 30%, по сравнению с популяцией.

Ежегодная заболеваемость сахарным диабетом (СД) составляет 4-5% населения РФ. При этом 16% больных составляют пациенты с СД 1 типа (инсулинозависимым), 84% – пациенты с СД 2 типа (инсулинонезависимым). К началу 21 века в мире было зарегистрировано более 151 млн больных СД 2 типа.

Развитию СД предшествуют нарушения углеводного обмена, которые проявляются пограничной гипергликемией натощак и нарушением толерантности к глюкозе (НТГ). При этой патологии оснований для установки диагноза «диабет» у пациентов еще нет, но существует высокий риск развития ангиопатии. Согласно данным эпидемиологических исследований, число лиц с НТГ в два раза превышает количество больных сахарным диабетом. Во всем мире ~ 300 млн. человек страдают НТГ. К 2025 г. прогнозируется увеличение числа лиц с НТГ до 500 млн человек.

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) является одним из клинических проявлений атеросклероза. Атеросклероз – патологический процесс, поражающий стенки артерий и артериол.

Целью работы явилось изучение видового состава грибковой микрофлоры ногтевых пластинок у пациентов с ИБС и при нарушении толерантности к углеводам.

Под наблюдением находились 270 пациентов с ониомикозами, которым проведен глюкозный тест на нарушенную толерантность к углеводам (определение уровня глюкозы в венозной крови натощак и после глюкозной нагрузки). Нарушение толерантности к глюкозе было диагностировано у 126 больных. Пациентам данной группы было проведено изучение этиологической структуры микромицетов (посев на селективную питательную среду Сабуро).

Установлено, что у пациентов с НТГ грибы-дерматофиты выявлены только у 51,3% обследованных. Вместе с тем, отмечается значительное увеличение частоты встречаемости недерматофитных микромицетов (48,4% случаев).

Из недерматофитов выявлены следующие виды возбудителей: *Candida* spp. – 21,3%, *Aspergillus* spp. – 31,1%, *Penicillium* spp. – 11,5%, а также аспергиллы в сочетании с другими возбудителями – в 36,1% случаев.

Среди представителей плесневых грибов рода *Aspergillus* в половине случаев выделены *A. flavus*, в 24,1% – *A. niger* и в 25,9% – *A. fumigatus*. Следует отметить, что все грибы были выделены в виде монокультуры у 19 пациентов, а также в виде двух – (14 больных) и трехчленных (8 обследованных) ассоциаций.

Таким образом, в ходе исследований выявлены особенности этиологической структуры ониомикозов у больных с нарушенной толерантностью к глюкозе при наличии ИБС. Установлено, что у пациентов с ИБС при нарушенной толерантности к глюкозе происходило значительное изменение видового состава возбудителей ониомикозов с уменьшением доли грибов дерматофитов и одновременным увеличением числа частоты встречаемости грибов-недерматофитов, среди которых наиболее часто обнаруживались грибы *Aspergillus* spp., которые в общей популяции людей встречаются только в 5-8% случаев.

Выявленные изменения видового состава микромицетов у больных с ИБС и нарушенной толерантностью к глюкозе требуют разработки комплексной терапии ониомикозов, с учетом этиологической структуры грибов, принимающих участие в развитии заболеваний ногтей пластинок.

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

СЛУЧАЙ ФУЛЬМИНАНТНОЙ ФОРМЫ АКНЕ

ГУЗ «Областной клинический кожно-венерологический диспансер»

Актуальность. Фульминантные акне или «молниеносные угри» являются редкой формой акне, с окончательно неясным механизмом развития. По данным мировой литературы имеются сведения не более чем о 200 случаях данного дерматоза. Впервые фульминантные акне (ФА) были выделены в качестве тяжелой формы заболевания, отличной от конглобатных акне, G. Plewig и A.M. Kligman в 1975 г. Основные клинические проявления данного заболевания включают развитие островоспалительных с геморрагическим компонентом узелковых и узловых высыпаний, эрозий и язв с гнойно-геморрагическими корками на коже лица, верхней части груди и спины, сопровождающихся болезненностью. Исходом большинства воспалительных проявлений ФА впоследствии является грубое рубцевание. Одновременно появляются и симптомы острого системного воспаления, такие как лихорадка, озноб, слабость и боли в костях и мышцах, а в самых тяжелых случаях процесс осложняется гепатоспленомегалией, асептическим остеоллизом, потерей массы тела. В периферической крови у больных ФА наблюдается лейкоцитоз периферической крови, анемия, высокие показатели скорости оседания эритроцитов, содержания С-реактивного белка (СРБ). ФА чаще развиваются у подростков и молодых мужчин в возрасте 13–22 лет, ранее имевших легкие и средние клинические проявления акне, тогда как *de novo* ФА регистрируются крайне редко.

Цель исследования – оптимизировать подходы к терапии фульминантных акне.

Результаты. Пациент С., 2005 г., поступил в стационарное отделение ГУЗ «Областной клинический кожно-венерологический диспансер» с жалобами на болезненными распространённые высыпания на коже лица, груди и спины, слабость, повышение температуры тела до 37,4, недомогание, озноб. Из анамнеза: рос и развивался соответственно возрасту, хронических заболеваний не имел. В ноябре 2022 г. обратился в Областной кожно-венерологический диспансер с жалобами на болезненные высыпания на лице. Был выставлен диагноз: «конглобатные угри». Было назначено лечение изотретиноином в дозе 40 мг в сутки. Курс лечения 6 месяцев. На 4 сутки у пациента появляются новые воспалительные высыпания на лице, груди, спине,

гипертермическая реакция в виде повышения температуры тела до 38,0. Для купирования воспалительной симптоматики было назначено: бицилин-5 1,5 млн Ед внутримышечно, №1, преднизолон 30 мг внутримышечно, 1 раз в сутки, №3, затем преднизолон 30 мг внутрь, 1 раз в сутки, 6 суток. После данной терапии температура нормализовалась до 37,4 °С.

Локально: кожный процесс носит распространенный характер. Высыпания локализуются на лице, груди и спине. Представлены островоспалительными с геморрагическим компонентом узелковыми и узловатыми высыпаниями, множественными пустулами, сопровождающимися болезненностью. Имеется множество красновато-лиловых рубчиков на местах разрешившихся первичных морфологических элементов.

Лабораторное исследование: лейкоцитоз до $18,69 \times 10^{12}/л$, тромбоцитоз $403 \times 10^9/л$, нейтрофилез 70,9%, СОЭ 30 мм/час.

Для купирования тяжелого течения фульминантной формы акне была назначена комплексная терапия: преднизолон 30 мг в сутки внутрь, 18 дней, аспаркам по 1 таб. 2 раза в день на все время приема преднизолона, омепразол 20 мг 1 раз в сутки на все время приема преднизолона, левофлоксацин 500 мг 1 раз в сутки 10 дней (согласно определенной чувствительности *Staphylococcus hominis* из содержимого пустул), системный изотретиноин 20 мг 1 раз в сутки, 18 дней, 0,1% гентамициновая мазь (согласно определенной чувствительности *Staphylococcus hominis* из содержимого пустул) 2 раза в день, дарсонваль с окисью цинка на все пустулезные элементы. Пациенту на момент поступления не был отменен системный изотретиноин, чтобы не развился синдром отмены изотретиноина.

На 5 сутки терапии прекратилось появление новых пустулезных элементов, купировались симптомы интоксикации. В общем анализе крови: лейкоцитоз до $12,39 \times 10^{12}/л$, тромбоцитоз $320 \times 10^9/л$, СОЭ 14 мм/час. Объективно на 5 сутки: Кожный процесс носит распространенный характер. Высыпания локализуются на лице, груди и спине. Представлены узелковыми и узловатыми высыпаниями. Имеется множество красновато-лиловых рубчиков на местах разрешившихся первичных морфологических элементов. Прекратилось появление новых пустулезных элементов.

При выписке состояние удовлетворительное, по органам и системам без патологии, по кожному процессу: новых высыпаний нет, язвенный дефект разрешился с остаточными единичными корочками и исходом в рубцевание, на коже лица, туловища, груди большое

количество гипертрофических синюшно-лиловых рубцов, единичные геморрагические корочки.

Выводы. Анализ приведенного клинического случая пациента с ФА позволяет извлечь некоторые «уроки» для дерматовенерологов, что будет способствовать адекватному формированию терапии у подобных пациентов. Так, дерматовенерологу необходимо на раннем этапе развития ФА дифференцировать их от конглобатных акне, ориентируясь на внезапность начала, тяжесть клинических проявлений заболевания и нарушение общего состояния пациента, сопровождаемых выраженными изменениями лабораторных показателей (лейкоцитоз, повышение СОЭ, анемия, повышение СРБ в сыворотке крови). ФА могут провоцироваться системным изотретиноином, высоким уровнем тестостерона, дисбалансом других гормональных факторов при употреблении анаболических стероидов. Дерматовенерологи должны знать также подходы к лечению больных ФА с назначением системных глюкокортикостероидных гормонов, препаратов других классов.

*Я.Э. Кожаринова, В.Ю. Золотнова, А.С. Колесникова,
Н.И. Маркелова*

ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С КЛИМАКТЕРИЧЕСКОЙ КЕРАТОДЕРМИЕЙ

ГУЗ «Областной клинический кожно-венерологический диспансер»

Актуальность. Климактерическая кератодермия (болезнь Хакстхаузена) – одна из самых распространенных форм приобретенной диффузной кератодермии, развивается у 10–15% женщин в климактерическом периоде, чаще в местах давления и трения, обычно сочетается с метаболическим синдромом, гипертонической болезнью, деформирующим артрозом [30]. Основным триггерным фактором в развитии этой кератодермии считается дефицит эстрогенов, прогестерона, тестостерона, развивающийся в процессе возрастной инволюции репродуктивной системы. У пациенток отмечают повышение продукции фолликулостимулирующего и лютеинизирующего гормонов на фоне снижения эстрадиола. Возможно опосредованное влияние снижения функции щитовидной железы, активируемой эстрогенами. Вместе с тем далеко не у всех женщин, вступивших в период климакса, даже тяжело протекающего, развивается климактерическая кератодермия. Заболевание начинается с появления круглых или овальных участков гиперкератоза

желтоватого цвета в точках давления на подошве, чаще в области пятки. По мере развития заболевания очаги гиперкератоза сливаются, образуя обширные участки поражения без четких границ, покрытые толстым слоем роговых масс желто-коричневого цвета. Появляются эритематозные болезненные трещины, затрудняющие ходьбу. Ладони вовлекаются в процесс реже, их поражение может быть изолированным и наблюдается чаще в сочетании с поражением подошв. Вначале в центре ладони появляется участок гиперкератоза серо-желтого цвета, который медленно распространяется на всю ладонь с образованием трещин. Характерным признаком является отсутствие распространения очагов поражения за пределы ладоней и подошв. Зуд незначительный и наблюдается редко. Заболевание обостряется в зимнее время. Ожирение и ношение открытой сзади обуви способствуют прогрессированию болезни. Дифференциальный поиск включает различные формы кератодермий, ладонно-подошвенный псориаз, тилотическую экзему, микозы.

Цель исследования: оптимизировать подходы к терапии климактерической кератодермии (болезнь Хакстхаузена).

Результаты. За 3 года на базе ГУЗ «Областной клинический кожно-венерологический диспансер» пролечено 35 пациентов, средний возраст составил 38–55 лет. В отделение проходили лечение пациенты с тяжелой формой климактерической кератодермией, глубокими эритематозными трещинами, сопровождающиеся сильной болезненностью, гиперкератозом, покрытые толстым слоем роговых масс желто-коричневого цвета. Для лечения климактерической кератодермии в последнее время прибегают к заместительной гормональной терапии (фитоэстрогены). Клинический эффект наблюдается не сразу, а по истечении 5-6 мес. после начала приема препарата и прекращается после его отмены. Однако эти препараты вызывают ряд негативных эффектов и имеют достаточно много противопоказаний. Поэтому применение фитогормонотерапии в лечении климактерической кератодермии на сегодняшний день дискутируется. Ретиноиды (этретинат, тигазон, ацитретин) из расчета 0,5 мг/кг в сутки перорально в течение 6-8 недель, 1 раз в день. Наружное лечение: препараты, содержащие 25-40% мочевины, 2 раза в день.

Выводы. Таким образом, к терапии пациентов с климактерической кератодермией необходим комплексный подход.

Н.А. Круглова, Л.Ш. Миннабетдинова

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВОССТАНАВЛИВАЮЩИХ СРЕДСТВ В ДЕРМАТОЛОГИИ

ГУЗ «Областной клинический кожно-венерологический диспансер»

Актуальность: кожный покров – большой орган человеческого тела, представляет защитный барьер. Кожа повреждается при любой дерматологической патологии, нарушается кожный барьер, поэтому использование наружных восстанавливающих средств приобретает важное значение.

Цель исследования – изучить применение восстанавливающих средств в дерматологии.

Методы исследования. Под клиническим наблюдением находились 20 пациентов: 10 женщин, 5 детей, 5 мужчин. Возраст пациентов от 1 года до 45 лет. У пациентов были такие диагнозы как: атопический дерматит, экзема, нейродермит, псориаз. Все исследуемые получали основное лечение согласно клиническим рекомендациям, добавлены местные средства для восстановления кожного барьера. Данные препараты были назначены 2 раза в день в качестве поддерживающей терапии от 14 дней до 1 месяца.

Результаты: у всех наблюдаемых пациентов ускорилось заживление и восстановление кожи, что способствовало более раннему снижению объективных и субъективных проявлений кожных высыпаний и наступлению клинической ремиссии.

Выводы. Таким образом, средства, применяемые для восстановления кожного барьера, могут быть рекомендованы при дерматитах, сопровождающиеся зудом, сухостью, шелушением в качестве поддерживающей терапии для получения наилучшего результата.

К.В. Мясникова, А.А. Фролова

БАЗОВЫЙ УХОД ЗА КОЖЕЙ ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

ГУЗ «Областной клинический кожно-венерологический диспансер»

Актуальность. 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. За последние десятилетия как в России, так и во многих странах мира наблюдается отчетливая тенденция к увеличению количества больных атопическим дерматитом (АД). По данным различных авторов АД занимает от 5 до 30% в структуре общей заболеваемости дерматологических больных. Актуальность проблемы АД связана не только с ее высокой распространенностью среди населения, но и ранним началом, длительным рецидивирующим течением, быстротой перехода острых форм в хронические, учащением за последние годы тяжелых вариантов заболевания, торпидных к традиционному лечению.

Так как ключевым механизмом патогенеза АД является дисфункция кожного барьера, то одним из важнейших направлений его лечения стало обязательное использование пациентами специальных средств ухода за кожей, что определяется всеми современными международными и отечественными согласительными документами как базовая терапия АД. Главной целью базового ухода является увлажнение кожи и нормализация основных функций эпидермального барьера. Всем больным атопическим дерматитом вне зависимости от тяжести, распространенности, остроты кожного процесса, наличия или отсутствия осложнений назначаются средства базового ухода за кожей. При ограниченном поражении кожи, при легком и среднетяжелом течении АД, при обострениях болезни назначают преимущественно наружную терапию (глюкокортикостероидные препараты, сильные или умеренной степени активности и/или топические блокаторы кальциневрина), при этом продолжая применять базовую терапию. После купирования обострения топические глюкокортикостероидные препараты (ТГКС) и блокаторы кальциневрина отменяются, больной продолжает использовать только базовую терапию.

Базисная терапия является основополагающей в лечении больных атопическим дерматитом и включает в себя, в том числе, регулярное использование смягчающих и увлажняющих средств, устранение

(по возможности) действия провоцирующих факторов. Эмолиенты существуют в форме лосьонов, кремов, мазей, моющих средств, средств для ванн. Лекарственная форма и конкретный препарат подбирается индивидуально на основании предпочтений пациента, индивидуальных особенностей кожи, сезона, климатических условий, а также времени суток.

Цель исследования состоит в оценке клинической эффективности применения эмоленов в терапии атопического дерматита у детей.

Материалы и методы. Обследовано 25 детей, больных АД, 11 мальчиков и девочек 14 в возрасте от 1 года до 18 лет. Пациенты были сопоставимы по полу, возрасту, клиническим проявлениям кожного синдрома. Оценку тяжести кожного синдрома проводили использованием стандартного индекса SCORAD. При расчете индекса SCORAD применялась следующая формула: $SCORAD = A/5 + 7B/2 + C$ (А – площадь поражения, В – интенсивность выраженности симптомов, С – субъективные симптомы). Диагноз был выставлен на основании клинической картины, атопии в анамнезе и сезонности.

Результаты и обсуждение. В результате лечения, у всех пациентов отмечалось значимая положительная динамика основных клинических показателей, характеризующих состояние кожи (уменьшение зуда, сухости кожных покровов). Достоверно установлено, что регулярное применение средств базисной терапии значительно повышает результат лечебной терапии и повышение качества жизни больных атопическим дерматитом. При использовании средств базовой терапии положительный клинический эффект наблюдается у 84% больных атопическим дерматитом.

Выводы. На основании полученных результатов в терапии атопического дерматита у детей можно рекомендовать применение эмоленов. При использовании средств базовой терапии положительный клинический эффект наблюдается у 84% больных атопическим дерматитом. Длительный рациональный уход за кожей с использованием специальных средств позволяет влиять на течение атопического дерматита, удлиняя периоды ремиссии и повышая качество жизни пациентов.

Е.В. Пришельцева, О.В. Коноплина

СИСТЕМНЫЕ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДЫ КАК УРГЕНТНАЯ ТЕРАПИЯ ТЯЖЕЛЫХ ДЕРМАТОЗОВ

ГУЗ «Областной клинический кожно-венерологический диспансер»

Синтетический глюкокортикостероид (ГКС), обладает высокой глюкокортикостероидной и незначительной минералокортикостероидной активностью. Препарат оказывает противовоспалительное, противоаллергическое и иммунодепрессивное действие, а также оказывает выраженное и разнообразное действие на различные виды обмена веществ.

Актуальность. Последнее время дерматологами часто используется термин «стероидчувствительные дерматозы» (СЧД), который подразумевает обширную группу разнообразных кожных заболеваний, при которых глюкокортикостероидные препараты обладают клинической эффективностью, часто выступают в качестве препаратов первой линии, а иногда являются единственным решением терапевтической проблемы в конкретном случае. Чаще всего кортикостероиды при СЧД применяются в виде наружных средств, однако при тяжело протекающих дерматозах необходимой становится системная стероидная терапия, являясь подчас единственной эффективной, и по показаниям может быть квалифицирована как терапия неотложных состояний.

Методы исследования. За период 2021–2022 гг. в ГУЗ «Областной клинический кожно-венерологический диспансер» осуществлялось лечение пациентов с СЧД с применением препарата дипроспана. Под наблюдением находились 30 пациентов с отсутствием эффекта от предшествующей типовой наружной терапии. При этом пациенты были разделены на две контрольные группы. Первую группу составляли пациенты, получающие системные глюкокортикостероиды, а вторая группа (5 человек), получали антигистаминное. Оценка эффективности проводилась в соответствие с клинической картиной.

Результаты. При сравнительном анализе использования оригинального препарата и антигистаминного препарата в первой группе отмечалось быстрое достижение клинического эффекта, а также отсутствие нежелательных реакций и побочных явлений. Все пациенты отмечали положительный эффект после

первого введения системного глюкокортикостероида, в отличие от недельного применения антигистаминного.

Выводы. Таким образом, при применении системного глюкокортикостероида отмечается быстрое достижения улучшения клинического эффекта, в отличие от применения антигистаминных препаратов.

А.В. Сергиенко, О.С. Кабаева

ВЛИЯНИЕ ПРИЕМА СИСТЕМНОГО ИЗОТРЕТИНОИНА НА ФУНКЦИЮ ПЕЧЕНИ И ЛИПИДНОГО ОБМЕНА

ГУЗ «Областной клинический кожно-венерологический диспансер»

Актуальность. Оральный изотретиноин более 40 лет широко применяется в лечении больных со среднетяжелыми и тяжелыми формами акне.

За столь длительный период терапевтического использования этого препарата и доказанную эффективность, у некоторых врачей-дерматовенерологов остаются вопросы к его безопасности.

Цель исследования – изучение влияния приема системного изотретиноина на функцию печени и липидный обмен.

Методы исследования. Исследование проводилось на базе ГУЗ «Областной клинический кожно-венерологический диспансер» в течение 12 месяцев. В исследовании принимали участие 12 пациентов со среднетяжелыми и тяжелыми формами акне: 4 мужчины и 8 женщин, в возрастном диапазоне от 18 до 35 лет.

По клиническим показаниям был назначен препарат системного изотретиноина из расчета 0,5 мг/кг и кумулятивной дозой 120 мг/кг для среднетяжелых форм, 150 мг/кг – для тяжелых форм акне.

Каждый месяц данным пациентам проводился контроль биохимических показателей венозной крови.

Результаты. Повышение уровня печеночных трансаминаз во время лечения СИ наблюдалось только у одного пациента, было скорректировано снижением дозы и впоследствии не повторялось. Изменения в липидном обмене не наблюдались.

Выводы. Нарушения функции печени и липидного обмена при применении системного изотретиноина не являются

клинически значимыми и легко корректируются снижением дозы, что еще раз доказывает применение данного препарата не только эффективным, но и безопасным.

Я.В. Сулименко

СОВРЕМЕННЫЙ И КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД КОРРЕКЦИИ И ТЕРАПИИ МЕЛАЗМЫ КОЖИ В ОТДЕЛЕНИИ КОСМЕТОЛОГИИ ГУЗ ОККВД

ГУЗ «Областной клинический кожно-венерологический диспансер»

Актуальность. Согласно определению, мелазма – это приобретенное нарушение пигментации, представленное пятнами светло-коричневого или коричневого цвета, располагающиеся билатерально и симметрично на открытых участках тела (лицо, шея, зона декольте, разгибательные поверхности рук), имеющих неправильные контуры, склонные к слиянию и самопроизвольному разрешению при устранении провоцирующих факторов.

Причиной возникновения мелазмы может быть наследственная предрасположенность, фотоповреждение (в результате действия ультрафиолета), повреждение, вызываемое видимым светом, метаболические и гормональные нарушения. Все эти изменения приводят к повышенной активности меланоцитов, и как следствие – пигментации кожи.

Клинически мелазма представлена четкими пятнами гиперпигментации, располагающимися симметрично. В зависимости от глубины залегания пигмента меняется цвет пятна, от нее зависит дальнейшая тактика терапии. Поверхностно располагающийся пигмент (эпидермально) будет создавать вид четкого, интенсивного пятна с хорошо очерченными границами. При более глубоком залегании пигмента (в дермальном слое) – светло-коричневые пятна с голубоватым оттенком, неравномерной окраски, контуры высыпаний нечеткие, размытые. Пятна располагаются симметрично, преимущественно в центральной части лица.

Цель исследования. Мелазма является косметическим дефектом и способна снижать качество жизни пациента в значительной степени. Лечение этого состояния остается сложной задачей, так как до сих пор не существует универсально эффективной терапии.

Материалы и методы исследования. Для определения глубины залегания пигмента используется лампа Вуда. При эпидермальном расположении в лучах лампы Вуда пигмент становится более ярким и контрастным. При дермальном залегании пигментация не усиливается.

Результаты исследования. При выборе терапии в отделении косметологии ГУЗ «Областной клинический кожно-венерологический диспансер» врач-косметолог основывается на клинической картине мелазмы. Все лечение назначается согласно клиническим рекомендациям ФГБУ ГНЦДК. Все пациенты вне зависимости от сезона, типа кожи, клинической формы и тяжести заболевания получают ежедневно солнцезащитные средства с фактором защиты не менее 30 перед каждым выходом на улицу за 20 минут.

Пациенты с поверхностно расположенным пигментом (эпидермально) в качестве базовой наружной терапии получали одно из средств на основе 20% азелаиновой кислоты, 2% гидрохинона, арбутин 2 раза в день. Курс терапии составляет не менее 6 месяцев с переходом на поддерживающую терапию в течение 6 месяцев.

В качестве косметологических процедур пациентам проводятся поверхностные химические пилинги курсом 5 процедур 1 раз в 7 дней. Как правило, используются пилинги, содержащие 10% миндальную кислоту, 30% салициловую кислоту или раствор Джесснера.

При выборе терапии дермальной формы мелазмы исходят из возможностей пациента и оснащенности учреждения. Так, пациентам проводится курс поверхностно срединных химических пилингов (30% салициловая кислота, трихлоруксусная кислота 30%, раствор Джесснера с большей экспозицией), состоящий из 3-4 процедур с интервалом между ними 7–10 дней.

На фоне проводимой терапии отмечается выраженный терапевтический эффект и положительный эмоциональный фон пациента.

Выводы. Таким образом, хотелось бы отметить, что на базе отделения косметологии ГУЗ «Областной клинический кожно-венерологический диспансер» пациенты получают комплексное лечение мелазмы согласно клиническим рекомендациям, основанным на принципах доказательной медицины.

А.В. Тихомирова, Н.А. Круглова

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ ПРЕПАРАТАМИ ИНТЕРФЕРОНОВ В ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ РЕЦИДИВОВ ВИРУСНЫХ БОРОДАВОК

ГУЗ «Областной клинический кожно-венерологический диспансер»

Актуальность проблемы. Вирусные бородавки – это доброкачественные новообразования кожи, вызванные вирусом папилломы человека.

В настоящее время среди вирусных заболеваний кожи и слизистых оболочек достаточно часто встречаются в практике врача-дерматовенеролога. Большую роль в распространенности играют состояния иммуносупрессии, а также риск инфицирования зависит от ряда факторов, таких как вирусная нагрузка, длительность контакта с инфекцией, наличие микротравм, ссадин, заусенцев, мацерации и других воспалительных изменений кожных покровов и слизистых оболочек.

Цель исследования – оценить клиническую эффективность применения наружной терапии препаратами интерферонов в комплексном лечении и профилактике рецидивов вирусных бородавок.

Методы исследования. Под наблюдением в ГУЗ «Областной клинический кожно-венерологический диспансер» находилась группа из 30 человек с диагнозом «вирусные бородавки» в возрастной группе от 10 до 45 лет, 16 женского и 14 – мужского пола. У 11 больных сыпь локализовалась в области стоп, у 17 – в области кистей и у 2 – в области предплечий. Всем пациентам проводилась криодеструкция с последующим назначением наружной терапии препаратами интерферонового ряда в виде гелей на очаги высыпаний курсом 2 раза в день в течение 1 месяца – до разрешения кожного процесса. Наблюдение за пациентами продолжалось в течение 6 месяцев.

Результаты исследования: в период наблюдения за пациентами в течение 4 месяцев после проведенного курса лечения рецидивы были отмечены всего у 3-х пациентов; у 27 пациентов отмечалось клиническое разрешение кожной сыпи, новые элементы отсутствовали.

Выводы: таким образом, проведенное исследование показало, что применение наружной терапии препаратами интерферонового ряда

в комплексной терапии вирусных бородавок дают положительный результат и значительно снижают частоту рецидивов ввиду их выраженного противовирусного, антипролиферативного и иммуномодулирующего действия, ускоряют процесс достижения клинического разрешения высыпаний, сокращают длительность лечения.

Е.В. Шуюкова, А.И. Вильданова

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТОКСИКО- АЛЛЕРГИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ НА ФОНЕ ПРИЕМА НПВС

ГУЗ «Областной клинический кожно-венерологический диспансер»

Актуальность. Рост частоты возникновения данной патологии в связи с широким применением различных лекарственных препаратов, кожные проявления токсикодермии зачастую страшат врачей и мешают выбрать оптимальную тактику лечения, часто останавливаясь только на глюкокортикостероидах в терапии.

Цель исследования – рассмотреть клинику токсикодермии, представить случай из практики.

Методы исследования. Обзор данных медицинской литературы, описание клинического случая.

Токсидермия – острое воспалительное заболевание кожных покровов, развивающееся под действием гематогенного распространения аллергена, чаще развиваются как побочное действие лекарственных средств. Клинические проявления очень разнообразны и представлены почти всеми первичными морфологическими элементами: пятнистыми, папулезными, уртикарными, везикулезными, буллезными, пустулезными, узловатыми. Высыпания чаще мономорфные. При всех клинических разновидностях токсикодермии основной симптом – высыпания, сопровождающиеся зудом. Сыпь появляется остро, иногда может подняться температура (как правило, не выше 38 °С). Сыпь симметричная, появляется через 1-21 день после поступления в организм аллергена. Самыми тяжёлыми осложнениями токсидермии являются синдром Лайела (токсический эпидермальный некролиз) и синдром Стивенса–Джонсона.

Рассмотрим клинический случай. Пациентка Й., 27 лет, была госпитализирована в отделение терапии экстренно с жалобами на повышение температуры до 40, боль в горле, появление высыпаний,

с ее слов три дня назад заболело горло, поднялась температура, принимала жаропонижающее средство ибуклин, полоскала горло ромашкой и пользовалась спреем Мирамистин. Пациентка является кормящей матерью (ребенку 2 месяца, 4 роды). В ходе нахождения в условиях терапевтического отделения была начата антибиотикотерапия (Цефтриаксон в/м по 1,0 г 2 р/д), дезинтоксикационная терапия инфузионными растворами. Но вследствие быстрого появления большого количества высыпаний на следующие сутки была переведена в отделение реанимации, где антибиотикотерапия была отменена и начато введение больших доз глюкокортикостероидов (150 мг в/в преднизолон в сутки). Состояние пациентки оставалось тяжелым, был вызван дерматолог ГУЗ «Областной клинический кожно-венерологический диспансер» для консультации. При осмотре кожи процесс носил распространенный характер. На туловище, конечностях были множественные папулы, местами слившиеся в обширные очаги, эритематозной окраски, многие с пузырями с прозрачным содержимым, множественные корки серозного характера, на нижних конечностях – элементы в виде мелких макул с геморрагическим компонентом, местами мокнутие. Пациентка в сознании, предъявляла жалобы на слабость, ломоту в суставах, мышцах, зуд. При осмотре данных лабораторных исследований отмечалось повышение СРБ до 180, СОЭ до 50 мм\ч, лейкоцитоз 30×10^9 , сдвиг влево в лейкоформуле, что указывало на бактериальный характер воспаления, остальные показатели были в норме. Дерматологом был выставлен диагноз «токсикодермия распространенная, тяжелое течение, предположительно на прием НПВС». Рекомендовано продолжить терапию глюкокортикостероидами в высоких дозах и возобновить антибиотикотерапию, опираясь на показатели лабораторных исследований, под прикрытием гормональной терапии. В ходе скорректированного лечения пациентка быстро пошла на поправку и через неделю была выписана домой.

Выводы.

1. Выбор правильной тактики лечения позволяет в короткие сроки добиться стойкой положительной динамики в состоянии пациента и ускорить сроки его выздоровления.
2. Практика совместной консультации сложного пациента врачами разных специальностей дает более точную и быструю постановку диагноза и выбора верного пути в терапии данной нозологии.

В.Н. Речник, Г.А. Савинова

РОЛЬ ВИРУСА ГЕРПЕСА 6 ТИПА В ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

ГУЗ «Центральная городская клиническая больница
города Ульяновска»

Актуальность проблемы. Вирус герпеса человека 6 типа (ВГЧ-6) впервые был обнаружен в 1986 г. у ВИЧ-позитивного пациента, который страдал от лимфопролиферативного заболевания. Имеются его две различные подгруппы: ВГЧ-6А и ВГЧ-6В, которые на 95% генетически идентичны. Более 90% людей инфицируются ВГЧ-6В в раннем детстве между 6 мес. и 2 годами после утраты материнских протективных антител, что характеризуется появлением экзантемы. Инфицирование ВГЧ-6А происходит в более позднем возрасте и не сопровождается какими-либо симптомами. Антитела к ВГЧ-6 обнаруживают более чем у 90% населения развитых стран. После первичной инфекции ВГЧ-6 пожизненно остается в организме в латентном состоянии и может реактивироваться у иммунокомпетентных, и, что бывает значительно чаще, у иммунокомпрометированных лиц.

Следует отметить, что диагностировать инфекцию ВГЧ-6 на основе клинических проявлений зачастую трудно, что препятствует назначению этиотропного лечения. Лабораторную диагностику инфекции ВГЧ-6 проводят с помощью серологических и молекулярно-генетических исследований. Наиболее информативным является количественное определение вирусной ДНК в периферической крови и в других биологических жидкостях с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР) в реальном времени. Так как при первичном заражении и даже при реактивации ВГЧ-6 инфекция может протекать бессимптомно, условно определены концентрации ДНК ВГЧ-6, которые характеризуют активную, клинически выраженную инфекцию – 1000 копий/мл и выше.

Против герпесвирусных инфекций, вызываемых альфа-, бета- и гамма-ВГЧ, используют такие лекарственные препараты, как валацикловир, ганцикловир, фоскарнет (не зарегистрирован в РФ) и цидофовир (не зарегистрирован в РФ). В то же время показания для лечения инфекций, вызванных ВГЧ-6, на сегодняшний день официально не утверждены.

Цель исследования – определить роль ВГЧ-6 при хронических воспалительных заболеваниях верхних дыхательных путей и оценить эффективность противовирусной терапии ВГЧ-6.

Методы и результаты. Под нашим наблюдением было 27 амбулаторных пациентов в возрасте от 19 до 43 лет с хроническими воспалительными заболеваниями верхних дыхательных путей, проявлявшихся жалобами на постоянные рецидивирующие боли и першение в горле, ощущение жжения в области языка, десен, периодический сухой кашель. Данные жалобы беспокоили пациентов не менее 1 года. У 8 пациентов появление высыпаний сопровождалось подъемом температуры до фебрильных цифр. Объективно у пациентов имелась гиперемия слизистой ротоглотки, на слизистой языка и щек имелись афты диаметром от 2-3 мм до 1 см. Все больные неоднократно получали лечение у врача-терапевта, врача-отоларинголога с диагнозом «хронический фарингит». Всем больным неоднократно проводилось исследование мазков со слизистой ротовой полости на бактериальную микрофлору, патогенных микроорганизмов не было обнаружено. У всех больных была исключена ВИЧ-инфекция. Пациентам назначались курсы антибактериальных препаратов, иммуностимуляторов, растворов местных антисептиков и фитопрепараты. Проведенное лечение приводило к временному улучшению, но спустя 1-3 недели жалобы возобновлялись.

Больные были направлены на консультацию к врачу-инфекционисту, который назначил им обследование на герпетические инфекции. Клиническим материалом служили цельная кровь и соскоб со слизистой ротовой полости. Были получены следующие результаты: ДНК ВПГ-1, ВПГ-2 и цитомегаловируса не обнаружена. У 17 больных из этой группы (63,0%) ДНК ВГЧ-6 была обнаружена в высоких концентрациях в соскобах со слизистой ротовой полости и у 6 пациентов (22,2%) она также выявлялась в крови в концентрациях, превышающих 1000 копий/мл. Высокое содержание ВГЧ-6 в крови позволило предположить хромосомную интеграцию вируса у этих пациентов. У 8 больных из 17 в соскобе со слизистой ротовой полости выявлялась также ДНК вируса Эпштейна – Барр (при этом в крови вирус Эпштейн-Барр не обнаруживался).

Пациентам было назначено лечение: валацикловир 500 мг по 1 таблетке 2 р/сут в течение 3 мес., ВИФЕРОН[®] (интерферон α -2b с антиоксидантами — витаминами Е и С) в форме ректальных суппозиторий, по 1 суппозиторию 3 млн МЕ 2 р/сут в течение 10 дней, затем 3 р/нед. еще в течение 3 нед., раствор панавир по 5,0 мл внутривенно струйно через 48 часов №5, на афты пациенты наносили гель панавир 5 р./сут. до исчезновения афт.

Результаты: на фоне назначенного лечения у 16 больных (94,1%) через 2 недели от начала терапии отмечалось клиническое улучшение в виде нормализации температуры, отсутствия или значительного уменьшения болей в горле, исчезло ощущение жжения языка; объективно у больных исчезла гиперемия слизистой ротовой полости, афты эпителизировались. При ПЦР-контроле через 3 месяца от начала терапии у пациентов не обнаруживалась ДНК ВГЧ-6 в крови и имело место значительное снижение вирусной нагрузки в соскобах со слизистой ротовой полости на 2-3 логарифма. При оценке состояния больных через 3 месяца после окончания противовирусной терапии только у 2-х больных (11,8%) возобновились жалобы на боли в горле, при этом в мазках из зева у этих пациентов был выделен стрептококк.

Выводы. ВГЧ-6 может быть этиологическим агентом абактериальных хронических воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей. Назначение специфической противовирусной терапии и интерферонотерапии, направленных на подавление репликации ВГЧ-6 и активацию антивирусной активности организма, приводит к хорошему вирусологическому эффекту в виде снижения вирусной нагрузки и достижению устойчивой клинической ремиссии. При этом наличие у 5 больных (29,4%) на момент окончания лечения высоких конечных концентраций ВГЧ-6 в соскобе со слизистой ротовой полости (более 1000 копий/мл) при хорошем клиническом ответе может говорить о возможной хромосомной интеграцией вируса, при которой каждая клетка организма содержит его генетический материал.

А.А. Нафеев, Г.В. Салина

НОВАЯ КОРОНАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ (2019-NCOV) В ПРАКТИКЕ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ»

ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Ульяновской области»

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) признала в 2020 году коронавирус чрезвычайной ситуацией международного масштаба и рекомендовала всем странам готовиться противостоять эпидемии. Возбудитель – новый коронавирус SARS-CoV-2 (название присвоено Международным комитетом по таксономии вирусов 11.02.20). Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) объявила

11 марта 2020 г. о пандемии новой коронавирусной инфекции, вызванной вирусом SARS-CoV-2, которая стала 11-й в XX–XXI вв.

20 марта 2020 г. в Москве был зарегистрирован первый летальный исход от COVID-19, осложнившегося сепсисом, у мужчины 88 лет. (В Ульяновской области в апреле 2020 года – женщина 68 лет, заражение произошло в г. Москве).

Постановлением Правительства РФ от 31.01.2020 №66 «О внесении изменения в перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих» новый коронавирус 2019-nCoV внесен в перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих, утвержденный постановлением Правительства Российской Федерации от 1 декабря 2004 г. №715 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2004, №49, ст. 4916).

С самого начала активно обсуждался вопрос причины значительных различий в числе заболевших и умерших в разных странах. Среди основных гипотез – подходы к организации процессов тестирования среди населения, диагностическая точность используемых тестов, различия в демографической структуре населения, скорость и качество изоляционно-карантинных мероприятий, приверженность населения к их выполнению, ресурсные возможности системы здравоохранения, возможность мутации вируса.

Важной характеристикой инфекционного заболевания, в частности вызванного таким новым возбудителем, как SARS-CoV-2, является его тяжесть, конечным показателем которой является его способность приводить к смерти. Показатели летальности помогают установить тяжесть заболевания, определить уязвимые группы населения и оценить качество медицинской помощи.

Для того чтобы можно было корректно сопоставлять данные между странами и регионами, подходы к сбору и оценке данных должны быть максимально стандартизированы. Исследование умершего с подозрением на COVID-19 относится к 5 (самая высокая) категории сложности. Материалом для исследования на возбудителя COVID-19 являются:

- основной образец: мазок из полости носа и/или ротоглотки;
- дополнительные образцы: промывные воды бронхов, эндотрахеальный и назофарингеальный аспират, мокрота, биопсийный или аутопсийный материал легких, цельная кровь, сыворотка крови, моча, фекалии.

При «слепом» исследовании 25 экспертиз-протоколов вскрытия с первичными заключениями по учреждениям судебно-медицинской

экспертизы Ульяновской области были получены следующие данные. Половой состав представлен: мужчины – 12 (48%), женщины – 13 (52%). Возрастной состав преимущественно более 70 лет – 21 чел. (84%). По месту регистрации преобладало городское население – 84%. За медицинской помощью обращались 7 человек (28%), в остальных 21 случае имела место смерть на дому или другие причины. По основным диагнозам на первом месте пневмония (60%).

Заключение. Подтверждение новой коронавирусной инфекции в практике специалистов судебно-медицинской экспертизы наглядно свидетельствует о скрытых (не выявленных) источниках инфекции, которые создают иллюзии их безопасности для окружающих. Но это становится известно только после проведения лабораторного исследования на COVID-19 биологического материала, что делает невозможным своевременное проведение комплекса противоэпидемических мероприятий в очаге.

Н.Ф. Абдуллова, И.Е. Крылова

ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕ 60 ЛЕТ

ГУЗ «Областной центр профилактики и борьбы со СПИД»

По состоянию на 01.01.2023 в области зарегистрировано 21 608 ВИЧ-инфицированных, показатель распространенности составил 1 794,7 на 100 тысяч человек.

Поражённость населения составила 990,5 на 100 тысяч населения (11 921 человек). Фактически в настоящее время в Ульяновской области болен каждый 101 человек (с учетом пересчета на число живущих с заболеванием по базе данных ВИЧ-инфицированных лиц Ульяновской области).

За 2022 год выявлено 682 новых случаев заболевания (56,6 на 100 тыс. населения), отмечен рост заболеваемости на 4,6% по сравнению с 2021 годом.

В январе 2023 года специалистами ГУЗ Центр СПИД проведено эпидемиологическое исследование заболеваемости ВИЧ-инфекцией и причин смерти ВИЧ-инфицированных пациентов старше 60 лет за весь период регистрации заболевания на территории Ульяновской области.

Для исследования были использованы методы ретроспективного анализа заболеваемости исследуемой группы, изучены карты

эпидемиологического обследования очагов ВИЧ-инфекции, и карты диспансерного наблюдения пациентов.

Цель исследования – прогнозирование эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции и выявление особенностей и рисков в развитии заболевания у пациентов старше 60 лет на территории Ульяновской области.

Всего были исследованы данные по 323 заболевшим пациентам.

Фактически проведен анализ заболеваемости пациентов старше 60 лет с ВИЧ-инфекцией по состоянию на 01.01.2023.

В исследовании проведено изучение заболеваемости и смертности: по распространенности, возрастному составу, гендерному признаку. Изучены вопросы распределения по стадиям инфекции, наличия у них индикаторных заболеваний, причины обследования на ВИЧ и причины заражения, а также причины смертности.

Фактически исследование показало, что на территории Ульяновской области за весь период эпидемии, лица старше 60 лет составляют 1,5% (в 2022 году – 5,1%); прирост заболеваемости изученного возраста за период с 2016 по 2022 год составил 3,3%; 88,2% выявленных зарегистрированы после 2011 года; максимальная распространенность заболевания отмечается в возрастных категориях 60–64 года (56,3%), 65–69 лет – 28,8%; выявление пожилых пациентов происходило в 55,1% случаев по клиническим показаниям; основная причина инфицирования пожилых пациентов – контактный путь передачи вируса при гетеросексуальных связях – 92,9%; из числа зарегистрированных пациентов старше 60 лет погибли 52,3%; удельный вес оставшихся в живых пациентов имеет значения: минимальные – 60–64 года (47,8%), максимальные – старше 80 лет (75,0%); исследование смертности по гендерному типу показало превалирование смертности мужского населения – 56,8% (96 человек); пациенты выявлялись в 3 стадии – 54,6%, в стадии 4А – 21,8%, в стадии СПИДа – 20,8%; в настоящее время живы 58,3% пациентов старше 60 лет (в 3 стадии – 56,3%, 4А – 33,3%, в стадии СПИДа – 10,4%); основными причинами смерти пациентов старше 60 лет явились сердечно-сосудистые заболевания (21,1%), патология нервной системы и онкопатология (по 16,7%), заболевания легких, в том числе туберкулез (13,3%).

Проведенное исследование дает возможность определения приоритетных направлений для профилактики и раннего выявления ВИЧ-инфекции у лиц старше 60 лет.

*Ф.А. Сайфутдинова, В.Н. Речник, К.А. Сайфутдинов,
Е.Е. Юдина*

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ИММУНИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ ПРИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19

**ГУЗ «Ульяновский областной клинический госпиталь
ветеранов войн»
ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»**

В настоящее время глобальная пандемия коронавирусной инфекции COVID-19 продолжается. Вакцинация является основным средством специфической профилактики этого заболевания.

Цель исследования – оценить эффективность вакцинации населения Ульяновской области при новой коронавирусной инфекции.

Материалы и методы. В работе использованы данные официальных учетно-отчетных документов по заболеваемости и вакцинации населения Ульяновской области коронавирусной инфекцией. Проведен анализ инцидентности и летальности при коронавирусной инфекции с 2020 по 2023 г. среди населения Ульяновской области по различным возрастам, среди вакцинированных и невакцинированных лиц.

Результаты и обсуждение. В Ульяновской области с начала прививочной компании в регион поступило 895 617 комплексов вакцин, что составило 100% от потребности (793 766 чел.). Вакцина Спутник лайт представлена в наибольшем количестве (606 760 доз), также использовались вакцины Гам-Ковид-Вак, ЭпиВакКорона, КовиВак. Для организации прививочной компании были сформированы 44 стационарных и 9 мобильных пунктов вакцинации, 31 мобильная бригада, организованы пункты прививок в общественных организациях. В результате проведенной работы общее количество вакцинированных составило 625 647 (78,5%). Среди лиц старше 60 лет процент привитости ниже и составил 68,2%. Полностью (2 компонента) среди населения вакцинация завершена у 64,2%, среди лиц пожилого возраста – у 57,3%. Высокий процент привитости отмечается у медицинских работников, он составил 86,7%. В Ульяновской области сохраняется напряженная эпидемиологическая обстановка по заболеваемости коронавирусной инфекцией. На 13.02.2023 г. зарегистрировано 250572

подтвержденных случаев инфекции, кумулятивная инцидентность составила 18 441,1 на 100 000 тыс. чел.

Среди вакцинированных инцидентность составила 10235,8 на 100 тыс. нас.

Смертность среди общего числа заболевших составила 214,6 на 100 тыс. нас. (в среднем за период с 2020 по 2023г.г.). Семейная очаговость отмечалась в 50,7%, среди медицинских организаций заболеваемость регистрировалась от 7,2% до 21,7% в 2023 г.

Проведен анализ случаев заболеваний коронавирусной инфекцией после вакцинации различными вакцинами. Наиболее высокий процент заболевших после вакцинации отмечается в группе, привитой вакциной ЭпиВакКороной (15,7%), среди лиц привитых КовиВак вакциной процент заболевших составил 15%, среди привитых Спутником лайт – 11,6%. После вакцинации Гам-Ковид-Вак заболевших зарегистрировано 0,9%. Заболеваемость у вакцинированного контингента отмечалась преимущественно среди лиц старшего возраста (60 и старше).

Среди заболевших, привитых вакциной Спутник лайт, летальность составила 0,6%, среди привитых КовиВак вакциной – 0,8%, привакцинации ЭпиВакКороной – 1,5% и привитых Гам-Ковид-Вак – 0,8%.

Общее количество умерших среди заболевших составляет 3,1%, тогда как среди привитых умерли 0,8% среди всех заболевших привитых различными вакцинами.

Выводы. Инцидентность коронавирусной инфекции среди непривитых лиц в 1,8 раза выше, чем у вакцинированных. Среди вакцинированных риск летального исхода менее вероятен у лиц, вакцинированных вакциной Спутник лайт, наибольший процент летальности отмечен в группе, привитой вакциной ЭпиВакКорона. Риск летального исхода у вакцинированных пациентов статистически ниже чем среди невакцинированного контингента.

Л.В. Ильмухина, Я.Е. Саранская

ЭТИОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С ПРЕПАРАТАМИ ПРЯМОГО ПРОТИВОВИРУСНОГО ДЕЙСТВИЯ В УСЛОВИЯХ ОМС

ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»
ООО «МЦ Академия»

Актуальность. Глобальная стратегия по борьбе с вирусными гепатитами, принятая ВОЗ, предполагает, что 80% больных к 2030 г. должны быть обеспечены противовирусной терапией. Президент РФ Владимир Путин заявил о необходимости разработать решения, которые позволят в течение 10 лет свести к минимуму распространение в России гепатита С. Современные противовирусные средства позволили сократить число инфицированных гепатитом С в мире с 171 млн. человек до 56,9 млн. В последние годы благодаря развитию инновационных технологий внедрены в реальную клиническую практику новые диагностические концепции и алгоритмы лечения вирусных гепатитов.

Впервые, в 2018 году в рамках государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения на базе ООО «МЦ «Академия» осуществляется Территориальная программа государственных гарантий оказания гражданам медицинской помощи на территории Ульяновской области по лечению хронического гепатита С за счет средств ОМС, которая действует по настоящее время.

Цель исследования: определить безопасность и эффективность препаратов прямого противовирусного действия при терапии хронической HCV-инфекции у пациентов с разными генотипами вируса независимо от стадии фиброза печени.

Методы исследования: под наблюдением с 2018 г. по 2022 г. находилось 388 пациентов хроническим гепатитом С на различных схемах противовирусной терапии (глекапревир+пибрентасвир; дасабувир; омбистасвир+паритапревир/ритонавир; софосбувир+даклатасвир; софосбувир+велпасвир) с различными генотипами и разной стадией фиброза печени от F1 до F4 по шкале METAVIR. Проведена оценка биохимического и вирусологического ответа по завершению курса противовирусной терапии. Критерии включения пациентов в программу терапии соответствуют утвержденным стандартам и рекомендациям по лечению хронического гепатита С МЗ РФ.

Результаты. Пролечено 388 пациентов, распределение по гендеру - 55% мужчин и 45% женщин. В общей когорте преобладали пациенты трудоспособного возраста от 30 до 60 лет и избыточной массой тела или ожирением различной степени. У более чем половины пациентов стаж заболевания (по первому выявлению анти-НСV) составил от 5 до 10 лет, несмотря на наличие продвинутых стадий фиброза печени F3 и F4 по шкале METAVIR (45%). С неудачей предшествующего курса противовирусной терапии пролечено 4,8% пациентов. Преобладающий генотип 1b – 55% пациентов. По биохимической активности преобладали пациенты с минимальной степенью (58%), в то время как высокая степень диагностирована у 11% пациентов. У более чем 90% пациентов диагностирована различная мультиморбидная патология на основании заключения врачей специалистов узкого профиля, главным образом представленная поражением сердечно-сосудистой, эндокринной и желудочно-кишечной систем. Несмотря на наличие действующей программы противовирусной терапии гепатита С, существует проблема доступности терапии для пациентов из отдаленных районов области. Всего за время программы в области получили терапию около 17% от числа нуждающихся в противовирусном лечении.

Выводы. Препараты прямого противовирусного действия доказали свою безопасность и эффективность в реальной клинической практике. У 100% пациентов был достигнут устойчивый вирусологический ответ, в том числе и у пациентов, не ответивших на ранее проводимый курс противовирусной терапии; подтверждена безопасность схемы у пациентов с мультиморбидностью.

Необходимо увеличивать объемы терапии за счет средств ОМС, повышать уровень доступности, благодаря которой возможна полная элиминация вируса гепатита С как на индивидуальном, так и на популяционном уровне, обратная динамика фиброза печени, что повысит качество жизни пациентов, увеличит продолжительность жизни, снизит летальность от цирроза печени и первичной гепатоцеллюлярной карциномы.

*В.В. Безик, О.В. Кондратьева, А.А. Нафеев,
В.Н. Шарафутдинов*

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ У РЕБЁНКА

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

В последние годы в Ульяновской области участились случаи геморрагической лихорадки с почечным синдромом среди детского населения. Тяжёлые формы встречаются крайне редко.

В данной статье представлен клинический случай геморрагической лихорадки с почечным синдромом у мальчика 15 лет. Его особенность в том, что клинические симптомы в виде кровоизлияний и кровотечений были ярко выражены, что больше характерно для взрослых пациентов. У данного пациента заболевание началось остро, с повышения температуры тела до 40°C, также беспокоили боли в поясничной области. Лечился амбулаторно с диагнозом ОРВИ. В течение недели температура нормализовалась, затем через 1-2 дня вновь повышение температуры тела до 39,5°C. Госпитализирован в ЦРБ по месту жительства. На следующий день появилась гиперемия кожи лица и конъюнктивы обоих глаз. Экстренно направлен на госпитализацию в ИБО ОДКБ с диагнозом «ГЛПС». Из эпидемиологического анамнеза было известно, что примерно за три недели до начала заболевания мальчик контактировал с мышевидными грызунами дома (живут в сельской местности, в частном доме). При поступлении объективно у ребёнка отмечается выраженная гиперемия склер, слизистой ротоглотки, конъюнктив обоих глаз, лихорадка, боли в мышцах и в поясничной области, пастозность нижних конечностей. В течение следующих 2-3 дней – геморрагическая сыпь на коже лица и шеи, потрескавшиеся губы с кровоподтёками, носовые кровотечения, субконъюнктивальное кровоизлияние – симптом «кроличий глаз».

По результатам обследований: в общем анализе мочи – протеинурия в пределах 3,0-1,0 г/л, эритроцитурия, цилиндрурия. Биохимический анализ крови: креатинин – 187 мкмоль/л; мочевины – 11,6 ммоль/л, СРБ – 136 мг/л. По УЗИ брюшной полости – повышенная эхогенность паренхимы почек, увеличение селезёнки. Отмечено

наличие у больного кардиоваскулярного синдрома, острых нарушений сосудистого тонуса: артериальная гипотензия, брадикардия. Диагноз «геморрагическая лихорадка с почечным синдромом» был подтвержден лабораторно – обнаружены антитела к хантавирусам и нарастание их титра (1:64 – 1:1024).

*Г.А. Савинова, В.Н. Речник, К.А. Сайфутдинов,
Ф.А. Сайфутдинова*

ДОКОНТАКТНАЯ ПРОФИЛАКТИКА КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 ТИКСАГЕВИМАБОМ И ЦИЛГАВИМАБОМ У ИММУНОКОМПРОМЕТИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

**ГУЗ «Центральная городская клиническая больница
города Ульяновска»
КГМА – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России,
ГУЗ «Ульяновский областной клинический госпиталь
ветеранов войн**

Актуальность проблемы. Несмотря на усилия, предпринимаемые мировым сообществом по борьбе с коронавирусной инфекцией COVID-19, полностью взять под контроль распространение вируса не удастся. Причинами этого являются как недостаточный охват населения вакцинацией, постоянная мутация вируса, так и отсутствие адекватного иммунологического ответа на введение вакцины у иммунокомпрометированных пациентов. У больных с ослабленным иммунитетом отмечается снижение, либо отсутствие иммунологического ответа на вакцинацию, в связи с чем у таких больных имеется более высокий риск длительной персистенции вируса в организме, развития тяжелого течения коронавирусной инфекции и летального исхода.

В настоящее время создана уникальная комбинация блокирующих рекомбинантных моноклональных вируснейтрализующих антител пролонгированного действия – тиксагевимаб и цилгавимаб (препарат «Эвушелд»), которая может применяться как для лечения больных коронавирусной инфекцией COVID-19, так и для доконтактной профилактики у лиц, имеющих противопоказания для проведения вакцинопрофилактики, либо относящихся к пациентам с ослабленным иммунитетом.

Действие комбинации тиксагевимаб/цилгавимаб основано на том, что рекомбинантные моноклональные антитела человека класса IgG1, связываясь с перекрывающимися эпитопами рецептор-связывающего домена S-белка, блокируют взаимодействие S-белка SARS-CoV-2 с ангиотензинпревращающим ферментом 2. Это приводит к подавлению инфицирования клеток хозяина и останавливает репликацию вируса.

Целью этой работы является предоставление данных реальной клинической практики об использовании тиксагевимаба/цилгавимаба в качестве доконтактной профилактики у иммунокомпрометированных пациентов.

Методы и результаты. Был проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт 200 пациентов, получающих регулярно иммуносупрессивную терапию по поводу ревматологических, онкологических или гематологических заболеваний. Возраст больных варьировал от 37 до 76 лет. Все они ранее были вакцинированы от коронавирусной инфекции COVID-19 вакциной Гам-КОВИД-Вак, однако анализ крови на наличие антител к SARS-CoV-2, проведенный через 2 недели и через 6 месяцев после вакцинации показал отсутствие иммунологического ответа на вакцинацию.

В мае-июне 2022 года, в связи с появлением возможности применения препарата Эвушелд на территории Ульяновской области, всем пациентам в качестве предэкспозиционной профилактики было предложено введение тиксагевимаба/цилгавимаба. 107 больных дали согласие на введение препарата, 93 отказались. После получения письменного согласия пациента, и наличия отрицательного анализа мазка из ротоглотки и носоглотки методом ПЦР на SARS-CoV-2, больному, согласно инструкции к препарату, однократно вводили в виде двух отдельных последовательных внутримышечных инъекций 150 мг тиксагевимаба и 150 мг цилгавимаба.

Последующее наблюдение за обеими группами пациентов на протяжении 7 месяцев, показало, что в группе пациентов, получивших доконтактную профилактику, было зарегистрировано всего 6 случаев (5,6%) инфицирования COVID-19: 4 случая (3,7%) бессимптомного заражения и 2 случая (1,9%) клинического течения заболевания, легкой степени тяжести. Тогда как в группе, не получившей предэкспозиционную профилактику, наблюдалось 29 случаев (31,2%) инфицирования COVID-19: 18 случаев (19,4%) бессимптомного заражения COVID-19 и 11 случаев (11,8%) клинического течения заболевания, в том числе 8 больным (8,6% от всей численности группы)

потребовалась госпитализация. Летальных исходов не отмечалось в обеих группах.

Ни одного клинически значимого нежелательного явления на введение препаратов тиксагевимаб/цилгавимаб у наших пациентов зарегистрировано не было.

Выводы. Однократное внутримышечное введение комбинации блокирующих рекомбинантных моноклональных вируснейтрализующих антител пролонгированного действия тиксагевимаб/цилгавимаб (препарат «Эвушелд») в качестве доконтактной профилактики лицам, получающим иммуносупрессивную терапию, снижает риск инфицирования коронавирусной инфекцией COVID-19 с 31,2% до 3,7% на срок не менее 6 месяцев. А также предотвращает развитие тяжелых форм заболевания у иммунокомпromетированных пациентов.

В.В. Безик, О.В. Кондратьева, О.Н. Пайзе

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПРИОБРЕТЁННОЙ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ И МЕТАПНЕВМОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У РЕБЁНКА

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

Вирусные респираторные инфекции у детей в структуре заболеваемости занимают первое место, но верификация возбудителей в настоящий момент затруднена, что связано с ограниченными лабораторными возможностями ПЦР-диагностики на амбулаторном этапе.

Мы хотим вам представить редкий клинический случай впервые выявленной приобретенной цитомегаловирусной инфекции в сочетании с метапневмовирусной инфекцией у мальчика 9 лет. Из анамнеза известно, что с ноября по декабрь 2022 года ребёнок перенёс 3 эпизода острой респираторной вирусной инфекции, сопровождающихся катаральными явлениями и лихорадкой. Третий эпизод протекал с лихорадкой, увеличением и болезненностью околоушной области справа, кашлем, насморком, явлениями конъюнктивита. При обследовании амбулаторно обнаружено повышение амилазы крови в 4 раза и диастазы мочи в 3 раза. Госпитализирован в ГУЗ «Ульяновская областная детская клиническая больница им. политического и общественного деятеля Ю.Ф. Горячева» с диагнозом: «ОРВИ. Острый панкреатит».

Объективно: справа пальпируется околоушная железа, мягкой консистенции, до 2,5×2,0 см, кожа над ней не изменена, слева не пальпируется. Правый слюнной выводной проток несколько отечен, слева без воспалительных изменений. УЗИ слюнных желез: слева размером 37×11×24 мм, структура однородная; справа размером 44×33×21 мм, в структуре по всему объему рассеянные гипоехогенные включения диаметром до 5 мм. В мазке из ротоглотки методом ПЦР выделен метапневмовирус. В анализе крови методом ИФА обнаружены антитела класса М и G к цитомегаловирусу. Выставлен диагноз: «цитомегаловирусная инфекция, приобретённая, острое течение. Сиалоаденит. Реактивный панкреатит. Острая респираторная инфекция, вызванная метапневмовирусом, среднетяжёлое течение. Острый ринофарингит». Диастаза мочи за время нахождения в стационаре максимально до 1 081,5 ед/л, амилаза крови – 299 ед/л.

О.И. Салминская, Н.В. Мещерякова

«МАСКИ» ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ НА КЛИНИЧЕСКОМ ПРИМЕРЕ

ГУЗ «Областной центр профилактики и борьбы со СПИД»

Введение. ВИЧ-инфекция – хроническая длительно (пожизненно) текущая антропонозная вирусная инфекция, при естественном течении (в отсутствии антиретровирусной терапии (далее – АРТ)) с неизбежным смертельным исходом. Основным звеном патогенеза ВИЧ-инфекции является поражение иммунной системы, приводящее к развитию вторичных (оппортунистических) инфекций и злокачественных новообразований, которые и являются непосредственной причиной потери трудоспособности и смерти пациентов. Для предотвращения прогрессии заболевания, а также достижения контролируемого течения болезни, необходимо раннее назначение лечения. АРТ основана на назначении пациенту препаратов, подавляющих размножение ВИЧ, в результате чего останавливается гибель CD4-лимфоцитов, что приводит к восстановлению их популяции и функциональной активности. Восстановление этого звена иммунитета ведет к предотвращению развития вторичных заболеваний или к быстрой регрессии уже наступивших. Кроме того, ввиду подавления репликации

вируса, снижается контагиозность пациентов и предотвращается распространение заболевания среди населения.

Ульяновская область относится к территориям Российской Федерации, где отмечается высокая пораженность ВИЧ-инфекцией (17-ое место в РФ и 5-ое место в ПФО) и сохраняется генерализованная фаза заболевания. В Ульяновской области после непродолжительной стабилизации в течение 2-х лет наблюдается рост новых случаев ВИЧ-инфекции (в 2022 году зарегистрировано 682 случая, в 2021 году – 659 случаев). Прирост составил + 4,6%. Учитывая данный факт, в настоящее время остается актуальным активное тестирование населения с целью раннего выявления ВИЧ-инфекции и соответственно своевременного назначения АРТ.

Материалы и методы. В работе использовался анализ амбулаторной карты пациентки (оценка клинических проявлений заболевания), серологические, иммунологические и молекулярно-генетические методы лабораторных исследований, инструментальные методы диагностики.

Клинический случай. Пациентка С., 1980 г.р., встала на диспансерный учет в ГУЗ «Областной центр профилактики и борьбы со СПИД» (далее – ГУЗ Центр СПИД) 11.07.2022 года с диагнозом ВИЧ-инфекция, стадия первичных проявлений с вторичными заболеваниями (2В). Пневмоцистная пневмония, тяжелое течение. ДН II. Дерматит неуточненный. Хронический вирусный гепатит «С» высокой цитолитической активности.

При сборе анамнеза выяснено, что в апреле 2022 года отмечался эпизод аллергической реакции в виде крапивницы и отека Квинке на неустановленный агент, который был купирован в условиях стационара ГУЗ «Городская больница №3». Серологическое исследование методом ИФА на ВИЧ-инфекцию при госпитализации не проводилось. Повторно пациентка была госпитализирована с кожными проявлениями в ГУЗ «Центральная клиническая медико-санитарная часть имени заслуженного врача России В.А. Егорова» в июне 2022 года. Установлен диагноз «инфекционная эритема». В данную госпитализацию у пациентки по клиническим показаниям (код 114) проводилось обследование на ИФА ВИЧ. Получены следующие результаты:

- ИФА ВИЧ от 23.06.2022 г. – антитела к ВИЧ 1,2 обнаружены;
- ИБ ВИЧ от 26.06.2022 г. – результат отрицательный;
- антиген p24 от 26.06.2022 г. – обнаружен.

Специалистами ГУЗ «Центральная клиническая медико-санитарная часть имени заслуженного врача России В.А. Егорова» рекомендовано повторное обследование на ИФА ВИЧ после выписки из стационара в ГУЗ Центр СПИД с обязательной консультацией врача-инфекциониста.

Пациентка данную рекомендацию не выполнила. В июле 2022 года больная госпитализирована в пульмонологическое отделение ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска» с клиникой пневмонии, осложненной дыхательной недостаточностью. Учитывая атипичные клинические и рентгенологические проявления пневмонии, отсутствие должного эффекта от проводимой антибактериальной терапии, совместно со специалистами ГУЗ Центр СПИД выставлен диагноз «пневмоцистная пневмония, тяжелое течение. ДН II». Повторно забрана кровь на ИФА ВИЧ (код 114). Результаты обследований, проведенные в июле 2022 года, идентичны результатам от июня 2022 года (сохранялся отрицательный ИБ).

При проведении эпидемиологического расследования установлено, что пациентка проживала с гражданским мужем с 2014 года по сентябрь 2021 года (до момента его смерти). Половые контакты незащищенные, последний контакт в августе 2021 года. При проведении судебно-медицинской экспертизы посмертно выявлен положительный результат ИФА ВИЧ у полового партнера больной. Кроме того, установлено, что ранее пациентке было проведено серологическое исследование на ВИЧ в феврале 2021 года в поликлинике по месту жительства по стандарту обследования больных с хроническим вирусным гепатитом «С». ИФА ВИЧ от 10.02.2021 г. – Антитела ВИЧ 1,2 и антиген р24 не обнаружены.

С учетом клинических, иммунологических и вирусологических показаний больной незамедлительно назначена АРТ по схеме: Зидовудин (AZT) 0,6 гр/сут+Ламивудин (ЗТС) 0,3 гр/сут+Лопинавир/ритонавир (LPV/r) 1,6/0,2 гр/сут. Кроме того, назначена эмпирическая терапия Интроконазолом по 0,2 гр/сут для лечения дерматита неясного генеза, предположительно микотического, профилактическое лечение туберкулеза Изониазидом 0,3 гр/сут, поддерживающая терапия пневмоцистной пневмонии Триметопримом/Сульфаметоксазолом 960 мг/сут ежедневно. С целью уменьшения нежелательных проявлений со стороны ЖКТ и с учетом межлекарственных взаимодействий через 2 недели от начала старта терапии LPV/r был заменен на Ралтегравир (RAL).

При хорошем эффекте АРТ ожидается снижение уровня РНК ВИЧ приблизительно в 10 раз уже на 4–8 неделе лечения, к 12–16 неделе – ниже 400 копий/мл, а через 24 недели – ниже 50 копий/мл (ниже уровня определения). Уровень CD4-лимфоцитов в среднем повышается на 5–10 клеток/мкл через 4 недели от начала лечения, через 48 недель терапии – на 50–70 клеток/мкл. По мере повышения уровня CD4-лимфоцитов происходит регресс вторичных заболеваний.

В таблице представлена динамика вирусной нагрузки (ВН) и CD4–лимфоцитов до начала лечения и на фоне проводимой АРТ.

	До начала АРТ	2 нед. от начала АРТ: AZT+3TC+LPV/r	4 нед. от начала АРТ: AZT+3TC+ RAL	8 нед. от начала АРТ: AZT+3TC+ RAL	16 нед. от начала АРТ: AZT+3TC+ RAL
ВН копий/мл	$1,3 \times 10^8$	$5,7 \times 10^5$	$1,3 \times 10^5$	$2,4 \times 10^3$	$1,9 \times 10^2$
CD4, в мкл	$0,001 \times 10^9$	-	$0,139 \times 10^9$		$0,116 \times 10^9$

Из представленной таблицы видно, что назначенная терапия у пациентки эффективна, так как в первые 4 недели лечения уровень РНК ВИЧ снизился в 1000 раз с последующим продолжающимся прогрессивным снижением ВН. В результате быстрого подавления репликации ВИЧ отмечалось восстановление уровня CD4-лимфоцитов, превышающее среднестатистические показатели. Восстановление иммунитета, а также проведение поддерживающей и эмпирической терапий вторичных заболеваний, способствовали купированию кожных проявлений и профилактике рецидива пневмоцистной пневмонии. Достиженные эффекты АРТ существенно улучшили качество жизни пациентки, а также снизили ее контагиозность.

При повторных обследованиях ИФА ВИЧ у пациентки на фоне эффективного лечения сохраняется отрицательный ИБ, исчез антиген р24, а показатели антител ВИЧ 1,2 существенно снизились. Данные результаты обследований доказывают необходимость тщательного динамического лабораторного мониторинга ввиду особенности течения ВИЧ-инфекции у пациентки.

Выводы. Выявление ВИЧ-инфекции, особенно на ранних стадиях, задача довольно сложная. Стремительная репликация ВИЧ приводит к резкому снижению показателей иммунитета и развитию вторичных заболеваний, которые могут проявляться как самостоятельно, так и в сочетании друг с другом, приобретая нехарактерные клинические черты. Атипичное течение вторичных заболеваний при ВИЧ-инфекции требует у медицинских работников правильного клинического подхода к диагностике заболевания. И даже заподозрив ВИЧ-инфекцию, не всегда можно получить подтверждение заболевания при проведении скринингового обследования методом ИФА и ИБ.

И.З. Боговенко, Н.В. Белова

ПРОБЛЕМЫ И ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИХ СРЕДСТВ ЛАБОРАТОРИЯМИ ФБУЗ «ЦЕНТР ГИГИЕНЫ И ЭПИДЕМИОЛОГИИ В УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ»

ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Ульяновской области»

Актуальность проблемы. С целью предупреждения возникновения и распространения инфекционных заболеваний среди населения Российской Федерации разработаны санитарные правила и нормы СанПиН 3.3686-21. В комплексе санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий важную роль играют дезинфектологические технологии. В настоящее время ведущим является химический метод дезинфекции. Контроль за концентрацией действующих веществ дезинфицирующих растворов осуществляют специалисты санитарно-гигиенических лабораторий. Востребованность в исследованиях качества дезинфицирующих средств обусловлена еще и большим количеством фальсификатов, о чем свидетельствуют многочисленные статьи.

Дезинфицирующие средства классифицируются на группы по действующим веществам, а также по опасности и токсичности. В информационной базе аналитического портала «Дезреестр» находится информация о более чем 1300 дезинфицирующих средствах. Если перед потребителями этой продукции, в первую очередь, медицинскими организациями, стоит проблема правильного выбора средств для профилактики инфекционных заболеваний с учетом материальных затрат, то перед сотрудниками, ведущими химический контроль, стоит проблема выбора методов исследований, соответствующих требованиям ГОСТ ИСО/МЭК 17025.

В настоящее время Испытательный лабораторный центр ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Ульяновской области» аккредитован на 86 инструкций и 2 ГОСТа на исследование дезсредств из 4-х групп действующих веществ: хлорсодержащие, кислородосодержащие, альдегиды и третичные амины. ГОСТ Р 57001-2016 «Метод определения активного хлора» не может применяться для растворов с концентрацией меньше 0,3%. Инструкции на дезинфицирующие средства невозможно актуализировать из-за их отсутствия в информационной сети «Техэксперт». В таких случаях исследования выдаются без ссылки на аттестат аккредитации.

Наибольшее количество образцов исследовано в 2019 г. – 2 677 образцов. Процент отклонений находится в интервале 8,6–11,3% с небольшим пиком в 2020 году. 60% отклонений фиксируется в группе третичных аминов, 39% – хлорсодержащие и 1% – кислородосодержащие. Наибольший процент отклонений выявлен в 2022 г. Рост отклонений объясняется следующими причинами: исследуется большее количество дезинфицирующих средств, содержащих третичные амины, которые чаще фальсифицируются; инструкции по разведению дезсредств предполагают использование точной мерной посуды и при отсутствии у потребителя мерной посуды ошибка разбавления получается слишком большой, что приводит к занижению или завышению концентрации приготовленных растворов. При исследовании дезсредств в лабораториях применяют физико-химические методы – потенциометрия – и прочие методы – титриметрия.

Выводы. Ежегодно исследуется более 2 тыс. образцов дезсредств, что составляет около 6% от общего объема исследованных образцов и около 4% в рамках государственного задания. Процент отклонений дезсредств от нормативов в 2018–2022 г. находится в интервале 8,6–11,3%, что составляет в среднем 9,7% от общего количества отклонений образцов и 8,4% – от количества отклонений в рамках государственного задания. Наибольший процент отклонений фиксируется в группе третичных аминов – 60%. Методики на исследование дезсредств, включенные в область аккредитации (Инструкции, ГОСТ 57001-2016), не соответствуют современным требованиям к деятельности испытательных лабораторий в полном объеме.

Задачи. Приобрести и изучить аттестованные методики МУ 4.1.005, МУ 4.1.004, МУ 4.1.001. Внедрить методы в работу и включить в расширение области аккредитации. Рассмотреть возможность сокращения из области аккредитации методов, несоответствующих современным требованиям к методикам количественного химического анализа.

В.И. Аббязова, Г.В. Салина, Г.М. Юсупова

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ НА ТЕРРИТОРИИ УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ

ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Ульяновской области»

Актуальность проблемы. COVID-19 – острая респираторная инфекция, чем-то похожая на грипп. Примерно у 20% пациентов развивается тяжелая форма заболевания, характеризующаяся, в частности, развитием острого респираторного дистресс-синдрома (ОРДС).

30 января 2020 г. на втором заседании ЧК ММСП ВОЗ эпидемия, вызванная коронавирусом 2019-nCoV, была объявлена «чрезвычайной ситуацией в здравоохранении, имеющей международное значение». В России первые случаи инфекции, вызванной коронавирусом 2019-nCoV, были зафиксированы 31 января 2020 г. у двух граждан Китая. Эпидемия привлекла к себе внимание специалистов здравоохранения и населения во всем мире, так как ранее коронавирусные инфекции у людей не выходили за пределы допустимого уровня биологического риска. Однако последствия произошедших мутаций этих вирусов указывают на то, что трансформации последних могут приводить к чрезвычайным ситуациям.

Цель исследования – обобщение и анализ заболеваемости новой коронавирусной инфекцией (далее – COVID-19) на территории Ульяновской области за 2020–2021 г.г., эпидемиологическая характеристика.

В 2020-2021 годах динамика заболеваемости COVID-19 на территории Ульяновской области носила волнообразный характер: 1-я волна длилась с сентября по декабрь 2020 года, 2-я волна – с июля по декабрь 2021 года. Заболеваемость в Ульяновской области за весь период наблюдения стабильно превышала показатели в Российской Федерации от 1,2 до 1,5 раз.

В разрезе административных территорий наблюдается превышение уровня показателя заболеваемости по Ульяновской области (9 780,8 на 100 тыс. населения) в 12 районах области; самый высокий уровень заболеваемости в Сурском районе (14 685,8), самый низкий – в Радищевском районе (5 500,7). По г. Ульяновску (9 580,9) самый высокий уровень заболеваемости в Ленинском районе (11 594,9).

В структуре клинических форм лабораторно подтвержденных случаев зарегистрированы больные с ОРВИ, пневмонией,

без клинических проявлений (бессимптомные). Наибольший удельный вес составляют больные COVID-19 с признаками ОРВИ – 55,3–88,7%, соответственно с легкой степенью тяжести – 74,1%. Пролечено в амбулаторно-поликлинических учреждениях здравоохранения 79% больных.

Наибольшая доля заболевших приходится на взрослое население в возрасте от 30 лет и старше: 30–49 лет (29,7%), 50–64 (28,2%). Среди детского населения чаще болеют дети в возрасте 7–14 лет (4,9%).

Среди социальных групп населения наибольший удельный вес составляют пенсионеры – 30,9%, рабочие – 16,8%. Медицинские работники составили 4,9%.

Очаги в 2 и более случаев в образовательных организациях чаще регистрируются в СОШ – 59,8%.

По структуре мест инфицирования самый тесный контакт происходит дома, в семье – 44,9%. В медицинских организациях заболевших 10,3%.

За анализируемый период зарегистрировано 3 797 летальных случаев, что составляет 3,1% от количества зарегистрированных случаев.

По данным ежедневного мониторинга по вакцинации от COVID-19 на 01.01.2022, в Ульяновской области получили полный курс вакцинации 445 409 человек, что составляет 36,1% охвата населения.

Выводы. В Ульяновской области эпидемический процесс коронавирусной инфекции за анализируемый период характеризовался высокой активностью с тенденцией к росту заболеваемости, активным вовлечением всех возрастных групп и контингентов.

Результаты анализа заболеваемости показали, что за анализируемый период на территории Ульяновской области уровень заболеваемости COVID-19 превышает уровень заболеваемости по Российской Федерации. В эпидемический процесс вовлечены все административные территории Ульяновской области. Чаще регистрируются заболевшие COVID-19 с признаками ОРВИ и легкой степенью тяжести. Наиболее подвержены заболеванию лица трудоспособного возраста. Женщины болеют чаще мужчин. Показатели летальности при COVID-19 отождествляют эпидемиологическую ситуацию по заболеваемости. Сохраняется низкий уровень охвата законченной вакцинацией от COVID-19 населения Ульяновской области.

Л.В. Азова, И.З. Боговенко

АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ НА ТЕРРИТОРИИ УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ДАННЫМ РЕЗУЛЬТАТОВ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВЫСОКОИНФОРМАТИВНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЙ, ВЫПОЛНЕННЫХ В РАМКАХ СГМ

ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Ульяновской области»

Актуальность. Целью государственной политики в сфере водоснабжения и водоотведения является в первую очередь охрана здоровья населения и улучшение качества жизни населения путем обеспечения бесперебойного и качественного водоснабжения и водоотведения (статья 3; Федеральный закон «О водоснабжении и водоотведении» от 07.12.2011 №416-ФЗ последняя редакция). Питьевая вода является объектом окружающей среды, имеющим постоянный и весьма значимый контакт с организмом человека. Улучшение качества питьевой воды – важный аспект национальной безопасности страны и охраны здоровья населения. Роспотребнадзор участвует в реализации федерального проекта «Чистая вода» национального проекта «Жилье и городская среда».

Цели исследования.

1. Проанализировать материально-техническую базу санитарно-гигиенических лабораторий Ульяновской области, выполняющих исследования воды в рамках СГМ.
2. Проанализировать качество питьевой воды используемой населением Ульяновской области по данным результатов использования высокоинформативных методов исследований, выполненных в рамках СГМ.
3. Использовать данные анализа в планировании СГМ.

Результаты анализа качества питьевой воды используемой населением Ульяновской области по данным СГМ. Основные методы, определяющие понятие «высокоинформативные» и «высокоэффективные» – хроматография, атомная абсорбция, капиллярный электрофорез.

Оборудование, позволяющее использовать высокоинформативные методы для исследования воды в рамках СГМ в лабораториях Ульяновской области в 2021–2022 г.г.: атомно-абсорбционный спектрометр с пламенной атомизацией «Спектр-5» – 2 шт.; атомно-абсорбционный спектрометр с термической атомизацией «Квант-Z.ЭТА-Т» – 3 шт.; хроматографы газовые «Кристалл-5000.2» – 2 шт.; жидкостной

хроматограф «Люмахром» – 3 шт.; система капиллярного электрофореза «Капель» – 5 шт. (с учетом приобретенных в 2022 году в Кузоватово и Ишеевке).

По данным СГМ наблюдается снижение отклонений по санитарно-химическим показателям в целом по области с 18,5% в 2018 году до 11,86% 1 полугодие 2022 года, но по отдельным районам области (Чердаклинский (85,7%), Сурский (48%), Старомайнский (57,1%), Ульяновский (57,1%) показатели качества воды хуже средне областных.

Процент отклонений по санитарно-химическим и органолептическим показателям в питьевой воде водопроводов в целом по области не превышал 18,5% с 2018 г. (2016 г. – 13,1%; 2017 г. – 16,6%; 2018 г. – 18,5%; 2019 г. – 15,6%; 2020 г. – 13,9%; 2021 г. – 7,2%; 1 пол. 2022 г. – 11,86%).

За рассматриваемый период наибольшее число отклонений санитарно-химических показателей от нормативов составляют: железо, жесткость, марганец, органолептические показатели.

Основная масса отклонений в пробах питьевой воды в Чердаклинском, Старомайском, Сурском, Базарносызганском, Майнском районах.

Выводы. С усовершенствованием лабораторной базы были достигнуты следующие результаты:

- Изменилась структура методов исследования воды в сторону увеличения высокоинформативных методов исследования (особенно ААС с термической атомизацией и капиллярный электрофорез).
- Лаборатория имеет достаточный выбор для использования того или иного метода с учетом требований НД и особенностей объекта исследования.
- В связи с приобретением в Ульяновском и Кузоватовском филиалах приборов «Капель» ожидается увеличение исследований питьевой воды методом капиллярного электрофореза после расширения области аккредитации.
- В результате внедрения МР 2.1.4.0176-20 «Организация мониторинга обеспечения населения качественной питьевой водой из систем централизованного водоснабжения» расширилась номенклатуру определяемых показателей в соответствии со схемами СГМ в районах области, что выявило отклонения по марганцу и железу в Новомалыклинском районе, по железу – в Инзенском, Базарносызганском районах.

Г.М. Ахметзянова, М.И. Айнатуллов

ДЕТИ И ЗДОРОВОЕ ПИТАНИЕ

**Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав
потребителей и благополучия человека
ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Ульяновской области»**

Актуальность проблемы. В работе рассмотрены вопросы здорового питания детей в системе мотивации здорового образа жизни и организации горячего питания в школе.

Цель работы – анализ состояния здоровья детей и состояния организации питания в образовательных учреждениях и формирование у родителей и школьников основ здорового питания.

Одним из ожидаемых результатов реализации федерального проекта «Формирование системы мотивации граждан к здоровому образу жизни, включая здоровое питание и отказ от вредных привычек» является повышение качества и уровня жизни, продление здорового долголетия населения, а также продвижение более здорового питания.

Рациональное питание направлено на улучшение здоровья, физических возможностей, профилактику различных заболеваний. Основные принципы рационального питания: сбалансированность питания и режим питания.

На сегодняшний день горячее питание организовано в 499 школах. Число детей в них – 126 089 чел. Горячим питанием с 1 сентября 2022 г. обеспечены 56 290 обучающихся 1–4 классов. 5–11 классов – 665 401 человек. Охват горячим питанием составляет 91,6%. По РФ – 93,7%.

Здоровье – самое важное в жизни каждого человека. И сегодня наше пристальное внимание особенно обращено на состояние своего здоровья, его восстановление и профилактику недугов. Осознанный подход к своему здоровью необходим, но еще важно прививать идеи правильного образа жизни своим детям. Это один из главных факторов физического и нравственного развития ребенка, его гармоничного существования в обществе. Родителям важно не только рассказывать своим детям о здоровом образе жизни. Нужно быть примером и главным мотиватором для своего ребенка. Дети интересуются увлечениями своих мам и пап, охотно перенимают их привычки и ценности. Бережное отношение к здоровью и правильный образ жизни с малых лет – важнейшая родительская задача.

Заболеемость детского населения Ульяновской области, обусловленная пищевым фактором, например, гастриты и дуодениты, с 2017 г. имеет тенденцию к снижению – с 1491 до 488 на 100 тыс. детского населения в 2021 г. Нерациональное питание детей, избыточное потребление соли и сахара, легких углеводов приводит к нарушениям здоровья, в том числе к ожирению. В жизни современных школьников много сладостей и мало движения. Калории накапливаются, но не тратятся, потому что после уроков и выполнения домашних заданий дети не носятся во дворе, а заняты компьютерными играми. С 2018 года по 2021 год отмечается снижение заболеваемости ожирением с 741 до 543 на 100 тыс. детского населения, но остаются на высоком уровне. Показатели по Российской Федерации на 2021 год – 380 на 100 тыс. детского населения

ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Ульяновской области» в процессе гигиенического обучения и информирования населения активно использует наглядные информационные материалы. Это памятки, брошюры, видеоролики, посвященные теме охраны и укрепления здоровья.

Информационные материалы о здоровом питании детей и подростков также направляются в Министерство просвещения и воспитания Ульяновской области. Дополнительно в качестве каналов распространения информации используются официальный сайт 73fguz.ru и аккаунт в сети «В Контакте» Центра гигиены и эпидемиологии в Ульяновской области. В 2022 году размещен 91 пресс-релиз, разработаны памятки на 55 тем. Видеоролики демонстрируются через видеотерминалы в холлах учреждения.

Выводы. Для укрепления здоровья детей и подростков необходимо выполнить.

1. Контроль качества и полноценности организации горячего питания в образовательных учреждениях области.
2. Популяризация темы здорового питания и правильного образа жизни среди детей и их родителей.
3. Повышение уровня их знаний по вопросам организации здорового питания для обеспечения полноценного роста и развития детского организма.
4. Рост родительской активности в формировании культуры питания своих детей, донесение идеи важности здорового питания в жизни своих детей.

Н.В. Белова

**РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ МЕТОДА ИФА
В ПРАКТИКУ РАБОТЫ САНИТАРНО-
ГИГИЕНИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРИИ
ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ АНТИБИОТИКОВ
ЗА 2019-2022 ГГ.**

ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Ульяновской области»

Актуальность проблемы. Длительное использование в пищу продуктов питания, содержащих остаточные количества антибиотиков так же, как и прием антибиотиков с лечебной целью, может вызывать неблагоприятные для здоровья последствия, в том числе и устойчивость к антибактериальным препаратам.

За указанный период в санитарно-гигиенической лаборатории было исследовано 524 пробы животного происхождения на содержание антибиотиков: хлорамфеникола (левомицетина), тетрациклиновой группы, стрептомицина и пенициллина. Всего было выполнено 1 387 исследований. Проб, превышающих допустимые уровни антибиотиков, не найдено. Количество проб, в которых обнаружено содержание антибиотиков (контаминантов) составляет 113 проб, удельный вес 21,6%. Наибольшее количество проб исследовано в 2021–2022 годах (233 пробы), наибольшее количество проб (контаминантов) выявлено в 2019–2020 годах (удельный вес – 32%). Наибольшее количество исследований выполнено в мясе и мясной продукции – 270 проб, а также 203 пробы молока и молочной продукции, 26 проб мясных кулинарных продуктов, 21 проба рыбы, 4 пробы молочных консервов. Обнаружено 55 контаминированных проб молока и молочной продукции (максимальное количество – 25 проб в 2020–2021 гг.), 47 контаминированных проб мяса и мясной продукции (максимальное количество – 19 проб в 2021–2022 гг.), 6 контаминированных проб рыбной продукции и 5 – мясной кулинарной продукции.

В рамках государственного задания было проведено 400 исследований в 159 пробах. Наибольшее количество проб (82 пробы) исследовано в 2021–2022 гг. Проанализировано 96 проб мясной продукции (больше всего в 2021–2022 гг. – 64 пробы), 49 проб молочной продукции (максимальное количество в 2020–2021 гг. – 21 проба) и 14 проб рыбной продукции. Количество контаминированных проб в рамках государственного задания составило 16 проб

молочной продукции и 11 проб мясной продукции. Выявлены контаминанты следующих антибиотиков: хлорамфеникол (левомецетин) и тетрациклиновая группа. В 2019–2020 гг. хлорамфеникол был обнаружен в молочной продукции (85% от всех контаминированных молочных проб) и в мясной продукции (54%). В 2020–2021 гг. в молочной продукции обнаружен хлорамфеникол (52%) и антибиотики тетрациклиновой группы в мясной продукции (53%). В 2021–2022 гг. хлорамфеникола и антибиотиков тетрациклиновой группы в молочной продукции было обнаружено по 50%, в мясной продукции больше антибиотиков тетрациклиновой группы, чем хлорамфеникола. Для проведения исследований используется оборудование, рекомендуемое в методических указаниях на антибиотики.

Выводы.

1. Внедрение метода ИФА позволяет наиболее полно анализировать продукты животного происхождения на содержание всех видов антибиотиков, регламентированных в нормативных документах (ТР ТС 021/2011, ТР ТС 033/2013, ТР ТС 034/2013).
2. Метод ИФА высокочувствителен, что позволяет не только обнаруживать антибиотики на регламентируемом уровне, но и выявлять контаминацию в более низких концентрациях.
3. При расширении области аккредитации были внедрены следующие документы: МВИ. МН 2436-2015 на хлорамфеникол, МВИ. МН 3951-2015 на тетрациклин, МВИ. МН 5336-2015 на пенициллины, МВИ. МН 2642-2015 на стрептомицин. В июне 2022 года в работу лаборатории внедрена методика МВИ. МН 4652-2015, которая позволяет выполнять измерения нового антибиотика – бацитрацина в мясе, мясной продукции и в яйцах. Вышеуказанные методики позволяют работать не только тест-системами RIDASCREEN производства Германии, но и тест-системами ПРОДОСКРИН производства Республики Беларусь, что очень актуально в настоящее время.

О.А. Котова, И.Х. Бильданова

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРИИ ФБУЗ «ЦЕНТР ГИГИЕНЫ И ЭПИДЕМИОЛОГИИ В УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ» В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19

ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Ульяновской области»

COVID-19 – потенциально тяжёлая острая респираторная инфекция, вызываемая коронавирусом SARS-CoV-2 (2019-nCoV). С конца января 2020 г. во многих странах мира стали регистрироваться случаи COVID-19, преимущественно связанные с поездками в КНР. В конце февраля 2020 г. резко осложнилась эпидемиологическая обстановка по COVID-19 в Южной Корее, Иране и Италии, что в последующем привело к значительному росту числа случаев заболевания в других странах мира, связанных с поездками в эти страны. 11 марта 2020 г. ВОЗ объявила о начале пандемии COVID-19.

Диагностика SARS-CoV-2 включает в себя прямые (выявление РНК SARS-CoV-2 с применением МАНК и выявление антигенов SARS-CoV-2 с применением ИХА-тестов) и непрямые (обнаружение иммуноглобулинов классов А, М, G к SARS-CoV-2 в крови) методы исследования.

На начальном этапе (21.01.2020) согласно «Временным методическим рекомендациям по лабораторной диагностике новой коронавирусной инфекции, вызванной 2019-nCoV», был определен перечень научно-исследовательских организаций Роспотребнадзора и Центров гигиены и эпидемиологии в субъектах РФ уполномоченных проводить первичные исследования биологического материала на наличие нового коронавируса.

С 22.02.2020 года на базе лаборатории особо опасных инфекций микробиологической лаборатории началось проведение диагностических исследований на новую коронавирусную инфекцию. Первоначально проводилось тестирование лиц, прибывших из-за рубежа (стран, неблагополучных по новой коронавирусной инфекции) с наличием симптомов инфекционного заболевания. Первый случай заболевания в Ульяновской области был лабораторно подтверждён 20.03.2020 г. До конца марта 2020 года случаи инфицирования были единичными. Но затем, в связи с быстрым распространением новой коронавирусной инфекции, перешли на массовое тестирование населения с целью своевременного выявления завозных случаев, инфицированных лиц и бессимптомных форм течения инфекции. Так, в 2020 г. взято

65 575 проб, в 31,3% случаях из которых обнаружена РНК коронавируса (в 2021 г. – 35 316 проб (34,8%)).

Отделение вирусологии МБЛ ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Ульяновской области», согласно СП 3.1.3597-20 «Профилактика новой коронавирусной инфекции (COVID-19)», проводит ретестирование положительных результатов SARS-Cov2, полученных лабораториями, не имеющими разрешения Управления Роспотребнадзора по Ульяновской области. В 2020 г. с целью ретестирования доставлено 7 846 проб от медицинских организаций, 84,7% которых подтверждены, в 2021 г. процент подтверждения составил 89,9. Основанием о признании результатов исследований государственных и коммерческих лабораторий на новую коронавирусную инфекцию окончательными является анализ эффективности деятельности лабораторий – получение ими стабильно (в динамике) высоких уровней по верификации положительных (сомнительных) проб.

Согласно МР 3.1.0272-22 «Молекулярно-генетический мониторинг штаммов возбудителя новой коронавирусной инфекции» отделением вирусологии направляются пробы на полногеномное и фрагментное секвенирование материала от больных новой коронавирусной инфекцией во ФКУЗ «Российский научно-исследовательский противочумный институт «Микроб» Роспотребнадзора (в 2021 г. направлены 437 пробы, в 2022 г. (6 мес.) 1801 проба. В настоящее время на базе отделения вирусологии МБЛ на COVID-19 проводятся исследования проб биоматериала и с объектов внешней среды.

Таким образом, организация лабораторной деятельности в условиях пандемии новой коронавирусной инфекции показала не только проблемные моменты при работе в условиях, не сопоставимых по масштабу с тем, с чем раньше не приходилось сталкиваться, но и открыло пути и возможности к дальнейшему развитию и совершенствованию. Появление COVID-19 поставило перед специалистами здравоохранения задачи, связанные с быстрой диагностикой и оказанием медицинской помощи больным.

Е.Н. Дубовицкая, М.А. Суханов

О РАЗВИТИИ ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ В УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19)

**Управление Федеральной службы в сфере защиты прав
потребителей и благополучия человека по Ульяновской области**

Цель работы – оценить влияние пандемии новой коронавирусной инфекции (COVID-19) на демографические процессы Ульяновской области и определить целевые возрастные группы населения для формулирования

Естественную убыль населения Ульяновской области в 2021 году можно назвать беспрецедентной. Пандемия новой коронавирусной инфекции (COVID-19) (далее – Пандемия) уже в 2020 году (убыль составила - 8,5‰) смогла спровоцировать дополнительные факторы негативного воздействия на демографические процессы, ведущие к снижению численности населения, с уменьшением, в том числе, наиболее трудоспособных возрастных групп населения. В 2021 году общий коэффициент естественной убыли по Ульяновской области худший с 1990 года и составил -11,3 промилле (‰) при общей смертности 19,6‰ и рождаемости 8,3‰. До 2019 года коэффициент естественного прироста (убыли) держался в коридоре, прогнозируемом в Бюллетене Росстата «Предположительная численность населения Российской Федерации» и составлял по области в последние годы от -3,9 до -5,0‰.

К началу 2022 года население Ульяновской области подошло с большими проблемами в демографии. Кроме резкого увеличения смертности и рождаемости, определилась крайне негативная ситуация с потерей трудоспособного населения.

В Российской Федерации по уровню занятости населения возрастные группы 40–44 лет и 45–49 лет имеют наибольшую занятость (в 2020 году 88,6% и 89,0% соответственно). Удельный вес лиц, не входящих в состав рабочей силы, в 2020 году для данных возрастных групп наименьший: 7,1% для группы 40–44 лет и 7,0% для 45–49 (для сравнения для 35–39 лет – 8,5%, для 59–54 лет – 11,1).

В 2020 году смертность среди жителей Ульяновской области превысила среднегодовой показатель возрастных коэффициентов смертности (здесь и далее среднегодовой показатель возрастных коэффициентов смертности исчисляется за период 2011–2019 годы) в возрасте: 40–44 лет – на 17,69%, в возрасте 50–54 лет – на 10,34%

и в возрасте старше 70 лет в среднем – более, чем на 15% (см. рис. 1). Максимум смертности пришелся на возраст 70–74 лет – выше среднегодовых показателей на 18,01%. В 2021 году среди трудоспособного населения максимальные значения динамики уже были в группах 40–44 лет – на 41,92%, и в возрасте 45–49 лет – на 27,92% выше среднегодового показателя. При этом максимальное превышение смертности отмечено уже для возрастной группы 40–44 лет (для 70–74 лет – 40,19%).

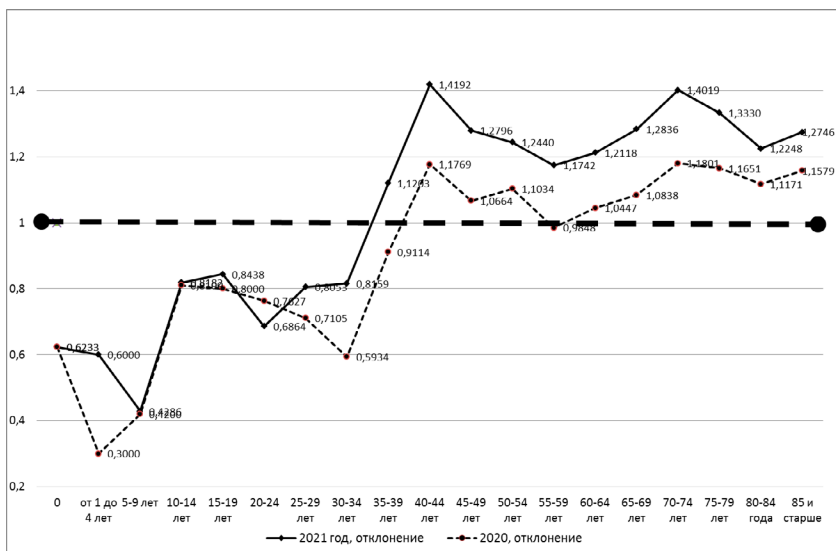


Рис. 1. Величина отклонения смертности в долях по возрастным диапазонам от среднегодовой величины в 2020-2021 годах.

Рассматривая причины временной нетрудоспособности (форма №16-вн) в разрезе аналогичных возрастных групп, в 2021 году было установлено превышение среднегодового показателя (среднегодовой показатель рассчитан за 2015–2019 годы) на 28,6÷45,2% с экстремумами: минимум для группы 20–24 года и максимум 40–44 года. Динамика повышения временной нетрудоспособности 2020 года продолжилась, когда по основным трудоспособным возрастным группам разброс подъема составил от 10,8% для группы 20–24 года до 31,5% для 55–59 лет.

В 2021 году повысилась регистрация временной нетрудоспособности болезней органов дыхания, острых респираторных инфекций ВДП, пневмоний, что характерно для «ковидного периода». При этом резко

снизилась регистрация болезней, требующих специализированной медицинской помощи: новообразований, болезней эндокринной системы, расстройств питания и нарушения обмена веществ, болезней органов пищеварения, кожи и подкожной клетчатки, мочеполовой системы, болезней уха и сосцевидного отростка во всех возрастных группах. Болезни системы кровообращения в 2021 году стали чаще регистрироваться у лиц моложе 35 лет.

Произошел подъем психических расстройств и расстройств поведения во всех возрастных группах старше 35 лет на фоне снижения болезней нервной системы. Пандемия новой коронавирусной инфекции (COVID-19) формирует психоневрологический дефицит. Нейротропный эффект коронавируса, а также психологические и социальные последствия пандемии, связанные со стрессом, формируют нейрокогнитивные нарушения, долгосрочные психические изменения или усугубляют ранее существовавшие психические состояния. Это в свою очередь отягощает течение хронических неинфекционных заболеваний. Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани наряду с заболеваниями дыхательных путей имеют положительную динамику для всех возрастных групп трудоспособного возраста.

По данным формы №12, всего первичных случаев в Ульяновской области зарегистрировано по классу «Болезни органов пищеварения» в 2019 году – 22 324 случаев, в 2020 году – 14 982 и в 2021 году – 13 501. Снижение к 2019 году составило более 1,6 раза. В тоже время количество умерших от болезней органов пищеварения увеличилось (на 100 000 населения за год) – с 67 (в 2019 году) до 81,2 (в 2020-м) и 84,96 (в 2021) годах, т.е. к 2021 году произошло увеличение на 26,8%. Количество состоявших под диспансерным наблюдением практически не изменилось. Первичная заболеваемость гастритами и дуоденитами, по сравнению с 2019 годом, среди взрослого населения к 2021 году снизилась на 23,3%, а язва желудка и двенадцатиперстной кишки начала регистрироваться за тот же период у той же возрастной группы на 67,0% меньше. Таким образом, на фоне снижения регистрации заболеваемости болезнями органов пищеварения происходит увеличение смертности от этой причины. Похожая ситуация по классу «болезни системы кровообращения». При регистрации заболеваемости среди взрослых: 34 356 случаев – в 2019 году, 33 594 – в 2020-м и 29 140 – в 2021 годах, смертность по этому классу составила 712,2 на 100 000 населения в 2019 году, 798,3 и 805,03 соответственно – в 2020 и 2021 годах. На фоне снижения регистрации случаев на 17,9%, имеется увеличение количества умерших на 13,9%. Регистрация заболеваемости новообразованиями снизилась в период Пандемии в 1,30÷1,41 раза, по сравнению с 2018–2019 гг., а смертность населения осталась

на прежнем уровне. Смертность от инфекционных и паразитарных болезней в 2020–2021 гг. составила 23,9 и 24,52 на 100 тыс. соответственно (среднегодовой показатель за 2011–2019 гг. – 31,04).

Такая ситуация в период пандемии может быть связана с режимом изоляции и ограничительными мерами, которые осложнили доступ к оказанию медицинской помощи, врачебной консультации, прохождению диспансеризации и профилактических осмотров. К снижению объема медицинской помощи «нековидным» больным мог привести и отток специалистов всех специальностей в подразделения, оказывающие помощь больным новой коронавирусной инфекцией. Кроме того, в стрессовой ситуации у самих медицинских работников формируется синдром эмоционального выгорания, что влияет на качество оказания медицинской помощи.

Что можно поставить в заслугу медицинского сообщества Ульяновской области – так это снижение смертности, причиной которой послужили болезни органов дыхания, до 57,05 на 100 тыс. населения в 2021 году с уровня 2020 года, когда этот показатель составлял 71,6 (2019 год – 35,7). Это может быть обусловлено, опять же, перераспределением трудовых ресурсов, направленных для усиления помощи больным с заболеванием, вызванным COVID-19.

Л.М. Федоскова, Е.Н. Дубовицкая

О САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ ВОДОСНАБЖЕНИЯ И ОСНОВНЫХ ЗАДАЧАХ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА ЗА ОРГАНИЗАЦИЕЙ ПИТЬЕВОГО ВОДОСНАБЖЕНИЯ В УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Ульяновской области

Вопрос обеспечения населения доброкачественной питьевой водой является для Ульяновской области важным и актуальным.

На территории Ульяновской области имеется 997 источников централизованного водоснабжения, из них с водозабором из открытых водоемов 2 и 921 – с водозабором из подземных источников.

На территории Ульяновской области 640 населённых пунктов из 1005 имеют централизованный водопровод, в том числе: город – 6 населённых пунктов, посёлки городского типа – 29, сельские

населённые пункты – 605. Децентрализованные источники водоснабжения имеют 365 населённых пунктов. Одиночное протяжение водопроводных сетей на территории области составляет 7943,7 км, из них 3576,7 км (45,0%) нуждаются в замене.

Основные причины неудовлетворительного качества питьевой воды: загрязнение поверхностных источников водоснабжения; отсутствие или ненадлежащее состояние зон санитарной охраны источников питьевого водоснабжения; высокая изношенность водопроводов и разводящих сетей; отсутствие капитальных плановых ремонтов; нестабильная подача воды; отсутствие сооружений по водообработке на водозаборах подземных вод сельских водопроводов – не проводится обеззараживание, обезжелезивание, умягчение воды и её фторирование.

Доля проб воды из распределительной сети централизованного водоснабжения, не соответствующих санитарным требованиям по санитарно-химическим и микробиологическим показателям, превышает средние значения по Российской Федерации.

Отсутствие утвержденных органами исполнительной власти субъекта Российской Федерации границ и режима зон санитарной охраны (ЗСО) для водопроводов и источников питьевого и хозяйственно-бытового водоснабжения не позволяет определить необходимый комплекс мероприятий по защите и сохранению постоянства природного состава воды в водозаборах подземного типа и мероприятий, направленных на максимальное снижение микробного и химического загрязнений воды поверхностных источников водоснабжения, что формирует условия, при которых источники питьевого водоснабжения могут создавать угрозу возникновения вредного воздействия на человека по химическому и биологическому факторам.

Итогом реализации указанных мер явилась активизация работы органов местного самоуправления по разработке проектов ЗСО и установлению их границ в установленном порядке. За период 2018–2022 гг. разработано и утверждено 318 проектов зон санитарной охраны источников питьевого и хозяйственно-бытового водоснабжения.

Некачественной питьевой водой пользовались в 2022 г. – 3,5% населения области или 41 608 чел. (в 2021 г. – 3,2% или 39 148 человек; в 2020 г. – 5,7% или 69 826 чел., в 2019 г. – 5,7% или 63 952 чел., в 2018 г. – 2,2% или 25 269 чел.).

За период 2018–2022 гг. Управлением Роспотребнадзора проведено 364 мероприятия по контролю в отношении ресурсоснабжающих организаций и объектов водоснабжения, подлежащих государственному санитарно-эпидемиологическому надзору. О результатах проверок

информировался губернатор и Правительство Ульяновской области, органы местного самоуправления, органы прокуратуры.

За указанный период привлечено к административной ответственности 357 ответственных лиц, на рассмотрение в судебные органы направлено 252 дела об административных правонарушениях в сфере использования и охраны водных ресурсов, по результатам рассмотрения дел приняты решения о привлечении виновных лиц к административной ответственности в виде штрафа на общую сумму 3 878,9 тыс. руб.

Управлением Роспотребнадзора по Ульяновской области за 2018–2022 гг. принимались меры по направлению в судебные органы исковых заявлений в защиту неопределенного круга лиц, о прекращении бездействия и устранения нарушений санитарно-эпидемиологического законодательства в области использования и охраны водных ресурсов, об обязанности обеспечить соответствие воды требованиям санитарных правил, об устранении нарушений санитарно-эпидемиологических требований и о понуждении органов местного самоуправления к разработке проектов зон санитарной охраны источников питьевого и хозяйственно-бытового водоснабжения – 58 исков.

Цель Федерального проекта «Чистая вода», который реализуется в рамках национального проекта «Жилье и городская среда» – обеспечение населения качественной питьевой водой, к завершению 2024 года в Ульяновской области доля населения, получающего качественную питьевую воду из централизованных систем водоснабжения, должен составить 97,6%. По итогам 2022 года, целевой показатель составил 95,8% при плане 94,9% (2021 год – 96,1%, 2020 год – 93,4%), аналогичный показатель по Российской Федерации – 87,35% в 2021 г.

Всего в 2022 году на реализацию мероприятий по развитию водоснабжения в регионе направлено 449 млн рублей.

По итогам 2022 года качество услуги «водоснабжение» улучшено для 93 тыс. человек, построено и реконструировано более 40 км сетей водоснабжения, выполнен ремонт 40,5 км сетей, заменено 18 водонапорных башен и восстановлено 17 водозаборов.

В 2022 году, в рамках реализации национального проекта «Жилье и городская среда», в состав которого входит федеральный проект «Чистая вода», введен в эксплуатацию объект «Строительство объектов водоснабжения населенных пунктов Чердаклинского района. 2 этап. Строительство магистрального водовода до пос. Октябрьский Чердаклинского района». Указанное мероприятие позволит улучшить качество питьевой воды для 5 035 чел., проживающих в пос. Октябрьский

Чердаклинского района, которые пользовались некачественной питьевой водой.

Основными задачами при снабжении населения Ульяновской области питьевой водой на ближайшие годы остаются: организация мероприятий по обеспечению охраны источников водоснабжения и должной организации зон санитарной охраны водозаборов; обеспечение водоподготовки на объектах с неудовлетворительным качеством исходной воды; внедрение новых технологий по обеззараживанию и водоочистке; повышение надежности распределительных сетей с целью предотвращения вторичного загрязнения питьевой воды; организация и обеспечение надлежащего производственного контроля качества воды на объектах хозяйственно-питьевого водоснабжения.

Д.А. Хакимова, Г.М. Айнутдинова

**ОПЫТ РАБОТЫ УПРАВЛЕНИЯ РОСПОТРЕБНАДЗОРА
ПО УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ
ПО ЛОКАЛИЗАЦИИ ОЧАГА НОРОВИРУСНОЙ
ИНФЕКЦИИ В ФЕДЕРАЛЬНОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ
БЮДЖЕТНОМ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ УЧРЕЖДЕНИИ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «УЛЬЯНОВСКИЙ
ИНСТИТУТ ГРАЖДАНСКОЙ АВИАЦИИ ИМЕНИ
ГЛАВНОГО МАРШАЛА АВИАЦИИ Б.П. БУГАЕВА»**

Управление Роспотребнадзора по Ульяновской области

На территории г. Ульяновска в период с 26.02.2023г. по 01.03.2023 г. было зарегистрировано 37 случаев заболевания острой кишечной инфекции среди студентов и сотрудников столовой №36 Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Ульяновский институт гражданской авиации имени Главного маршала авиации Б.П. Бугаева» (далее – ФГБОУ ВО УИ ГА).

Первые экстренные извещения на случаи острой кишечной инфекции среди студентов ФГБОУ ВО УИ ГА поступили в ЕИАС Роспотребнадзора в 9 часов 26.02.2023 г. из ГУЗ «ЦГКБ г. Ульяновска», куда было госпитализировано 6 заболевших студентов. Согласно эпидемиологического анамнеза все заболевшие студенты питались в столовой №36 учебного заведения.

26.02.2023 в 9.20 ч. Управлением Роспотребнадзора по Ульяновской области (далее – Управлением) направлены предписания «О проведении дополнительных санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий» в адрес ректора ФГБОУ ВО УИ ГА, главного врача ГУЗ ГП №1, главного врача ГУЗ ЦГКБ г. Ульяновска, главного врача ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Ульяновской области».

26.02.2023 в 09.30 ч. на основании распоряжения руководителя Управления начато проведение санитарно-эпидемиологического расследования, направленного на установление причин и выявление условий возникновения и распространения инфекционных заболеваний в отношении ФГБОУ ВО УИ ГА с выходом сотрудников Управления с отбором проб.

Для проведения исследований в аккредитованную лабораторию ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Ульяновской области» было отобрано и доставлено: вода водопроводная ХВС и ГВС на ОКБ, ТКБ, ОМЧ, легионеллы, коли-фаги, ротавирус, суточные пробы рационов питания, смывы с объектов внешней среды в столовой №36 на наличие бактерий группы кишечной палочки (далее – БГКП), смывы на патогенную микрофлору, дезинфицирующие средства на определение активности действующих веществ, готовые блюда, продовольственное сырье.

В ходе проведения санитарно-эпидемиологического расследования обследованы заболевшие студенты и сотрудники пищеблока методом ПЦР на 7 возбудителей острых кишечных инфекций вирусной этиологии (ротавирусы, аденовирусы, норовирусы, астровирусы, сальмонеллы, кампилобактерии, шигеллы) – 62 человека (38 сотрудников пищеблока и 24 студента), выявлен РНК норовируса II типа у 27 человек (6 студентов госпитализированных – 26.02.2023 г., 6 сотрудников пищеблока – 27.02.2023 г., 15 студентов, получающих амбулаторное лечение – 28.02.2023 г., 01.03.2023 г.);

Все сотрудники пищеблока, выделяющие РНК норовируса II генотипа были отстранены от работы 27.02.2023г. ректором ФГБОУ ВО УИ ГА на основании предписания Руководителя Управления.

27.02.2023 г. данным сотрудникам вручены Постановления Главного государственного санитарного врача по Ульяновской области о соблюдении режима изоляции по месту жительства до выздоровления.

27.02.2023 г. по распоряжению ректора ФГБОУ ВО УИГА заболевшие студенты, получающие амбулаторное лечение переведены, в изолятор 1-го этажа общежития №4.

26.02.2023 г. организовано проведение заключительной дезинфекции в столовой №36 и местах проживания заболевших студентов по договору с ООО «Дезинфектор».

Выводы: своевременно начатые и проведенные санитарно-эпидемиологические мероприятия позволили локализовать очаг норовирусной инфекции в 1 инкубационный период инфекционного заболевания.

Б.А. Ибрагимов, А.Л. Малых, Д.А. Малых, О.О. Беденко

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЫХ ВЗРОСЛЫХ С ПОРАЖЕНИЕМ МОЧЕВЫВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

**ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска»
ФГБОУ ВО «Ульяновский Государственный Университет»
ФГБОУ ВО «Самарский Государственный
Медицинский Университет МЗ РФ»**

Актуальность. Новая коронавирусная инфекция (COVID-19) – это системное заболевание с преимущественным поражением легких, сердечно-сосудистой системы и почек. По данным Л.Р. Выхрестенко (2021), поражение мочевыводящей системы (МВС), острое повреждение почек (ОПП) у пациентов с SARS-COV-2 занимают у них 2-е место по смертности после острого дистресс-синдрома у больных данного профиля. Предрасполагающими факторами острого поражения почек являются заболевания сердечно сосудистой системы, сахарный диабет, хроническая болезнь почек (ХБП), артериальная гипертензия (Odelade T.et. all, 2020). Однако в ряде клинических случаев патология МВС уже выявляется не в условиях стационарного лечения, а лишь через 1-3-6 месяцев после перенесенной новой коронавирусной инфекции (НКИ). Число исследований, посвященных этой особенности COVID-19, крайне недостаточно.

В связи с этим, **целью данной работы** являлось изучение особенностей проявления изменений МВС у подростков и молодых взрослых во время течения и после перенесенной НКИ путем случайной выборки.

Материалы и методы. В исследование были включены 20 подростков и 46 молодых взрослых, которые проходили лечение в ГУЗ ОДИБ г. Ульяновска и в инфекционном отделении ГУЗ ЦГКБ г. Ульяновска.

Нами проводилось ретроспективное и проспективное исследования с января 2021 по апрель 2022. Из них пациентов с 16–18 лет включительно было 20 (30,3%) человек, от 19 до 28 – 13 (19,6%) пациентов и от 29 до 35 – 33 (50%) госпитализированных. Среди обследованных было 26 (39,3%) женщин и 40 (61,7%) мужчин ($p < 0,005$). Всем пациентам в условиях стационарного лечения проводилось следующее лабораторное обследование: ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови с почечными показателями, коагулограмма, включая D-димер. Для диагностики проводились двукратные мазки на COVID-19. 52,0% пациентов была проведена компьютерная томография (КТ) органов грудной клетки (аппарат Siemens Definition; Голландия). РНК SARS-COV-2 определяли из ротоглотки методом ПЦР в режиме реального времени. У 63,3% госпитализированных был выделен РНК SARS-COV-2. По показаниям назначалось у 27(40,9%) больных УЗИ брюшной и плевральной полостей. Статистическую обработку числового материала проводили с помощью статистического пакета Statistica 7.0 (Star Soft США). Для оценки различий показателей был применен критерий χ^2 Пирсона. Результат считали статистически значимым при $p < 0,05$.

Результаты. Распределение по полу в случайной выборке за время наблюдений составило 1,5:1 мужчины–женщины. У остальных пациентов диагноз COVID-19 был подтвержден на основании КТ легких (затемнение по типу матового стекла.) Анализ состояния МВС показал, что 27 (42,6%) больных имели различные отклонения в лабораторных тестах. Эти отклонения чаще выявлялись у женщин в соотношении 61% к 39% у мужчин ($p < 0,05$). По степени тяжести течения COVID-19 эти изменения определялись у 9% пациентов с легкой формой заболевания, у 64% – со средней степенью тяжести и у 27% – с тяжелой степенью. Пациенты с мультисистемным воспалительным синдромом в исследование нами не включались. В структуре сопутствующей патологии у 32,8% больных была установлена гипертоническая болезнь 2-3 класса с ХСН 0-1, ожирение – у 15,3% пациентов, сахарный диабет – у 21,5% госпитализированных, хронический бронхит или перенесенная острая внебольничная пневмония – у 21,4% больных. Различная патология сердечно-сосудистой системы, по данным ЭКГ и УЗИ сердца и сосудов, была выявлена у 63,7% обследованных, которая проявлялась выраженными нарушениями реполяризации миокарда, полной блокадой правой или левой ножки пучка Гиса, гипертрофией левого желудочка или правого предсердия. Отклонения в состоянии МВС оценивали по показателям ОАМ, биохимического анализа крови (креатинина, мочевины, общего белка, альбумина, мочевой кислоты, глюкозы, СРБ), УЗИ органов брюшной полости и тазовых органов. По результатам анализа состояния

морфофункциональных изменений МВС все пациенты были разделены на 3 основные группы. Первую группу составили пациенты с транзиторными изменениями в количестве эритроцитов и лейкоцитов мочи, с уровнем креатинина $63,4 \pm 13,8$ мкмоль/л, мочевины – $3,9 \pm 1,7$ мкмоль/л, мочевой кислоты – $450,7 \pm 135,6$ мкмоль/л, общего белка – $69,3 \pm 10,5$ г/л. В анализе мочи выявлялось умеренное повышение количества плоского эпителия до 8-10 клеток в поле зрения. ($n=7$ (20,0%)). Группа пациентов с функциональными изменениями в МВС, проявлявшимися увеличением размеров почек не более, чем на 15%, спастическим состоянием микроциркуляторного русла, обеднением артериального кровотока при доплер-исследовании. Также были выявлены изменения в биохимии крови: креатинин – $69,3 \pm 1,5$ мкмоль/л ($p > 0,05$). Мочевина – $3,8 \pm 1,4$ мкмоль/л ($p > 0,05$), $\chi^2=9,368$), общий белок – $61,3 \pm 5,4$ мкмоль/л ($p < 0,05$). Кроме того, в этой группе выявлялись более стойкие изменения в 2-х и более общих анализах мочи, которые проявлялись лейкоцитурией – 10-8 в поле зрения, эритроцитурией – 3-10 в поле зрения, протеинурией – до 1 грамма. В анализе мочи по Нечипоренко была установлена лейкоцитурия от $6 \cdot 10^6$ и выше ($n=9$ (30,0%)). Третью группу составили пациенты ($n=11$ (40,7%)) со сформированными стойкими изменениями в МВС и с патологией гломерулярного аппарата почек, проявлявшиеся выраженной гематурией (эритроциты 10–20 в поле зрения), в анализе мочи по Нечипоренко также выявлялась эритроцитурия ($8 \cdot 10^6$ и выше), увеличение креатинина до $86,4 \pm 11,8$ мкмоль/л ($p < 0,05$), мочевины – $7,8 \pm 2,3$ мкмоль/л ($p < 0,05$), $\chi^2=11,352$), глюкозы крови $10,8 \pm 3,6$ мг/л ($p < 0,05$), $\chi^2=15,576$).

Выводы. Ретроспективный анализ морфофункциональных и лабораторных изменений МВС у больных, перенесших COVID-19 в средней и тяжелой форме, показал, что, помимо изменений в биохимических показателях крови и мочевого остатка, происходит формирование поражения гломерулярного аппарата почек на фоне инфекционного процесса с достоверным увеличением креатинина от базального уровня у пациентов, включенных в исследование, а также мочевины и глюкозы крови. Это требует более детального клинического анализа в условиях стационара. Проведенное исследование указывает на необходимость дополнительного динамического наблюдения за пациентами на амбулаторно-поликлиническом этапе, у которых в процессе лечения COVID-19 были выявлены первичные изменения в МВС. Для профилактики формирования ХБП данные пациенты нуждаются в диспансерном наблюдении с контролем ОАМ, биохимического анализа крови, мочи по Нечипоренко не менее 6 месяцев.

Д.С. Семененко., А.В. Аникин

ОБ ИЗМЕНЕНИЯХ ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА ОТ 27.07.2006 №152-ФЗ «О ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ» ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

**ГУЗ «Ульяновский областной медицинский
информационно-аналитический центр»**

С 1 сентября 2022 г. вступило в силу множество изменений в сфере персональных данных, которые были введены Федеральным законом от 14.07.2022 г. №266-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «О персональных данных», отдельные законодательные акты Российской Федерации и признании утратившей силу части четырнадцатой статьи 30 Федерального закона «О банках и банковской деятельности», чтобы в них не запутаться, для медицинских организация составлен чек-лист основных мероприятий.

1. Изменение поручения на обработку персональных данных.

В новой редакции Федерального закона 27.07.2006 N152-ФЗ «О персональных данных» (далее – Закон) были конкретизированы требования ко всем обработчикам, как к отечественным, так и к иностранным. В ч. 3 ст. 6 указано, что именно должно быть определено в поручении на обработку (перечень персональных данных, перечень действий с персональными данными, цели их обработки и т.д.). Российский обработчик несет ответственность перед оператором, обрабатывающим персональные, а тот, в свою очередь, перед субъектами персональных данных. В случае если иностранное физическое или юридическое лицо является обработчиком, оно будет нести совместную с оператором ответственность перед субъектами персональных данных (ч. 6, ст. 6 Закона).

2. Избыточный сбор биометрии.

У субъекта персональных данных появилось право отказать в предоставлении своих биометрических персональных данных. С сентября 2022 г. предоставление биометрических персональных данных не может быть обязательным, за исключением случаев, предусмотренных ч. 2 ст. 11 Закона. При этом оператор не вправе отказывать в обслуживании субъекту, который отказался предоставлять биометрические персональные данные и (или) согласие на их обработку (ч. 3, ст. 11 Закона).

3. Договоры с субъектами персональных данных.

Необходимо обратить внимание Оператора на изменения в ст. 6: теперь заключаемый с субъектом персональных данных договор не может содержать положения, ограничивающие права и свободы субъекта персональных данных, устанавливающие случаи обработки персональных данных несовершеннолетних, а также положения, допускающие в качестве условия заключения договора бездействие субъекта персональных данных.

4. Изменение форм согласий на обработку персональных данных.

Согласие на обработку персональных данных должно быть конкретным, предметным, информированным, сознательным и однозначным (ст. 9 Закона). Если предоставление персональных данных и (или) получение оператором согласия на обработку персональных данных являются обязательными, то оператор обязан разъяснить субъекту персональных данных юридические последствия отказа предоставить его персональные данные и (или) дать согласие на их обработку (ст. 18 Закон).

5. Формы уведомлений субъектов персональных данных.

До начала обработки персональных данных, полученных не от субъекта персональных данных, оператор обязан предоставить субъекту персональных данных перечень информации об этом процессе, включающий цель обработки, наименование оператора, а с сентября в обязательном порядке еще и перечень персональных данных (ч. 3, ст. 18 Закона)

6. Регламент ответов Оператора на запросы субъектов персональных данных.

Срок ответа на запросы субъекта персональных данных сократился до 10 рабочих дней, он может быть продлен, но не более чем на пять рабочих дней в случае направления оператором в адрес субъекта персональных данных мотивированного уведомления с указанием причин продления срока предоставления запрашиваемой информации. Оператор также должен предоставлять по запросу информацию о способах исполнения оператором обязанностей, установленных ст. 18.1 Закона (ст. 14, ст. 20 Закона).

Требование об уничтожении персональных данных тоже должно быть выполнено в 10-дневный срок.

7. Разместить политику в отношении обработки персональных данных на своем сайте.

Оператор, осуществляющий сбор персональных данных с использованием сайта, обязан опубликовать на всех страницах

сайта, которые осуществляют сбор персональных данных, политику в отношении обработки персональных данных (ст. 18.1 Закона).

8. Уведомление об обработке персональных данных.

Изменились требования к содержанию уведомления об обработке персональных данных. Теперь вся информация указывается оператором для каждой цели отдельно (ст. 22 Закона).

9. Реагирование на инциденты.

Добавлена обязанность уведомления Роскомнадзора в случае установления факта неправомерной или случайной передачи (предоставления, распространения, доступа) персональных данных, повлекшей нарушение прав субъектов персональных данных (ч. 3.1 ст. 21 Закона). Определено 24 часа на информирование Роскомнадзора, 72 часа на исправление ситуации. Оператор также обязан передать информацию в ГосСОПКА (ст. 19 Закона).

10. Оценка вреда по новым требованиям.

Приказ Роскомнадзора от 27.10.2022 №178 «Об утверждении Требований к оценке вреда, который может быть причинен субъектам персональных данных в случае нарушения Федерального закона «О персональных данных», определяет новые требования оценки вреда, который может быть причинен субъектам персональных данных в случае нарушения Закона (ст. 18.1 Закона).

11. Требования о подтверждении уничтожения персональных данных.

Утвержден приказ Роскомнадзора от 28.10.2022 №179 «Об утверждении требований к подтверждению уничтожения персональных данных». Данным приказом утверждаются виды документов, подтверждающих уничтожение персональных данных без использования средств автоматизации, с использованием средств автоматизации и что должна содержать выгрузка из журнала регистрации событий в информационной среде персональных данных.

12. Внесение изменений в сведения, содержащиеся в уведомлении об обработке персональных данных.

В случае изменения сведений, указанных в уведомлении, оператор не позднее 15-го числа месяца, следующего за месяцем, в котором возникли такие изменения, обязан будет уведомить Роскомнадзор обо всех произошедших за указанный период изменениях. В случае прекращения обработки персональных данных оператор обязан будет уведомить об этом в течение 10 рабочих дней с даты прекращения обработки персональных данных (ч. 7 ст. 22 Закона).

13. Порядок и условия взаимодействия при учете инцидентов в области персональных данных.

Утвержден приказ Роскомнадзора от 14.11.2022 №187 «Об утверждении Порядка и условий взаимодействия Федеральной службы по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций с операторами в рамках ведения реестра учета инцидентов в области персональных данных». Данным приказом определено какие сведения и в какие сроки предоставляет оператор обрабатывающий персональные данные в Роскомнадзор.

Вышеперечисленные изменения Закона уже введены в действие и требуют применения медицинскими организациями в полном объеме, т.к. неисполнение данных требований может привести не только гражданско-правовой ответственности и дисциплинарной, но также к административной и уголовной. (ст. 5.39, ст. 13.11, ст. 19.7 КоАП РФ; ст. 137, ст. 140, ст. 272 УК РФ)

Р.Ф. Багаутдинов., Ю.В. Шабашова

О МЕРАХ, НАПРАВЛЕННЫХ НА ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ «ЦИФРОВОЙ ЗРЕЛОСТИ» ОТРАСЛИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

**ГУЗ «Ульяновский областной медицинский
информационно-аналитический центр»**

Актуальность. Цифровая трансформация здравоохранения - это в первую очередь создание условий для изменений принципов организации здравоохранения и оказания медицинской помощи, включая лечение, восстановление, профилактику заболеваний и укрепление здоровья на базе современных цифровых технологий.

Целью проекта является повышение эффективности функционирования системы здравоохранения путем создания механизмов взаимодействия медицинских организаций на основе единой государственной системы в сфере здравоохранения и внедрения цифровых технологий и платформенных решений до 2024 года, формирующих единый цифровой контур здравоохранения.

В настоящее время Региональная медицинская информационная система интегрирована с порталом государственных и муниципальных услуг. Доступ к личному кабинету «Моё здоровье» на портале государственных услуг в настоящее время обеспечивает пациенту

возможность записи на прием к врачу, проверку полиса ОМС, прикрепления к поликлинике в режиме онлайн, вызова врача на дом, запись на профилактический осмотр. Сервисы прикрепление к поликлинике онлайн, вызов врача на дом и доступ пользователей ЕПГУ к определенным видам электронных медицинских документам были внедрены в 2022 году.

Реализовано взаимодействие всех медицинских организаций, медицинских информационных систем, учреждений медико-социальной экспертизы и фондом социального страхования с использованием ЕГИСЗ.

Осуществляется взаимодействие с ЕГР ЗАГС в части передачи электронных медицинских свидетельств о рождении и о смерти.

Защищенная сеть передачи данных объединяет 12030 автоматизированных рабочих мест, сосредоточенных на 285 объектах здравоохранения.

По итогам 2022 года количество фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов подключенных к сети «Интернет» составило 474.

В 50 лабораториях медицинских организациях Ульяновской области завершены работы по внедрению и развитию централизованной системы «Лабораторные исследования».

Также в 2022 году также было выполнено.

- Подключение 57 единиц диагностического оборудования к центральному архиву медицинских изображений;
- внедрение государственной информационной системы «Организация оказания профилактической медицинской помощи (диспансеризация, диспансерное наблюдение, профилактические осмотры)» (ГИС «Профилактика»);
- внедрение 20 новых видов структурированных медицинских электронных документов, что позволит существенно расширить возможности получения медицинских документов гражданами через личный кабинет «Мое здоровье».
- переход 10% медицинских организаций на юридически значимый электронный медицинский документооборот (использование электронной подписи) по всей медицинской документации.

Следует отметить, что с октября 2022 года Ульяновская область принимает участие в реализации пилотного проекта по внедрению методических рекомендаций по организации записи на прием к врачу.

Итогом данного проекта должна стать оптимизация процесса записи на прием к врачу и работы медицинского и немедицинского персонала, и, как следствие, повышения доступности первичной медико-санитарной помощи и повышение удовлетворенности

населения качеством медицинской помощи. Реализация данного проекта также позволит существенно повысить долю записей, осуществленных гражданами дистанционно, в том числе и через портал ЕПГУ.

Е.П. Андреева, Р.К. Сидорова

**АНАЛИЗ ВЫСЕВАЕМОСТИ STREPTOCOCCUS
AGALACTIAE ИЗ КЛИНИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА
БЕРЕМЕННЫХ ЗА 2022 ГОД
В ГУЗ «ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА №4
ГУЗ «Городская поликлиника №4»**

Актуальность. С 70-х годов ведущая роль стрептококков группы В (*Streptococcus agalactiae*, СГВ) является актуальной в структуре неонатальных инфекций, такие как сепсис, менингит, пневмония, остеомиелит, артрит и пиелонефрит. В подавляющем большинстве случаев новорожденные инфицируются СГВ во время родов от матери, причем чаще это происходит при вагинальном родоразрешении. Согласно материалам Клинических рекомендаций «Микробиологическая диагностика инфекций, вызванных стрептококком группы В у беременных и новорожденных», 2017 года, риск заболевания доношенного ребенка составляет 1–2%, недоношенного – 15–20%, а при сроке гестации менее 28 недель – практически 100%. В акушерской практике со стрептококком группы В связывают бактериемию, инфекции мочевых путей, хориоамнионит, преждевременное излитие околоплодных вод, преждевременные роды, послеродовой эндометрит и другие.

Streptococcus agalactiae является единственным представителем стрептококков группы В по классификации Lancefield. Резервуаром его в организме человека является пищеварительный тракт, а в организме женщины еще и ряд отделов мочеполовой системы – влагалище и мочеиспускательный канал.

Согласно Клиническим рекомендациям «Нормальная беременность» 2020 года и приказу Минздрава России от 20.10.2020 №1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю акушерство и гинекология», рекомендовано направлять беременную пациентку на определение антигена стрептококка группы В в отделяемом цервикального канала в 35–37 недель беременности.

Цель исследования – анализ частоты обнаружения СГВ, изучение антибиотикорезистентности выделенных штаммов в клиническом материале (отделяемое половых органов, моча) у беременных в ГУЗ «Городская поликлиника №4».

Материал и методы. «Золотой стандарт» это изоляция СГВ бактериологическим методом. При диагностике СГВ в лаборатории

использовались качественные питательные среды на основе колумбийского агара, хромогенные среды. Выделенные культуры *S. agalactiae* идентифицировались по культуральным, морфологическим, тинкториальным свойствам, определялся САМР-фактор. Чувствительность *S. agalactiae* к антимикробным препаратам выявлялась в соответствии с Клиническими рекомендациями по определению чувствительности микроорганизмов к антимикробным препаратам (версия 2021-01) диско-диффузионным методом (ДДМ). Для ДДМ применялась специальная питательная среда на основе Мюллера-Хинтон. Определялась Чувствительность СГВ к антимикробным препаратам: бензилпенициллину, эритромицину, клиндамицину, ванкомицину, линезолиду, норфлоксацину.

Результаты. За 2022 год было проведено бактериологических исследований от беременных: отделяемое половых органов – 3 931; мочи – 3 155.

Выделено *Streptococcus agalactiae*: 79 из отделяемого половых органов (2%), 84 из мочи (2,7%). По данным Клинических рекомендаций «Микробиологическая диагностика инфекций, вызванных стрептококком группы В у беременных и новорожденных», частота вагинального носительства у беременных с различной степенью риска инфекционной патологии достигает 13% и выше, при бактериурии обнаруживается в моче 2–7% беременных женщин.

Из полученных нами данных следует, что СГВ проявляет стабильную чувствительность (100%) к бензилпенициллину (скрининг) и другим β -лактамным антибиотикам, а также к ванкомицину и линезолиду. Выявлена резистентность *S. agalactiae* к линкозамидам (клиндамицин), макролидам (эритромицин-скрининг), фторхинолонам (норфлоксацин-скрининг).

Во многих странах частота выделения устойчивых к клиндамицину штаммов достигла 13–20%, а к эритромицину – 25–32%. По полученным нами результатам исследований, резистентность к клиндамицину составила 16-17%, к эритромицину – 46–56%. До 2003 года резистентность СГВ к фторхинолонам не регистрировалась, сейчас резистентность сформировалась, по нашим данным 5-7%.

Выводы. Выявление носителей *S. agalactiae* является важным аспектом в практике врача акушера-гинеколога для выбора оптимальной тактики наблюдения, лечения беременных и антибиотикопрофилактики в родах. Частота обнаружения СГВ в клиническом материале (отделяемое половых органов, моча) у беременных в ГУЗ «Городская поликлиника №4» сопоставима с российскими и общемировыми данными, как и чувствительность к антимикробным препаратам.

*О.А. Малиновская, М.Н. Соколова, Н.С. Нуруллина,
М.Э. Хапман*

ЗНАЧЕНИЕ СКРИНИНГА АНТИЭРИТРОЦИТАРНЫХ АЛЛОАНТИТЕЛ К АНТИГЕНАМ ЭРИТРОЦИТОВ В РАБОТЕ ОЛД ГУЗ УОСПК

ГУЗ «Ульяновская областная станция переливания крови»

Индивидуальные антигенные различия крови людей безграничны и важнейшей особенностью всех антигенных факторов являются изоиммунные свойства, т.е. способность вызывать образование аллоиммунных антиэритроцитарных антител при поступлении в организм антигена, отсутствующего у человека. Именно эта способность имеет большое практическое значение для медицины. В отделе лабораторной диагностики ГУЗ «Ульяновская областная станция переливания крови» проводится скрининг на наличие аллоиммунных антиэритроцитарных антител крови доноров при каждой донации и крови реципиентов при индивидуальном подборе. Но прежде необходимо сказать о том, что известно более 250 антигенов эритроцитов, которые распределены по 29 изосерологическим системам.

Чаще всего антитела вырабатываются к антигенам системы Резус. Если ранее основная роль ПТО составляла несовместимость по мажорным антигенам А, В, D, то в последнее время возросла частота посттрансфузионных реакций, обусловленных минорными антигенами. Распознавание причин стало возможным за счет применения на практике высокочувствительных методов выявления антител: гелевой технологии и метода магнитизированных эритроцитов. Минорные антигены могут вызвать образование аллоиммунных антиэритроцитарных аллоантител и привести к несовместимости при гемотрансфузиях и гемолитической болезни новорожденных (ГБН). Большое практическое значение при гемотрансфузиях имеют минорные антигены системы резус С, с, Е, е, С^w, а также факторы системы Келл, Даффи, Кидд, Лютеран и М, N, S, P. В предупреждении несовместимости по этим антигенам значение имеет тщательный сбор акушерского и трансфузионного анамнеза. Наиболее трансфузионно опасным из минорных антигенов является антиген Келл и антиген с. Шкала иммуногенности минорных антигенов выглядит следующим образом: K>c>E>C>e>Fy^a>Le^b>S>s>Lu^a>P>N. У донора Н. А(II) DссЕЕ были выявлены антитела анти-е, несмотря на то, что антиген е считается часто встречающимся в популяции,

он присутствует у 97% населения нашего региона. Сыворотка всех доноров исследуется на наличие аллоиммунных антиэритроцитарных аллоантител к антигенам эритроцитов независимо от резус-принадлежности, т.е. от наличия антигена D. В случае положительного скрининга или неспецифической реакции агглютинации кровь донора для переливания не используется. Идентификация антител, выявленных при скрининге, возможна только в специализированной лаборатории, коей является отдел лабораторной диагностики ГУЗ УОСПК. Установление специфичности – довольно сложная задача, так как в сыворотке могут быть антитела против одного или нескольких антигенов. У женщин, сенсibilизированных при беременности, чаще содержатся моноспецифические антитела. У больных, получавших многократные гемотрансфузии, чаще выявляются полиспецифические антитела, что осложняет индивидуальный подбор крови.

У больного Ю. АВ(IV) DccEek выявлены антитела, специфичность которых не удалось установить. В индивидуальном подборе осуществлялся подбор одной дозы для трансфузии из 14–16 доз эритроцитов, что с учетом редкой группы крови у реципиента вызывало значительные трудности. В рамках исследования крови б-й Ш. выявлены антитела системы Kidd-Jk^{a+} в титре 1:8 в гелевой технологии, по непрямой пробе Кумбса. В течение месяца было подобрано в индивидуальном подборе 39 доз эритроцитов из 145 доз донорской крови для приготовления отмытых эритроцитов. Если у больного были выявлены клинически значимые антиэритроцитарные аллоантитела, такой реципиент должен получать гемотрансфузии только по индивидуальному подбору, даже если титр снизился до низких значений. Ему выдается на руки справка о результатах исследований с положительным скринингом, он обязан предъявить ее при последующих госпитализациях. Отделом лабораторной диагностики ГУЗ УОСПК за последние 6 лет, с 2017 по 2022 год, выполнено 141 951 исследование аллоиммунных антиэритроцитарных антител по непрямой пробе Кумбса и методом магнитизированных эритроцитов и проведена 23 991 проба на совместимость по непрямой пробе Кумбса в гелевой технологии. Получен 71 положительный результат по скринингу антиэритроцитарных антител (0,05% от общего количества исследований на антитела). В дополнение к скринингу проведено при сложностях в индивидуальном подборе 433 аутотеста, положительных в 33% случаев, а также 61 прямая проба Кумбса, положительная в 47% случаев. В 56 образцах определена специфичность антител многоклеточной панелью

стандартизированных эритроцитов при положительном скрининге: анти-D – 28; анти-M – 5; анти-S – 3; анти-c – 4; анти-Jk^a – 3; анти-Le^a – 3; анти-e – 3; анти-E – 2; анти-C^w – 3, анти-C – 2; в остальных 15 образцах – не поддались идентификации.

Таб. Сводные данные за 2017–2022 гг. по тестированию на антитела.

вид исследований	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.	2021 г.	2022 г.	итого
скрининг антител	20822	22715	26355	21182	22588	28289	141951
пробы на совместимость (инд. подбор)	3838	3675	3984	4850	3890	3754	23991
всего с + результатом скрининга	8	5	21	16	11	10	71
аутотесты	54	60	85	97	54	83	433
пр. пр. Кумбса	16	11	20	3	4	7	61
определение специфичности при + скрининге	8	5	21	16	11	10	71

Выводы: в ОЛД ГУЗ УОСПК проводится большая работа по выявлению и, при положительном скрининге, идентификации антиэритроцитарных аллоантител к антигенам эритроцитов. Информация о наличии антител, об их специфичности, позволяет обеспечить иммунологическую безопасность проводимых трансфузий в ЛПУ, предотвратить посттрансфузионные реакции и осложнения.

*А.В. Мاستиленко, А.А. Ломакин, Р.Ф. Бурганова,
Р.К. Сидорова*

**РАЗРАБОТКА СИСТЕМЫ ИНДИКАЦИИ
И ИДЕНТИФИКАЦИИ ТОКСИГЕННЫХ
CORYNEBACTERIUM DIPHTHERIA
И CORYNEBACTERIUM ULCERANS
НА ОСНОВЕ МУЛЬТИПЛЕКСНОЙ ПЦР**

**ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный
аграрный университет им. П.А. Столыпина»
ГУЗ «Городская больница №3»**

**ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»
ГУЗ «Городская поликлиника №4 г. Ульяновска»**

На сегодняшний день известно 88 видов, таксономически классифицируемых в составе рода *Corynebacterium*. Более половины из них, 53 вида, являются случайными или редкими причинами инфекций у человека и животных. Клиническая значимость коринебактерий связана, в основном, с видами *Corynebacterium diphtheriae* (является основной причиной дифтерии) и *Corynebacterium ulcerans* (ранее считалось, что является причиной мастита крупного рогатого скота, а затем было доказано, что является причиной дифтериеподобных заболеваний, назофарингитов и лимфаденитов как у животных, так и у людей при контакте с больными животными [1]). Биологически эти виды объединяет не только таксономическое положение, культуральные, морфологические или биохимические особенности, но, согласно исследованиям некоторых авторов [2], кроме экспрессии ряда видовых факторов вирулентности, они потенциально могут секретировать дифтериеподобный токсин (DLT). Способность токсинообразования проявляют только лизогенные штаммы *C. diphtheriae* и *C. ulcerans*, инфицированные бактериофагом, несущим tox-ген. Несмотря на то, что *C. ulcerans* и *C. diphtheriae* объединяют общие черты (способность вызывать заболевания, потенциальная возможность продукции дифтерийного или дифтериеподобного токсина), согласно данным исследователей [5] DLT не всегда нейтрализуется дифтерийным антитоксином.

Целью данной работы явилась разработка системы индикации *C. Diphtheria* и *C. ulcerans* и определения их патогенности

на основе идентификации дифтерийного токсина и его регулятора с использованием молекулярно-генетических методов.

Методы: анализ данных геном аннотированных штаммов in-silico в системе NCBI, множественные выравнивания выполнены с использованием системы UGENE методом ClustalW; подбор праймеров проведен в системе Primer BLAST; амплификация и анализ данных проведен в ПО RealTime_PCR (ООО «ДНК-Технология»).

В результате проведенных исследований проведен подбор и оптимизация праймерных систем для идентификации фрагмента гена дифтерийного токсина β -профага и фрагмента гена регулятора дифтерийного токсина для идентификации патогенных *Corynebacterium diphtheria* и *Corynebacterium ulcerans*. Полученные данные в экспериментальных исследованиях свидетельствуют о специфической амплификации фрагментов размерами – 408 п.н. для дифтерийного токсина Dtx (для обоих исследуемых видов), и 174 п.н. (для *C. diphtheria*) и 223 п.н. (для *C. ulcerans*) в отношении регулятора дифтерийного токсина DtxR. В данной работе проведен ряд исследований по оптимизации температур отжига указанных систем олигонуклеотидов, их концентраций, соотношений для мультиплексной системы.

Разработанная система мультиплексной ПЦР позволяет проводить одновременную индикацию фрагмента дифтерийного токсина и дифференциацию регулятора его экспрессии для *Corynebacterium diphtheria* и *Corynebacterium ulcerans*, инфицированных бактериофагом, несущим tox-ген.

Литература.

1. *Corynebacterium ulcerans diphtheria*: an emerging zoonosis in Brazil and worldwide/Dias A.A. et al.//Rev. Saude Publica – 2011. – №45. – P.1176–1191.
2. Comparison of phenotypic and genotypic methods for detection of diphtheria toxin among isolates of pathogenic corynebacteria/Efstratiou A., Engler K.H., Dawes C.S., Sesardic D./J Clin Microbiol. – 1998. – №36(11). – P.3173.
3. Phylogenetic analysis of the genus *Corynebacterium* based on 16S rRNA gene sequences/Pascual, C., P. A. Lawson, J. A. E. Farrow, M. Navarro Gimenez, and M. D. Collins//Int. J. Syst. Bacteriol. – 1995. – V.45. – №724. – P.728.

4. Taxonomy of *Corynebacterium diphtheriae* and related taxa, with recognition of *Corynebacterium ulcerans* sp. nov. nom. rev./ Riegel, P. et al.//FEMS Microbiol. Letters – 1995. – №126. – P.271–276.
5. Taylor, D. J./Diphtheria toxin production by *Corynebacterium ulcerans* from cats/D. J. Taylor, A. Efstratiou, and W. J. Reilly//– Vet. Rec. – 2002. – V.150. – P.355.

И.Ю. Матвеева, М.В. Лаврик, М.В. Смолякова

ВЫЯВЛЕНИЕ АНТИФОСФОЛИПИДНЫХ АНТИТЕЛ ПРИ ПРИВЫЧНОМ НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ

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

В условиях сложившейся в стране демографической ситуации охрана репродуктивного здоровья населения является важнейшей государственной задачей. При этом весьма актуальна проблема предупреждения привычного невынашивания беременности, причиной которого в 60% всех случаев является антифосфолипидный синдром (АФС). Проблемы АФС в акушерстве связана не только с высокими рисками невынашивания, но и летальностью при гестозе и преэклампсии у беременных на поздних сроках, тяжелыми пороками развития у новорожденных. Заподозрить синдром АФС можно по данным клинко-лабораторных исследований по выявлению антифосфолипидных антител: волчаночного антикоагулянта (ВА), или антикардиолипиновых антител, или антител к b2-гликопротеину.

Целью данного исследования являлось выявление антифосфолипидных антител: антикардиолипиновых антител, волчаночного антикоагулянта, антител к b2-гликопротеину у женщин с риском невынашивания беременности.

Материал и методы. По программе репродуктивного здоровья при привычном невынашивании беременности проводились исследования 113 женщинам, обратившимся в клинко-диагностическое отделение Перинатального центра «Мама» в 2022 г. Волчаночный антикоагулянт определяли всем 83 женщинам (73,5%) только антикардиолипиновые антитела и антитела к b2-гликопротеину.

Содержание аутоантител (IgG/IgM) к кардиолипину и b2-гликопротеину в сыворотке крови определяли методом иммуноферментного анализа на полуавтоматическом ИФА анализаторе (микропланшетном ридере Anthos Fluido 2020). Исследование волчаночного антикоагулянта клоттинг-методом выполняли на коагулометрах Sysmex CA 660, CS2000i.

Результаты исследования. По итогам обследования 113 женщин уровень ВА увеличен у 68 (60% обследуемых): у 53 активность ВА небольшая (1,2-1,5), умеренное количество ВА (1,5-2,0), обнаруженное у 15 женщин может привести к развитию тромбоза.

Антитела к β -2-гликопротеину выявлены у 7 женщин (8,4%), антитела к кардиолипину выявлены также у 7 женщин (8,4%). Одновременное выявление антифосфолипидных антител: антикардиолипиновых, волчаночного антикоагулянта, антител к b2-гликопротеину было выявлено только у одной женщины. Обнаружение антител к кардиолипину в сыворотке крови одновременно с антителами к b-2-гликопротеину повышает специфичность диагностики АФС.

Диагноз АФС устанавливают на основании наличия одного клинического и одного лабораторного критерия. Рекомендовано учитывать у пациентов позитивность по одному лабораторному критерию (наличие только волчаночного антикоагулянта, либо только антител к кардиолипину, либо только к β 2-гликопротеину в среднем или высоком титре), и более чем по одному лабораторному критерию в любой комбинации, двукратно, повторно подтвержденных через 12 недель после первого выявления.

Выводы. По результатам обследования у 29 женщин из 113 диагностирован АФС по наличию антифосфолипидных антител в основном по одному лабораторному критерию: наличию только волчаночного антикоагулянта, либо только антител к кардиолипину, либо только к β 2-гликопротеину.

Согласно данным современной литературы, АФС является причиной привычного невынашивания беременности в 27–42% случаев. Антифосфолипидный синдром при беременности требует регулярного наблюдения женщины амбулаторно или в госпитальных условиях. АФС в большинстве случаев имеет трагические последствия не только для плода (иногда новорожденного), но и для женщины.

Антитела при синдроме АФС могут сами по себе стать причиной выкидыша, замершей беременности. В связи с запуском патогенных механизмов наблюдаются такие осложнения, как внутриутробная задержка развития плода и его гибель в более поздний гестационный период, гестоз и преэклампсия, синдром потери плода.

Женщинам с антифосфолипидным синдромом показано тщательное планирование беременности, пожизненная поддерживающая медикаментозная терапия с коррекцией доз при подготовке и на протяжении всей гестации, продолжение курса лечения после родов. Без адекватной терапии у 80–95% женщин с АФС наблюдается выкидыш и/или гибель плода.

Т.М. Образцова, В.В. Вяльдина

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА АУТОИММУННОЙ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»

Причиной развития аутоиммунных заболеваний (АИЗ) является дефект иммунной системы организма. Защитная система начинает воспринимать здоровые органы и ткани как поврежденные и пытается их «обезвредить». Объектом атаки иммунной системы могут становиться практически все ткани и органы человека, в том числе и эндокринные железы. Основным механизмом, посредством которого иммунная система нарушает работу органов и тканей, является воспаление. Формирование воспаления приводит к повреждению органа, изменению регуляции биохимических процессов в клетках.

Механизмы развития АИЗ:

1. Высокая инфицированность населения различными вирусами
2. Усиление факторов апоптоза.
3. Изменение на молекулярном уровне основных биохимических процессов в клетке
4. Избыточная активация аутореактивных лимфоцитов.
5. Генетическая предрасположенность.

Диагностическим критерием подтверждения АИЗ щитовидной железы для контроля за лечением и прогнозированием является исследование и обнаружение в крови различных аутоантител: к тиреоглобулину (атТГ), к тиреоидной пероксидазе (атТПО), к рецепторам тиреотропного гормона (ат к рецепторам ТТГ), к микросомальной фракции тиреоцитов, к ткани щитовидной железы.

Актуальность рассматриваемой проблемы состоит в том, чтобы показать необходимость сочетания измерения ат ТГ

с определением ат ТПО, с определением ат к рецепторам ТТГ в диагностике аутоиммунных заболеваний щитовидной железы.

Целью явилось определение полного спектра аутоантител для подтверждения либо исключения АИЗ щитовидной железы.

Методы исследования: иммуноферментный анализ (ИФА) в микропланшетном формате на приборах «Multiskan» фирмы «Labsystems» (Финляндия), «Alisei» Seac Radim (Италия) с помощью тест-наборов «ТирондИФА-ат ТПО-Alisei» «ТирондИФА-атТГ» производитель Россия, «Medisym T.R.A.human», производитель Германия.

Результаты и обсуждение. Систематизированы данные исследований на аутоантитела к структурам щитовидной железы в период с 01.12.2021 по 01.12.2022.г. Выполнен 1 501 анализ, в том числе атТГ-138, атТПО-1235, ат к рецепторам ТТГ-128. С показателями выше референсных значений: ат ТГ-15, атТПО-314, ат к рецепторам ТТГ-79. Всего 408 «положительных» анализов. Женщин с «положительными» результатами больше, чем мужчин, в соотношении 5:1.

Частота выявления антител к ТГ в популяции составила 10,87%, ат ТПО 25,43%, ат к рецепторам ТТГ 61,72%.

Выводы. Комплексное исследование крови на аутоантитела к тканям щитовидной железы следует применять для дифференциальной диагностики аутоиммунного и неаутоиммунного тиреотоксикоза со сходной клинической симптоматикой. Определение аутоантител дает возможность прогнозировать функциональные расстройства ЩЖ у больных с другими аутоиммунными эндокринными заболеваниями и у членов семей с наследственными органоспецифическими аутоиммунными заболеваниями.

Н.Б. Федорова

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ

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

Актуальность. Проблема внебольничных пневмоний (ВП) не утратила своей актуальности на современном этапе ввиду появления высоковирулентных штаммов возбудителей заболевания, резистентностью бактериальных патогенов к антимикробным препаратам, ростом числа пневмоний, инициированных вирусом гриппа А(Н1N1) и В, SARS-ассоциированным коронавирусом, аденовирусом, респираторным синцитиальным вирусом и другими инфекционными агентами.

Цель исследования – изучение этиологической структуры внебольничных пневмоний у госпитализированных пациентов.

Материалы и методы исследования. Проанализированы результаты обследования больных ВП, находившихся в 2022 году на стационарном лечении в инфекционном госпитале по оказанию медицинской помощи больным COVID-19 и пульмонологическом отделении ГУЗ «Центральная клиническая медико-санитарная часть имени Заслуженного врача России В.А. Егорова» города Ульяновска. Проведен анализ результатов исследований отделяемого дыхательных путей, плевральной жидкости, крови 2 044 пациентов, направленных на выявление респираторных вирусов SARS-CoV-2, гриппа А/В методом ПЦР и выделение штаммов микроорганизмов, являющихся ведущими возбудителями ВП, бактериологическим методом.

Результаты. В первом полугодии 2022 года в период сохранения пандемии COVID-19 в инфекционном госпитале пролечилось 1 758 больных ВП, из них у 1 499 пациентов диагноз подтвержден лабораторно, обнаружен вирус SARS-CoV-2 методом ПЦР. При подозрении на присоединение бактериальной инфекции было исследовано культуральным методом 1 177 образцов биологического материала, в том числе крови – 748, мокроты, плевральной жидкости, БАЛ – 295, слизи задней стенки глотки – 134. Показатель высеваемости этиологически значимых микроорганизмов составил в крови 5,2% (39 культур из 62), в образцах дыхательных путей 35,7% (153 культуры из 505). Выделено культур: в крови *S. Pneumoniae* – 3,2% (2), *K. Pneumonia* – 21% (13), *E. coli* – 9,7% (6), *S. Aureus* – 12,9% (8);

энтерококки – 9,7% (6), грибы рода *Candida* – 6,4%(4); в образцах дыхательных путей *S. Pneumoniae* – 0,4%(2), *K. Pneumoniae* – 13,5% (68), в т.ч. 24 штамма продуценты бета-лактамаз расширенного спектра (БЛРС), *E. Coli* – 3,2% (16), в т.ч. 10 продуценты БЛРС, другие энтеробактерии – 2,8% (14), *S. Aureus* – 8,9% (45), *P. Aeruginosa* – 1,6% (8). В 2022 г. в пульмонологическом отделении пролечилось 286 больных ВП, с преобладанием в осенне-зимний период. Проведено 156 исследований биообразцов методом ПЦР на выявление вируса SARS-CoV-2 и 90 исследований на грипп А/В. Выявлено положительных проб: SARS-CoV-2 (COVID-19) – 25, грипп А – 4, А (H1N1) – 25, грипп В – 1. Исследовано культуральным методом 1 047 биообразцов, в том числе крови – 712, мокроты, плевральной жидкости, БАЛ – 290, слизи задней стенки глотки – 45. Показатель высеваемости этиологически значимых микроорганизмов составил в крови 4,4% (31 культура из 48), в образцах дыхательных путей 35,2% (118 культур из 554). Выделено культур: в крови *S. Pneumoniae* – 16,7% (8), *K. Pneumoniae* – 14,6% (7), *E. Coli* – 12,5% (6), *S. Aureus* – 12,5% (6); энтерококки – 4,2% (2), *P. Aeruginosa* – 4,2% (2); в образцах дыхательных путей *S. Pneumoniae* – 0,5% (3), *K. Pneumoniae* – 7,7% (42), в т.ч. 14 продуценты БЛРС, *E. Coli* – 2,7% (15), в т.ч. 6 продуценты БЛРС, другие энтеробактерии – 3,1% (17), *S. Aureus* – 6% (33), *P. Aeruginosa* – 1,4% (8).

Выводы. Ведущим возбудителем ВП в первой половине 2022 года был коронавирус SARS-CoV-2, у пациентов с COVID-19 имело место присоединение бактериальной инфекции. У больных ВП в осенне-зимний период основными возбудителями инфекции были вирус гриппа А/А(H1N1), бактериальные патогены с преобладанием *S. pneumoniae*, *K. pneumonia*, *S. aureus*.

*Е.Н. Айнулова, Р.К. Корженевич, А.В. Курпичев,
А.И. Андрианов*

КТ-ДИАГНОСТИКА ИЗМЕНЕНИЙ В ЛЕГКИХ ПРИ ГРАНУЛЕМАТОЗНЫХ ПОЛИАНГИИТАХ

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»

Актуальность. Ранняя и точная диагностика легочных васкулитов является актуальной проблемой современной клинической медицины и радиологии, определяя своевременное начало патогенетической терапии и прогноз заболевания. В связи с малоизученностью этой группы заболеваний обсуждение вопросов МСКТ-семиотики поражений легких при системных васкулитах и их дифференциации с другими патологическими изменениями в легких крайне важно для клиницистов.

Термин «васкулиты» объединяет группу системных воспалительных заболеваний сосудов различного калибра. В числе прочих проявлений для большинства васкулитов характерно поражение сосудов легких. Легочные васкулиты – это разнообразные нозологические формы, для которых характерны воспаление и деструкция кровеносных сосудов в легких. Легочные васкулиты относятся к редким заболеваниям легких и требуют обсуждения в литературе для понимания процессов, происходящих в легочной ткани, клиницистами и радиологами. В 1992 г. на конференции по номенклатуре системных васкулитов в Чапел-Хилле (США) была предложена классификация, расширенная в 1994 г. до современного варианта.

Васкулиты с поражением крупных сосудов: Артериит Такаясу; гигантоклеточный артериит; васкулиты с поражением средних сосудов; узелковый полиартериит; болезнь Кавасаки; васкулиты с поражением мелких сосудов; АНЦА-ассоциированные васкулиты: микроскопический полиангиит, гранулематоз с полиангиитом (гранулематоз Вегенера), эозинофильный гранулематоз с полиангиитом (синдром Черджа-Стросс); Иммунокомплексные васкулиты: анти-ГБМ-болезнь (Гудпасчера), криоглобулинемический васкулит, А-васкулит (Шенлейна-Геноха), гипокомплементемический уртикарный васкулит (анти-С1д-васкулит); гранулематоз с полиангиитом.

Гранулематоз с полиангиитом (ГПА) – системное аутоиммунное заболевание, которое относится к группе васкулитов, ассоциированных с антителами к цитоплазме нейтрофилов (АНЦА), и характеризуется некротизирующим гранулематозным воспалением преимущественно верхних и нижних дыхательных путей и малоиммунным

некротизирующим васкулитом. Заболеваемость ГПА до настоящего времени точно не определена, по имеющимся данным, она оценивается как 8–10 случаев на 1 млн населения. Поражение легких отмечается у 65–90% больных ГПА, являясь одной из ведущих причин смерти таких пациентов.

Наиболее часто для диагностики легочных поражений при васкулитах используются рентгенография и мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) органов грудной клетки. Обычное рентгенологическое исследование не позволяет достаточно точно установить объем и распределение патологических участков в легочной паренхиме. Именно использование МСКТ за счет отсутствия эффекта суммации дает возможность детального изучения легочного рисунка и позволяет с высокой точностью выявлять характерные изменения при ГПА и проводить дифференциальную диагностику с сопутствующими поражениями легких, в частности инфекционного характера.

Цель работы – выявление дифференциально-диагностических признаков поражений легких при гранулематозных полиангиитах.

Задачи исследования: уточнить семиотику, определить информативность и эффективность МСКТ в диагностике легочных поражений при гранулематозных полиангиитах.

Материалы и методы. Исследования проведены в отделении РКТ ЦЛД ГУЗ УОКБ РСЦ за период с января 2022 года по январь 2023 года. Исследования проводились на мультиспиральном компьютерном томографе Canon Aquilion Prime 80 с толщиной среза 0,5 мм. Пациентам первично выполнялось нативное сканирование органов грудной клетки, в последующем при необходимости с внутривенным введением контрастного препарата (Sol. Omnipac – 50 ml).

Анализируя КТ-картину изменений легких у пациентов, проходивших обследование в нашем отделении, в половине случаев выявлялись очаги и небольшие округлые инфильтраты в обоих легких, расположенные полисегментарно, часть из которых с наличием полостей кавитации. Очаги и инфильтраты имеют гладкие, реже неровные контуры. Они могут различаться по размеру и форме, однако наиболее типичными являются множественные округлые очаги 15–30 мм в диаметре. По мере прогрессирования заболевания увеличиваются размеры и количество очагов. В данной группе наблюдения у пациентов довольно длительно страдающих гранулематозным полиангиитом (был диагностирован гранулематоз Вегенера), наблюдались множественные крупные с неровными утолщенными стенками полости распада.

В одном случае на фоне данных полостей при КТ-исследовании были выявлены образования в виде характерных «полулуний» аспергиллом (что указывало на присоединение вторичной грибковой инфекции).

В другой группе пациентов наблюдались очаги и крупные участки «матового стекла», местами сливающиеся между собой с наличием на данном фоне участков консолидации легочной ткани. При этом в данной группе пациентов присутствовали сложности дифференциальной диагностики ввиду того, что изменения в легких были настолько множественными и неспецифичными, что по КТ-картине в период пандемии практически невозможно было их отдифференцировать от проявлений интерстициальной вирусной COVID-19-ассоциированной пневмонии. В таком случае на помощь приходил анализ клинической картины и динамическое наблюдение. Пациенты в возрастном диапазоне от 19 до 22 лет. Заболевание сопровождалось лихорадкой и рецидивирующими носовыми кровотечениями, позже присоединялась выраженная одышка, кровоточивость слизистой рта и носа, высыпания на теле. Динамическое наблюдение на фоне проводимого лечения показывало разнонаправленную и персистирующую динамику: участки «матового стекла» и консолидации рассасывались в одних зонах и появлялись в новых других, ранее «чистых» сегментах легких, и такая картина наблюдалась не смотря на проводимое лечение, в течение 3-4 месяцев, что уже отвергало диагноз вирусной пневмонии.

Во всех представленных случаях, первичное выявление опухолевого процесса произошло в довольно поздние сроки, когда образования достигали существенных размеров с инвазией в прилежащие структуры. По наблюдениям пациентов, это связано преимущественно с длительным бессимптомным течением заболевания.

В активной фазе заболевания при гистопатологическом анализе очаги состоят из гранулематозной ткани. Они, как правило, множественные, поражают оба легких в субплевральных отделах, реже визуализируются перибронховаскулярно.

Двусторонние участки консолидации, преимущественно в периферических отделах, соответствуют зонам кровоизлияния, которые могут сливаться между собой с образованием обширных участков геморрагического пропитывания. Альвеолярное кровотечение из таких областей зачастую развивается остро и может приводить к фатальным последствиям. Различают 3 варианта инфильтратов: двусторонние, распространенные, низкой плотности (характерные для альвеолярного кровотечения); ограниченные, низкой плотности. При контрольных исследованиях в динамике могут разрешаться, уплотняться (прогрессировать), приобретать сливной характер; ограниченные, высокой плотности.

По мере прогрессирования заболевания участки кровоизлияния могут сливаться между собой и формировать обширные геморрагические зоны.

Реже при гранулематозном полиангите может встречаться поражение трахеобронхиального дерева в виде расширения просветов бронхов с утолщением их стенок.

Одно из типичных проявлений гранулематозного полиангита при наличии внутривнепочечного кровоизлияния – симптом гало (англ. halo sign). Это очаг (или округлый инфильтрат), окруженный периферической зоной уплотнения по типу «матового стекла». Морфологически при васкулитах этот признак соответствует геморрагическому пропитыванию, однако он не является патогномоничным и также может обнаруживаться при опухолевых и воспалительных заболеваниях легких.

По мере прогрессирования заболевания компьютерно-томографическая картина легочной ткани может сильно изменяться, на первый план могут выходить не определявшиеся ранее паттерны. Описанные по результатам предыдущих исследований изменения могут как распространяться, так и становиться менее явными.

Выводы.

1. Метод МСКТ является высокоинформативным и высокочувствительным в диагностике поражений легких при гранулематозных полиангитах.
2. Системные васкулиты с поражением легких относятся к редко встречающимся заболеваниям, среди которых наиболее распространены в клинической практике гранулематозный полиангит.
3. Гранулематоз с полиангитом характеризуется разнообразием рентгенологических паттернов и неспецифическими клиническими проявлениями, что влечет за собой сложности в дифференциальной диагностике.
4. Мультиспиральная компьютерная томография органов грудной клетки является основным методом исследования для уточнения характера поражения легочной ткани при системных васкулитах.

*А.И. Андрианов, Р.К. Корженевич, Е.Н. Айнулова,
А.В. Кирпичев*

КТ В ДИАГНОСТИКЕ СПОНДИЛОДИСЦИТА

ГУЗ Ульяновская областная клиническая больница

Спондилит – инфекционное заболевание структур позвонка с вовлечением в воспалительный процесс межпозвонкового диска и паравerteбральных мягких тканей. На начальном этапе очаг инфекции локализуется в вентральных и латеральных отделах позвонка. Как правило, в ходе воспалительного процесса возникает деструкция замыкательной пластинки пораженного позвонка с развитием вторичного поражения межпозвонкового диска, затем аналогичные деструктивные процессы формируются в замыкательной пластинке смежного позвонка. В дальнейшем при неблагоприятном течении заболевания возможно формирование абсцессов в окружающих позвоночных столб мягких тканях, распространение гнойных масс в просвет позвоночного канала вместе с пролабированием патологически изменённого межпозвонкового диска.

Чаще всего поражается грудной и поясничные отделы позвоночника, реже шейный, но возможно и вовлечение нескольких смежных отделов позвонков.

К факторам риска относят: отдаленные очаги инфекции (в том числе специфического характера – туберкулез), восходящая инфекция мочеполового тракта, спинальная травма и оперативные вмешательства, внутривенное употребление наркотиков, иммуносупрессивные состояния (ВИЧ), длительный прием стероидных препаратов, пожилой возраст, сахарный диабет.

Изолированное поражение межпозвонкового диска (дисцит) случается довольно редко, может являться последствием проведенной операции, но чаще всего встречается в юном возрасте в связи с особенностями кровоснабжения диска у детей. Возбудитель инфекции проникает в пульпозное ядро гематогенно через ещё имеющиеся питающие артерии.

Возбудителями инфекции чаще всего являются: *Staphylococcus aureus* (самый частый возбудитель, по литературным данным составляет до 60% случаев), *Streptococcus viridans*, грамотрицательные бактерии – *Enterobacter* spp., *E. Coli*, *Mycobacterium tuberculosis*, реже встречается грибковые инфекции – *Cryptococcus neoformans*, *Candida* spp., *Histoplasma capsulatum*, *Coccidioides immitis*, бактерии *Brucella* spp.

Первичный гнойный очаг может локализоваться в любом органе или системе с дальнейшим гематогенным распространением.

Спондилодисцит может быть первичным (возникающим при отсутствии других диагностированных очагов инфекции) и вторичным (формирующимся за счёт заноса инфекции из других очагов или в результате травмы, в том числе ятрогенного характера как следствие хирургической операции или других инвазивных манипуляций). По клиническому течению спондилодисциты подразделяют на острые (до трёх недель), подострые (от трёх недель до трёх месяцев) и хронические (свыше трёх месяцев).

Основными жалобами пациентов на начальном этапе являются боли в спине и повышение температуры тела. В зависимости от уровня поражения и степени вовлечения корешков спинного мозга, может наблюдаться иррадиация болей в тазовую область и нижние конечности, нарушение чувствительности и формирования парезов, нарушение работы тазовых органов. В лабораторных анализах отмечается лейкоцитоз, повышение СОЭ и показателей С-реактивного белка.

Отсутствие специфических ранних симптомов спондилодисцита приводит к поздней диагностике. Несвоевременное лечение данного заболевания угрожает развитием деформаций костных структур и повреждения нервальных структур, возникновением генерализованного сепсиса. Поэтому ранняя диагностика важна для дальнейшего прогноза спондилодисцита.

В лучевой диагностике спондилодисцита применяются рентгенография, РКТ и МРТ.

Цель исследования – оценить возможности МСКТ с болюсным контрастным усилением в диагностике спондилодисцита.

Материалы и методы. Проведён анализ результатов исследований КТ грудного и поясничного отделов позвоночника пациентов, направленных с целью подтверждения или исключения диагноза спондилодисцита. В клинике отмечалось наличие сильных болей в спине, в анамнезе – отсутствие выраженных изменений на обзорной рентгенографии позвоночника. Обычная рентгенография нечувствительна к ранним изменениям спондилодисцита, нормальная картина сохраняется до 2-4 недель. После этого при наблюдении в динамике на рентгенограммах можно увидеть сужение дискового пространства, неровность контуров замыкательных пластинок, при отсутствии терапии отмечается появление признаков остеосклероза спустя 10–12 недель.

Исследования проводились на базе отделения РКТ ЦЛД РСЦ Ульяновской областной клинической больницы при помощи мультиспирального компьютерного томографа Cannon Aquilion Prime. Оценивались

результаты обследования 19 пациентов за 2020–2022 года: 9 мужчин, 10 женщин), в возрасте от 49 до 82 лет, средний возраст пациентов составил 65 лет (самому молодому пациенту 49 лет, самому возрастному – 82). Оценивались результаты 10 исследований грудного отдела позвоночника и 9 – поясничного.

Пациентам проводилось нативное исследование грудного или поясничного отделов позвоночника, у 18 пациентов (94%) были выявлены признаки спондилодисцита. На ранних стадиях данное заболевание проявляется в виде наличия узураций смежных поверхностей тел позвонков. В дальнейшем отмечается формирование деструкции замыкательных пластинок и тел позвонков с возникновением их деформации. Определялось снижение высоты межпозвонкового диска на пораженном уровне с утолщением и тяжистостью окружающих мягких тканей, наличием протрузий и экструзий межпозвонковых дисков. Признаками развития воспалительного процесса в прилежащих поясничных мышцах является их утолщение и неоднородная плотность за счёт наличия гиподенсивных участков, с неоднородным накоплением КВ после в/в КУ.

После болюсного в/в КУ в 10 случаях (52%) отмечалось наличие паравертебральных абсцессов (натёчников), проявляющихся в виде жидкостных образований на фоне неравномерного утолщенных, прилежащих к пораженным позвонкам поясничных мышц, с ДП соответствующей плотности гноя (около 30 ед.Н. и более), с накоплением КВ по капсуле. В 1 случае наблюдалось переход воспалительного процесса с поясничных мышц на подвздошные с формированием абсцессов. Формирование паравертебральных натёчников характерно для туберкулёзного спондилодисцита.

В 1 случае было выявлено подозрение на эпидуральный абсцесс. У пациента наблюдалось линзовидной формы образование вдоль задней поверхности тел L3-L5 протяженностью 67 мм и толщиной до 6,5 мм, расположенное эпидурально, вызывающее компрессию спинномозгового канала на данных уровнях, после в/в КУ отмечалось слабое накопление КВ данным образованием, преимущественно по периферии. Диагноз «эпидуральный абсцесс» был подтверждён на МРТ-исследовании.

В 1 случае признаков спондилодисцита не было выявлено, но при проведении МРТ-исследования наблюдалось наличие выраженного трабекулярного отёка тел позвонков.

Выводы.

1. МСКТ является одним из лучших методов диагностики поражений костей. В диагностике спондилодисцита КТ может обнаружить такие изменения, как раннее разрушение концевых

- пластинок, не видимое при проведении обычной обзорной рентгенографии, формирование деструкций. В отличие от обычной рентгенографии КТ позволяет выявить признаки воспаления окружающих позвоночный столб мягких тканей.
2. Применение КУ позволяет выявить наличие натёчников и эпидуральных абсцессов, оценить их положение и распространение.
 3. Наиболее специфичным и чувствительным методом для диагностики спондилодисцита является МРТ, она должна являться методом выбора при подозрении данного заболевания.
 4. РКТ может применяться при наличии у пациента противопоказаний к проведению МРТ, в качестве дополнительного метода исследования для получения полной информации о состоянии костных структур, локализации абсцессов. Эти данные необходимы при планировании оперативного лечения и влияют на дальнейший прогноз пациента.

*А.В. Кирпичев, Р.К. Корженевич, М.В. Сагель,
А.И. Андрианов*

ВОЗМОЖНОСТИ МСКТ В ДИАГНОСТИКЕ РАЗРЫВА ПИЩЕВОДА

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»

Актуальность. Повреждения пищевода являются тяжелой формой патологии в торакальной хирургии, характеризуются яркой клинической картиной и высокой летальностью. Спонтанный разрыв пищевода называемый еще как синдром Бурхаве или «банкетный пищевод», является наиболее опасным повреждением. Удельный вес спонтанных разрывов наддиафрагмального отдела пищевода среди всех повреждений достигает 3-6%. По современным данным частота летальных исходов при повреждении пищевода колеблется от 3% до 67% и зависит от времени прошедшего с момента повреждения. Спонтанный разрыв пищевода (синдром Бурхаве, «Банкетный пищевод») возникает вследствие резкого повышения внутрипросветного давления в результате интенсивной рвоты и возникающей дискоординации мышечных сфинктеров и характеризуется трансмуральным повреждением стенки пищевода на значительном протяжении и массивным инфицированием клетчатки средостения. Дефект стенки имеет большие размеры, сопровождается

разрывом медиастинального листка плевры и поступлением содержимого пищевода и желудка в плевральную полость и клетчатку средостения.

Высокая распространенность разрывов пищевода, увеличение количества пациентов, техническая сложность операций, неоднозначность тактики при отборе пациентов и оценке послеоперационных осложнений послужили основой для настоящего исследования.

Цель работы – выявление прямых и косвенных КТ-признаков разрыва пищевода.

Задачи исследования: определение чувствительности и специфичности метода МСКТ в диагностике разрыва пищевода.

Материалы и методы. Исследования проведены в отделении РКТ ЦЛД ГУЗ УОКБ в 2020–2022 годах. Было обследовано 28 пациентов с подозрением на разрыв пищевода, в возрасте от 33 до 69 лет, 10 мужчин и 18 женщин. Исследования проводились на мультиспиральном компьютерном томографе Canon Aquilion Prime с толщиной среза 0,5 мм с приемом непосредственно во время проведения обследования водорастворимого йодсодержащего контрастного вещества per os, при наличии диагностических показаний в сочетании с внутривенным, в том числе болюсным, введением контрастного вещества Омнипак 350 мг.

По результатам исследований были выявлены прямые и косвенные КТ-признаки разрыва пищевода.

К косвенным признакам разрыва пищевода, в первую очередь обращающим на себя внимание при проведении нативного КТ-исследования, относятся эмфизема мягких тканей грудной клетки, пневмомедиастинум, уплотнение паразофагеальной клетчатки, имбибированной жидкостью, наличие жидкости в плевральных полостях.

Прямым признаком разрыва пищевода, обнаруживающимся после принятия водорастворимого йодсодержащего контрастного вещества per os, является выявляющееся непосредственно место разрыва пищевода с наличием затека контрастного вещества в средостение, плевральные полости.

В качестве примера приведем обследование пациента, мужчины, 1975 г.р., направленного из торакального отделения ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница» с подозрением на разрыв пищевода.

На серии томограмм получены изображения органов грудной клетки и средостения.

В плевральной полости слева установлена дренажная трубка.

В плевральной полости слева определяется жидкость объемом около 234 мл с наличием скопления воздуха.

В плевральной полости справа свободная жидкость объемом около 335 мл, по междолевой плевре справа небольшое количество жидкости. Лёгочная ткань прозрачная, без очаговых и инфильтративных изменений. Трахея и видимые бронхи проходимы. Корни структурны. Органы средостения расположены обычно, дифференцированы. В заднем средостении отмечается наличие скоплений воздуха. Определяются единичные, умеренно увеличенные перитрахеальные лимфатические узлы, наибольший размером 19×10×9 мм. Остальные группы лимфатических узлов не увеличены. Костно-деструктивных изменений на обследованных уровнях не выявлено.

После введения КВ per os. отмечается затек КВ за пределы контуров пищевода в заднее средостение и левую плевральную полость. Отмечается наличие сообщения полости пищевода с затеком КВ в заднее средостение и на уровне Th8-Th9 по левому контуру нижней 1/3 грудного отдела пищевода, предположительно за счет дефекта размерами около 1,7×2,5 мм. Отмечается подкожная эмфизема мягких тканей грудной клетки.

В связи с этим необходимо отметить важность применения нативной КТ без внутривенного контрастного усиления и приема контрастного вещества per os, так как она наиболее отчетливо показывает подобные осложнения.

Выводы.

1. МСКТ-исследование обладает высокой чувствительностью и специфичностью в диагностике разрыва пищевода и позволяет существенно дополнить информацию, а в ряде случаев практически полностью заменить традиционную рентгенографию, в том числе рентгеноконтрастное исследование пищевода.
2. МСКТ, являясь малоинвазивным методом диагностики, может использоваться в качестве «золотого стандарта» при подозрении на наличие разрыва пищевода.
3. МСКТ-исследование, в том числе с применением внутривенного контрастирования, дает возможность оценивать не только состояние пищевода, но и одновременно исследовать прочие органы, вовлеченные в патологический процесс и окружающие их структуры.

А.А. Базюк, Е.В. Полякова, Е.Е. Волкова

ДИАГНОСТИКА КОСТНЫХ МЕТАСТАЗОВ МЕЛАНОМЫ

ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер»

Введение. При меланоме, так же как при других видах злокачественных новообразований, высока вероятность метастатического поражения. Метастазирование при меланоме встречается часто, а в некоторых случаях рост метастазов обнаруживается раньше, чем его первоисточник. Чаще всего меланома метастазирует в головной мозг, кожу, лёгкие, почки, печень и кости.

Актуальность. При меланоме костные метастазы часто имитируют доброкачественные новообразования костей, например, костные кисты или энхондромы, что может привести к диагностическим ошибкам и, как следствие, неправильному лечению. Использование радионуклидных методов исследования позволяет повысить точность диагностики костных метастазов меланомы, оценить их метаболизм, динамику изменений данных образований в процессе лечения.

Цель – определить наиболее типичные признаки костных метастазов меланомы при помощи сцинтиграфии и ОФЭКТ-КТ.

Задачи исследования: определить диагностическую эффективность сцинтиграфии и ОФЭКТ-КТ в диагностике костных метастазов меланомы.

Материалы и методы. Исследования проводились в отделении ОРД ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер» на комбинированной системе ОФЭКТ-КТ GE Discovery 670 NM/CT с внутривенным введением 450 МБк РФП Tc-99m-пирфотех.

Согласно результатам большинства опубликованных исследований, метастазы меланомы в костях встречаются в 11–17% случаев. Однако результаты аутопсий свидетельствуют о более частом метастатическом поражении костей скелета: у 23–49% пациентов с метастатической меланомой. Рентгенологическими методами сложно отличить эти метастазы от доброкачественных образований костей. Поэтому для более точной диагностики костных метастазов меланомы подходит метод сцинтиграфии и ОФЭКТ-КТ. Ниже приведены примеры пациентов с костными метастазами меланомы.

Пациентка К. 1947 г.р. При сцинтиграфии и ОФЭКТ-КТ был выявлен очаг деструкции с ободком остеосклероза по нижней замыкательной пластинке Th11 и в дне вертлужной впадины.

В Th11 отмечалось разрушение кортикального слоя. Патологическая метаболическая активность не превышала 50% (КДН 1,5). Пациент Л., 1953 г.р. При сцинтиграфии и ОФЭКТ-КТ определялся единичный очаг деструкции с остеосклеротическим ободком в дистальном метафизе левой бедренной кости с низкой метаболической активностью (КДН 1,2). Пациент К., 1980 г.р. При сцинтиграфии и ОФЭКТ-КТ были выявлены множественные очаги деструкции с остеосклеротическим ободком, местами сливающиеся между собой в метафизах правой плечевой кости, левой лучевой кости, левой большеберцовой кости, обеих бедренных костей. Патологическая метаболическая активность во всех очагах не превышала 46% (КДН 1,46).

Рентгенологическая и сцинтиграфическая картина костных метастазов меланомы достаточно специфична и отличается от всех прочих метастазов других первичных опухолей. Рентгенологические изменения, симулирующие доброкачественные образования, а сцинтиграфические отличаются низким накоплением РФП, но имеют характерное расположение. Наиболее часто метастазы меланомы локализуются в трубчатых костях (в метафизах), реже имеют субхондральное расположение плоских костях (позвонки, кости таза).

Гибридный режим ОФЭКТ-КТ позволяет более достоверно оценить морфологические и метаболические изменения костей.

Выводы.

1. Достоверными признаками метастазов меланомы является: очаги деструкции с неровным лучистым ободком остеосклероза, как с деструкцией кортикального слоя, так и без неё; типичная локализация в метафизах трубчатых костей и плоских костях в области их сочленений; низкое включение РФП во всех очагах деструкций.
2. Оптимальным методом диагностики является остеосцинтиграфия в планарном режиме и режиме ОФЭКТ-КТ для оценки распространённости процесса и верификации типичной картины костных метастазов меланомы.

*В.Е. Поспелова, Р.К. Корженевич, А.В. Киртичев,
А.И. Андрианов*

ВОЗМОЖНОСТИ МСКТ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПАТОЛОГИИ НАДПОЧЕЧНИКОВ

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»

Актуальность. Ранняя и точная диагностика заболеваний надпочечников является актуальной проблемой современной клинической медицины и радиологии, определяя необходимую терапию и прогноз заболевания. Современные данные о заболеваниях надпочечников и их визуализации на МСКТ, в большинстве случаев позволяет предположить нозологическую форму образования надпочечников.

Надпочечники представляют собой парный орган, располагающийся в забрюшинном пространстве в толще околопочечной жировой клетчатки, над верхним полюсом ипсилатеральной почки. Надпочечники состоят из двух морфофункционально самостоятельных эндокринных желез – мозгового и коркового веществ. На аксиальных срезах КТ каждый надпочечник представляет собой структуру вариабельной формы (линейной, треугольной, Y- или V- образной). В норме размеры надпочечников составляют: сагиттальный – 10–40 мм; фронтальный – 17–25 мм; вертикальный – 20–40 мм; толщина ножек – не более 6 мм.

По данным сводной аутопсийной статистики распространенность случайно выявленных опухолей надпочечников составляет до 32%, в среднем 6%.

Отмечается увеличение числа случаев образований надпочечников с увеличением возраста пациентов – среди лиц старше 50 лет частота развития опухолей составляет 3–7%, тогда как у обследованных моложе 30 лет – только 0,2%. Двусторонние образования надпочечников встречаются в 2–10% всех случаев.

Цели исследования.

1. Уточнить семиотику, особенности дифференциальной диагностики патологии надпочечников.
2. Определить информативность и эффективность метода МСКТ.

Материал и методы исследования. Проведён анализ результатов исследований КТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства пациентов с целью визуализации образования надпочечников и проведения дифференциальной диагностики.

Исследования проводились на базе отделения РКТ ЦЛД ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер» на мультиспиральном компьютерном томографе Cannon Aquilion Prime. Оценивались результаты обследования 38 пациентов за 2018–2022 год: 20 мужчин, 18 женщин, в возрасте от 18 до 76 лет, обследовавшихся на предмет выявления патологии надпочечников. КТ-исследования выполнялись в нативную фазу, затем с помощью внутривенного болюсного контрастирования в артериальную, венозную, в отсроченную фазы. Всем пациентам было проведено УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства: образования при ультразвуковом исследовании были выявлены у 11 пациентов.

Всего изменения в надпочечниках были выявлены у 24 пациентов (63%). Одностороннее поражение надпочечников отмечалось в 8 случаях (21%). Двустороннее поражение надпочечников отмечалось в 16 случаях (32%). КТ-признаки двусторонней гиперплазии (диффузная и узловая формы) было выявлено у 10 пациентов (28,9%). Гормонально-неактивная аденома – у 6 пациентов (15,7%). КТ-данные за миелолипому – у одного пациента (2,6%). У одного пациента (2,6%) с клиническими проявлениями Иценко-Кушинга: избыточная масса тела, перераспределение жира с наличием стрий на коже, «лунообразное лицо», с повышением альдостерона и ринина в крови, на КТ была выявлена кортикостерома. Синдром Кона был выявлен у одного пациента (2,6%). Лабораторные исследования: повышением уровня альдостерона выше нормы, снижением уровня калия в крови. КТ-данные за альдостерому были выявлены у одного пациента (2,6%). В биохимическом анализе крови отмечалось повышение уровня альдостерона в сыворотке, гипернатриемия, гипокалиемия; с клиническими проявлениями: повышенное АД, головные боли, мышечная слабость. КТ-данные за феохромоцитому были выявлены у 3 пациентов (7,8%), лабораторные показатели: повышение уровня адреналина и норадреналина в крови. Клиника: у всех 3 пациентов кризовая форма с повышением АД до 250-300/120-150 мм рт.ст., сопровождающаяся тахикардией, холодным потом, бледностью лица. КТ-признаки метастазов в надпочечники были выявлены у 4 пациентов (10,5%). Из них у 3 пациентов был верифицированный рак (рак толстой кишки в 2 случаях, периферический рак легкого в одном случае).

Дифференциальный диагноз образований надпочечников проводится с учетом данных анамнеза, клинико-лабораторных данных, других инструментальных методов исследования.

На КТ для постановки правильного заключения необходимо оценивать: одно- или двустороннее поражение, контуры,

денситометрическую плотность, гомогенность образования и наличие дополнительных включений, накопление и скорость вымывания контрастного вещества.

Одностороннее поражение надпочечников более характерно для миелолипомы (в 90% случаев), кист, кровоизлияния в надпочечник, феохромацитомы (до 80% случаев), альдостеромы.

Двустороннее поражение более характерно для: гиперплазии, метастазов в надпочечники, лимфомы (примерно в 50% случаев).

Кисты, альдостеромы, липоматозная струма чаще имеют гомогенную структуру. Гетерогенная структура чаще всего встречается при: миелолипоме, аденокарциноме, кровоизлиянии в надпочечник, феохромацитомах крупных размеров, кортикостеромах, нейробластомах, метастатическом поражении надпочечников, туберкулезе надпочечника.

Доброкачественные аденомы, метастазы (<3 см), феохромацитомы небольших размеров в нативную фазу могут быть неотличимы друг от друга, имеют четкие ровные контуры и мягкотканную плотность. Для уточнения диагноза необходимо проведение обследования с болюсным контрастированием с учетом клиники и лабораторных данных.

Выводы.

1. Метод МСКТ является высокоинформативным и высокочувствительным в диагностике заболеваний надпочечников.
2. КТ с применением болюсного контрастирования является «золотым стандартом» диагностики новообразований надпочечников.
3. Применение МСКТ позволяет не только диагностировать патологию надпочечников, а в некоторых случаях – предположить морфологическую природу выявленного образования.

А.А. Базюк, Е.В. Полякова, Е.Е. Волкова

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДИНАМИЧЕСКОЙ НЕФРОСЦИНТИГРАФИИ У ПАЦИЕНТОВ С НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ПОЧЕК

ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер»

Введение. Современную диагностику заболеваний мочевыводящей системы невозможно представить без рентгенологических, ультразвукового и радионуклидных исследований. При этом с помощью рентгенологических методов и ультразвукового исследования оценивают анатомию и структуру почек, мочеточников и мочевого пузыря, в то время как радионуклидные методы исследования позволяют получить информацию об их структурно-функциональном состоянии в норме и при патологии.

Актуальность. Нефросцинтиграфия позволяет обнаружить нарушения функции почек уже в начальных стадиях заболевания, когда другие методы ещё малоинформативны.

Цель – определить возможности динамической нефросцинтиграфии в оценке нарушения функции почек у пациентов с новообразованиями почек, сравнить функцию больной и здоровой почки для планирования объёма оперативного вмешательства и прогнозирования послеоперационных осложнений.

Задачи исследования: определить диагностическую эффективность нефросцинтиграфии в диагностике нарушений функции почек у пациентов с новообразованиями почек.

Материалы и методы. Исследования проводились в отделении ОРД ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер» на комбинированной системе ОФЭКТ-КТ GE Discovery 670 MN/CT с внутривенным введением 200 МБк РФП Tc-99m-МАГЗ («Технемаг»).

В 2022 г. в отделении ОРД ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер» было проведено 286 динамических нефросцинтиграфий. Из них 214 человек было направлено с диагнозом новообразование почки неясного гистогенеза. Из них у 116 человек были выявлены образования (54%). У 98 человек образования не визуализировались из-за малых размеров опухоли (46%).

В зависимости от объёма поражения почечной паренхимы опухолью были выявлены следующие нарушения секреторно-эвакуаторной функции почек.

1. До 1/3 поражения почки опухолью: лёгкой степени – 48%, средней степени – 15%, тяжёлой степени – 3%, по изостенурическому типу – 9%, по афункциональному типу – 1%, по обструктивному типу 3%, не выявлено нарушения функции – 13%. Контрлатеральной почки: лёгкой степени – 63%, средней степени – 20%, тяжёлой степени – 1%, по изостенурическому типу – 1%, по афункциональному типу – 1%, не выявлено нарушения функции – 14%.
2. От 1/3 до 2/3 поражения почки опухолью: лёгкой степени – 25%, средней степени – 17%, тяжёлой степени – 4%, по изостенурическому типу – 25%, по афункциональному типу – 13%, по обструктивному типу – 13, не выявлено нарушения функции 3%. Контрлатеральной почки: лёгкой степени 70%, средней степени – 22%, не выявлено нарушения функции – 8%.
3. Более 2/3 поражения почки опухолью – было выявлено нарушение секреторно-эвакуаторной функции по афункциональному типу в 100%. Контрлатеральной почки: лёгкой степени – 56%, средней степени – 44%. У 46% пациентов опухоль, которых не визуализировалась нарушение секреторно-эвакуаторной функции поражённой почки (по УЗИ, КТ, МРТ): лёгкой степени – 42%, средней степени – 14%, тяжёлой степени – 2%, по изостенурическому типу – 12%, по афункциональному типу – 14%, по обструктивному типу – 8%, не выявлено нарушения функции – 8%. У контрлатеральной почки: лёгкой степени – 59%, средней степени – 18%, тяжёлой степени – 3%, по изостенурическому типу – 1%, по афункциональному типу – 2%, по обструктивному типу – 3%, не выявлено нарушения функции – 14%.

Выводы.

1. Нефросцинтиграфия показала высокую информативность в обнаружении нарушений функции почек у пациентов с новообразованиями почек. С увеличением объёма поражения почечной паренхимы опухолью возрастает процент тяжёлых нарушений секреторно-эвакуаторной функции почки. Изменения функции контрлатеральной почки от функции поражённой почки не зависят. Поэтому для дальнейшего лечения нужен индивидуальный подход.

2. Нефросцинтиграфия показала высокую информативность в оценке отдельной функции больной и здоровой почки для планирования объема оперативного вмешательства и прогнозирования послеоперационных осложнений.

*С.Н. Сорокина, Е.В. Страхова, Г.А. Гашкова,
В.Н. Селифонов*

ПОСТНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ПИЕЛОЭКТАЗИИ У ПЛОДА

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

Актуальность проблемы. Аномалии развития органов мочевой системы занимают 3 место среди пренатально выявленных ВПР. Среди обструктивных уропатий особое место занимает пиелоектазия и ее удельный вес в структуре ВПР МС составляет 50–70%. Именно она является маркером других урологических заболеваний, нередко завершающихся серьезными осложнениями. Под маркой пиелоектазии в ходе гестации наиболее часто в постнатальном периоде выявляется гидронефроз 2–4 степени, обструктивный мегауретер, пузырно-мочеточниковый рефлюкс, интравезикальная обструкция и другие аномалии. Наконец, пиелоектазия нередко является маркером – зачастую единственным – генетических аномалий плода.

Цель исследования – оценка перинатальных исходов изолированной пиелоектазии у плода для определения пренатальной тактики ведения беременных.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе Перинатального Центра ГУЗ «Ульяновская областная детская клиническая больница им. политического и общественного деятеля Ю.Ф. Горячева» на протяжении 2022 г. В основную группу вошли 112 пациенток. Критерием включения было наличие у плодов пиелоектазии в сроки гестации 19–40 недель и отсутствие пороков развития. Критерием пиелоектазии было наличие расширения лоханки без изменения толщины паренхимы в аксиальной плоскости сканирования 5 мм и более во 2 и 7 мм и более в 3 триместрах беременности. Ультразвуковое исследование плода выполнялось на аппаратах GE Voluson E6 и GE Voluson E8. УЗ-обследование беременных с целью выявления ВПР проводилось в сроки 2 ультразвукового

скрининга (19–21 нед.). Беременные, включенные на данном этапе в основную группу исследования, в дальнейшем осматривались каждые 3-4 недели до момента родоразрешения. Контрольную группу составили 56 женщин с физиологическим течением беременности, родивших здоровых доношенных детей с оценкой по шкале Апгар 8-10 баллов.

Результаты исследований и их обсуждение. В группе исследования мальчики значительно преобладали над девочками – 86 (76,8%) и 26 (23,2%) соответственно. Односторонние пиелоэктазии выявлены у 75 (67%), двусторонние – у 37 (33%) плодов. В ходе динамического наблюдения положительная динамика (уменьшение степени пиелоэктазии на 0,5 мм или более) спустя 3–4 недели наблюдалась у 41 пациентки, что составило 36,6%, отсутствие динамики (колебание значений ширины просвета лоханки +/- 0,5 мм от исходного значения) – у 61 плода (54,4%) и отрицательная – у 10 плодов (увеличение расширения лоханки на 0,6 мм и более от исходного уровня), что составило 9%. При дальнейшем наблюдении плодов с отрицательной динамикой и отсутствием ее увеличение пиелоэктазии отмечалось у 8 плодов (7,1%). У 31 плода (27,7%) отмечалось сохранение пиелоэктазии на протяжении всей беременности без значимых колебаний в сторону усугубления ситуации. Остальные 73 (65,2%) беременные основной группы имели положительную динамику и родили детей без каких-либо отклонений со стороны органов МВС. Среди всех новорожденных основной группы у 13 (11,6%) пиелоэктазия сохранилась и в постнатальном периоде, при этом значительного ее прогрессирования вплоть до гидронефроза почек не произошло ни в одном случае, новорожденные не нуждались в экстренных переложах в первые дни жизни. Таким образом, 99 новорожденных (88,4%) с пренатальными нарушениями уродинамики в наблюдении и лечении не нуждались. У этих детей пренатальная пиелоэктазия не превышала 8 мм, размеры почек и толщина паренхимы соответствовали возрасту, после рождения нарушения уродинамики исчезли самостоятельно.

Выводы. В ходе исследования не получено убедительных данных за развитие серьезных нарушений уродинамики у детей с умеренной пиелоэктазией, не прогрессирующей на протяжении беременности. У 88,4% новорожденных происходит саморазрешение пиелоэктазии в раннем неонатальном периоде.

Д.Н. Солнцев, А.В. Бырина

РАССЛАИВАЮЩАЯ АНЕВРИЗМА АОРТЫ НА ФОНЕ СИНДРОМА МАРФАНА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

ООО «Азбука Здоровья» (клиника «Нева»)

Синдром Марфана представляет собой аутосомно-доминантное заболевание с зарегистрированной частотой 1 на 3000–5000 человек, по другим данным – 1 на 10000–20000 человек. Существует широкий диапазон клинической тяжести: от изолированных признаков до неонатальных проявлений тяжелого и быстро прогрессирующего заболевания, вовлекающего несколько систем органов. Синдром связан с классическими нарушениями зрения, патологией сердечно-сосудистой системы и опорно-двигательного аппарата, хотя также может иметь место поражение легких, кожи и центральной нервной системы. Снижение ожидаемой продолжительности жизни происходит в первую очередь из-за аортальных осложнений.

Факторы риска синдрома Марфана. Единственный известный фактор риска – наличие у родителей синдрома Марфана.

Диагностика синдрома Марфана. Люди с синдромом Марфана демонстрируют различные комбинации симптомов. Основные методы диагностики: сбор анамнеза, физикальный метод, инструментальная диагностика, лабораторная диагностика (генетический тест на мутацию гена фибриллина-1).

В данной статье описан случай расслаивающей аневризмы аорты на фоне синдрома Марфана.

На прием к врачу ультразвуковой диагностики клиники «Нева» самостоятельно обратился мужчина 29 лет для проведения эхокардиографии (ЭхоКГ). Жалобы при обращении: интенсивные жгучие боли в груди в течение недели, вызывал СМП, снята ЭКГ, патологии не выявлено, не госпитализирован. Из анамнеза: с детства наблюдался с синдромом Марфана. При проведении ЭхоКГ выявлена расслаивающая аневризма аорты на уровне синусов Вальсальвы (диаметр до 55 мм) и синотубулярного соединения (до 50 мм) с локацией в данном участке интимального лоскута, эктазия восходящего отдела аорты (до 40 мм), аортальная регургитация 3 степени. Пациент экстренно госпитализирован в ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница», проведена компьютерная томография органов грудной клетки, после болюсного внутривенного контрастного усиления определено расширение

синотубулярного отдела аорты с переходом на восходящий отдел максимально до 57×55 мм на протяжении 61 мм, дуга аорты диаметром до 20 мм, нисходящий отдел – до 22 мм. Пациент проконсультирован кардиохирургом и направлен для оказания высокотехнологичной медицинской помощи в ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии им. С.Г. Суханова» МЗ РФ (г. Пермь), где выставлен диагноз расслаивающей аневризмы аорты (1 тип по De Bakey), выраженной недостаточности аортального клапана, подтвержден интраоперационно при чреспищеводной ЭхоКГ, проведена операция Дэвида (протезирование корня аорты с сохранением собственного аортального клапана), пациент выписан на 16-й день в удовлетворительном состоянии под наблюдение кардиолога по месту жительства. В течение первого месяца после операции (на момент написания статьи) самочувствие остается удовлетворительным, пациент жалоб не предъявляет.

Таким образом, эхокардиография позволила своевременно диагностировать угрожающее жизни пациента состояние и направить в профильное отделение для оказания медицинской помощи, что подтверждает ее ценность для ранней неинвазивной экономически выгодной диагностики заболеваний сердца и сосудов.

*Е.В. Картламаева, И.В. Китаева, Л.В. Шеймухова,
Ю.А. Платова*

ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ В ОТДЕЛЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ВЗРОСЛЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ НОВУЮ КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ

ГУЗ «Городская клиническая больница
святого апостола Андрея Первозванного»

Актуальность проблемы. Реабилитация взрослых, перенесших коронавирусную инфекцию, – это специально организованный процесс, который требует мультидисциплинарного подхода к восстановлению физического, психического и личностного благополучия. Реабилитационное психологическое сопровождение включает в себя несколько направлений: психодиагностическое, психокоррекционное, психотерапевтическое и консультационное, работу с семьей и окружением пациента, взаимодействие со специалистами мультидисциплинарной бригады.

Цель исследования – оценка особенностей когнитивных нарушений, психоэмоционального состояния пациентов, перенесших новую коронавирусную инфекцию.

Методы исследования. Монреальская шкала оценки когнитивных функций (МОСА), госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), шкала астении MFI-20, шкала оценки ночного сна. Исследование проводилось на базе отделения медицинской реабилитации взрослых ГУЗ «Городская клиническая больница святого апостола Андрея Первозванного». Выборка состояла из 100 человек (32 мужчины, 68 женщин), средний возраст составил 66 лет (от 33 до 84 лет).

Результаты входной диагностики выявили умеренные когнитивные нарушения у 36% испытуемых, 34% составляют выраженные когнитивные дисфункции с вероятностью неврологической симптоматики. Согласно госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS), субклинически выраженная тревога диагностируется у 24% пациентов, клинически выраженная тревога у 20%. Показатель субклинически выраженной депрессии составил 10%, в то время как клинически выраженная депрессия выявлена у 20% пациентов. Показатель общей астении

выражен у 63 испытуемых, повышенный показатель физической астении отмечается у 61%, показатель психической астении соответствует среднему уровню у 47%. Значительные нарушения сна фиксируются у 40% пациентов, 37% отмечают легкие нарушения сна. В процессе диагностического мониторинга выявлено, что субъективная оценка пациентов своего состояния напрямую зависит от сопутствующих индивидуальных факторов у пациентов: потеря близких, отсутствие поддержки ближайшего окружения, степени снижения качества жизни в период пандемии, потеря трудоспособности и социальной активности и других. В рамках психологической реабилитации проводились групповые релаксационные, психотерапевтические занятия и занятия на коррекцию когнитивных функций. Отдельная индивидуальная консультативная работа проводилась для лиц, переживающих негативные психические состояния: повышенная тревожность, апатия, нарушения сна, постоянная усталость, страхи, депрессивные настроения, суицидальные мысли, агрессивность, вызванные не только перенесенным заболеванием, но и общими последствиями пандемии, затронувшими все сферы жизнедеятельности человека.

Выводы. Следует отметить, что работа психолога важна не только в контексте восстановления каких-либо утраченных психических функций пациента, но и в направлении работы с установками, мотивацией, выстраивания доверительного контакта со специалистами всей мультидисциплинарной бригады для повышения реабилитационного потенциала и улучшения качества работы в целом.

И.В. Китаева, Е.В. Картламаева, Л.В. Шеймухова

ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХОКОРРЕКЦИОННОЙ ПРОГРАММЫ ДЛЯ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ПОДХОДА

ГУЗ «Городская клиническая больница
святого апостола Андрея Первозванного»

Актуальность проблемы. Социологические опросы показывают, что 70% детей начальной школы испытывают трудности в освоении школьных навыков при сохранном интеллекте и познавательной активности. Незаметные признаки недостаточной сформированности

познавательной сферы проявляются, в том числе, в нарушениях поведения из-за сложностей освоения социальных навыков. Поэтому родители не всегда способны понять, что страдают функции мышления, памяти, внимания. Незнание родителями психологических особенностей, образовательных возможностей и способностей детей, как правило, приводит к конфликтам в образовательном учреждении и дома. Родители, интересующиеся темой развития детей, акцентируют свое внимание на интеллектуальных обучающих занятиях, которые иногда противоречат возрастным закономерностям развития. Упускается необходимость чередования умственных нагрузок и двигательной активности для гармоничного всестороннего развития ребенка. Соответственно, при отсутствии своевременной помощи семье, коррекции у ребенка пока только функциональных нарушений, наблюдается тенденция к задержке возрастного развития, проседание зоны ближайшего развития, стигматизация ребенка из-за его неудач, дальнейшее снижение группы здоровья.

Цель исследования – психологическая коррекция детей через программу регулярных групповых психокоррекционных занятий.

Методы исследования: методики исследования познавательных процессов (10 слов, шифровка, методика исследования словесно-логического мышления (МИСЛМ), проективные методики (модифицированный восьмицветовой тест Люшера, «Человек под дождем»), скрининг-диагностика эмоциональных состояний и психического напряжения у детей (заполняется родителями). Программа реализовывалась на территории Заволжского района на базе поликлинического отделения №2 ГУЗ «Городская клиническая больница святого апостола Андрея Первозванного» с 19 января 2022 года по 20 декабря 2022 года. Количество участников программы: 24 ребенка и 26 взрослых. Возраст детей составил 7–10 лет. Психокоррекционная программа дополнительно включала в себя регулярные нейропсихологические упражнения с использованием нейротренажеров, развивающие межполушарное взаимодействие и помогающие преодолевать функциональную незрелость мозга и корректировать нарушения психоречевого развития.

По результатам исследования, при проведении повторной скрининг-диагностики выявлено снижение показателей по следующим шкалам: вегетативные дисфункции (30%), расстройства сна (36%), повышенная тревожность (20%), привычные действия (60%), экстрапунитивная агрессия (24%). Наблюдается изменение показателей познавательных способностей: наиболее высокий рост получен в улучшении свойств внимания (66% испытуемых). Динамика развития памяти у 40% участников программы, мышления – у 33%. Проективные методы фиксируют рост

уверенности в себе, снижение ситуативной и личностной тревожности, развитие критики к себе и своим действиям, саморефлексии в целом. Родители в обратной связи по завершении программы отмечают общее улучшение эмоционального фона, взаимоотношений в семье, в школьном коллективе и адаптационных способностей. Также наблюдается развитие общей моторики, равновесия, укрепление вестибулярного аппарата.

Выводы. Психокоррекционные групповые занятия с детьми младшего школьного возраста в виде социально-психологического тренинга в сочетании с нейрокоррекционным подходом дают устойчивую положительную динамику в развитии детей. Программа позволяет своевременно скорректировать сложности, которые испытывает ребенок в овладении школьных навыков, межличностном взаимодействии, координации движений и многих других проблемах.

Л.В. Рожнова

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ С ОТЯГОЩЕННЫМ АКУШЕРСКИМ АНАМНЕЗОМ

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

Актуальность. Период беременности является для женщины периодом серьезных изменений в жизни, который во многих случаях сопровождается такими тревожными переживаниями, как проявление признаков адаптации организма и личности к новому состоянию. Немаловажное значение для текущей беременности имеет опыт предыдущих беременностей, при этом особое отношение уделяется женщинам с отягощенным акушерским анамнезом (ОАА). Число женщин в России с ОАА составляет около 80%, причем их количество из года в год не уменьшается и держится на одном уровне. Выкидыш, замершая, внематочная беременность, внутриутробное инфицирование плода, ток-сикозы, смерть ребенка после родов оставляют в душе женщины неизгладимый след, особенно если это ее первый ребенок. Большую роль в возникновении угрозы «невынашивания» и преждевременных родов, кроме социально-биологических факторов и наличия заболеваний у женщины, играют психологические факторы, которые негативно влияют на текущую беременность, осложняя ее течение.

Цель – изучение отмечающихся эмоциональных нарушений у женщин с ОАА и оценки эффективности психокоррекционных и психотерапевтических методов лечения для благополучного завершения беременности.

Методы. Исследование было проведено в условиях женской консультации ГУЗ «Центральная клиническая медико-санитарная часть имени заслуженного врача России В.А. Егорова» в период с мая по ноябрь 2022 г. Личностная и ситуативная тревожность оценивались по опроснику Спилбергера-Ханина, наличие депрессивного состояния с помощью ДЕПС-шкалы – шкалы депрессии. Для определения типа отношения к беременности и готовности к предстоящему материнству использовался тест И.В. Добрякова (ТОБ), отражающий пять различных типов психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД).

Результаты. В исследование были включены 42 беременные, имеющие в анамнезе самопроизвольные аборты, искусственное прерывание беременности, пороки развития плода, хромосомную патологию плода или экстрагенитальную патологию. Средний возраст женщин составил 20–40 лет. Первую беременность имели 4%, вторую – 40,2%, третью и последующую – 55,8%. На первом этапе было проведено проспективное исследование и анкетирование 42 беременных в сроке 12–41 неделю, на основе которого определялся социальный портрет женщины, психоэмоциональное состояние и отношение женщины к беременности. В основную (экспериментальную) группу наблюдения были включены 20 беременных с повышенным уровнем тревоги и высоким уровнем психологического стресса, входящих в группу высокого риска или имеющие клинику угрозы преждевременных родов. Контрольную группу составили 22 беременные, не входящих в группу риска на развитие преждевременных родов. Психологическое сопровождение беременных с ОАА осуществлялось с момента взятия на учет в женскую консультацию. После получения результатов первичной диагностики были начаты психокоррекционные мероприятия. Использовались следующие психотерапевтические методики: индивидуальная рациональная психотерапия, психоаналитическое консультирование, телесно-ориентированная психотерапия, АРТ-терапия, методики психической саморегуляции, дыхательные упражнения для снятия тревожности и релаксации. По результатам исследования в основной группе высокий уровень ситуативной и личностной тревожности был выявлен у 60%, средний уровень – у 32%, низкий – у 8%, что, несомненно, оказывает негативное влияние на течение беременности и ее исход. В группе сравнения высокий уровень личностной тревожности у 35%, средний – у 25% пациенток, низкий уровень – у 40%. Наличие депрессии по шкале DEPS было выявлено

в основной группе у 9 женщин (45%) и у 3 женщин в группе сравнения (13,6%). В обеих группах определялся психологический компонент гестационной доминанты (ПКГД), который имеет большое значение как для женщины, так и для будущего ребенка и связан с особенностями протекания беременности. В ходе исследования было обнаружено: чем больше проявляется эмоциональная нестабильность, повышенная тревожность, тем менее адаптивным является тип ПКГ. Проведение психокоррекционных мероприятий у женщин, входящих в группу высокого риска и имеющих клинику угрозы преждевременных родов, дало улучшение психоэмоционального состояния будущей матери в порядка 67% случаев, что оказало положительное влияние на формирование доминанты родов.

Выводы. Таким образом, психологический стресс женщины неблагоприятно влияет на течение беременности, родов, состояние плода, здоровье ребёнка. Психическое напряжение, повышенная тревога, депрессия, неадекватные механизмы преодоления стресса являются этиологическими факторами возникновения акушерских осложнений, причинами спонтанного аборта или преждевременных родов. Проведение психокоррекционных занятий с женщинами с ОАА, находящимися в группе риска, способствует стабилизации эмоционального фона, повышает уровень психической адаптации и психологической готовности к материнству, что в свою очередь уменьшает угрозу «невынашивания» текущей беременности и её самопроизвольное прерывание.

Е.В. Демидова

ПСИХОКОРРЕКЦИОННАЯ РАБОТА С ТРЕВОЖНЫМИ ДЕТЬМИ. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВКЛЮЧЕНИЯ СЕМЬИ В ПСИХОКОРРЕКЦИОННЫЙ ПРОЦЕСС

ГУЗ «Детская городская клиническая больница города Ульяновска»

Актуальность. По результатам проведенного анализа работы медицинского психолога Поликлиники №2 ГУЗ «Детская городская клиническая больница г. Ульяновска», в 21% от общего количества обращений прослеживается тревожная симптоматика у детей. В детском возрасте, когда еще не выработаны способы борьбы со стрессом, тревога, интенсивно длительно переживаемая ребенком, препятствует формированию адекватного поведения и может стать

одной из составляющих причин дезорганизации психической деятельности.

Целью исследования является оценка эффективности включения семьи в психокоррекционный процесс.

Методы исследования. В течение одного года для реализации цели в исследовании участвовали 40 семей. Возраст детей от 5 до 7 лет (17 мальчиков, 23 девочки), (40 родителей). Диагностический инструментарий включал в себя: наблюдение, беседу, анамнестический метод, экспериментально-психологический метод (Рисуночный тест «Рисунок семьи», методика Э.Г. Эйдмиллера и В.В. Юстицкиса «Анализ семейных взаимоотношений» (АСВ), тест тревожности Р. Тэмпл, В. Амен, М. Дорки).

Результаты. Работа состояла из нескольких этапов. На первом этапе была изучена медицинская документация, сформирован доверительный контакт с ребенком и его семьей, определены причины психологической проблемы, осуществлен подбор психокоррекционных средств (песочная терапия, арт-терапия, недирективная игровая терапия, сказкотерапия), совместные с родителями психокоррекционные сеансы, индивидуальные клиничко-психологические консультации для родителей. Работа запланирована на 15 сеансов, 2 раза в неделю. После 7-го сеанса родители из трех семей ввиду занятости перестали посещать совместные сеансы, делегировав это другим сопровождающим детей лицам. 9 семей полностью провели психокоррекционную работу, для 28 детей были проведены индивидуальные сеансы (родителям, в силу их занятости и других причин, проведена однократная индивидуальная консультация). По результатам первичной психодиагностики родителей (АВС) выявлено: чрезмерность требований – запретов – 27,5%; вынесение конфликта между супругами в сферу воспитания – 37,5%; проекция на ребенка собственных нежелательных качеств – 20%; игнорирование потребностей ребенка – 15%. По результатам исследования теста тревожности Р. Тэмпл, В. Амен, М. Дорки выявлена у всех исследуемых детей высокая степень тревожности. После проведенной психокоррекционной работы, совместной с родителями, у 40% детей снизился уровень тревожности до низких значений, у 60% детей (без участия родителей) уровень тревожности снизился до средних значений.

Выводы: искаженные представления родителей о различных аспектах семейных взаимоотношений, о способах разрешения конфликтных ситуаций в семье, о стилях семейного воспитания ребенка являются фактором риска детской тревожности. Включение

в психокоррекционный процесс семьи является эффективным способом психокоррекции детской тревожности. С помощью игровых методов дети выражают свое состояние, а изменение сюжетных линий в игре, способах использовать игрушки и материалы, лучше слов говорят об изменениях в душе ребенка во время психокоррекционной работы.

Д.В. Грищук, Е.Ф. Маханова

САМОРЕГУЛЯТОРНЫЕ ПРОЦЕССЫ ПРИ АДАПТАЦИИ К ОБУЧАЮЩЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»

Достижение целей студентом в образовательной деятельности во многом зависит от способности к психической саморегуляции Т.М. Панкратова (2011). Смысложизненная ориентация формируется под влиянием саморегуляторных процессов личности, оказывая влияние на успешность обучающей активности А.А. Шак (2022). Вопрос психической саморегуляции изучен детально в многих областях, в том числе в образовательной деятельности В.И. Моросанова (2010), О.А. Конопкин (2004). Физиологические процессы организма обеспечивающие успешность адаптации путем саморегуляции на уровне личности изучены недостаточно, имеющиеся данные носят противоречивый характер.

Материалы и методы. Обследовано 86 студентов 2 курса медицинского факультета. Согласно академической успеваемости выделены группы «высокой успеваемости» со средним баллом более 4, и «низкой успеваемости» со средним баллом менее 4. Психическую саморегуляцию оценивали по методике В.И. Моросановой «Стиль саморегуляции поведения – ССП-98». Физиологическую саморегуляцию оценивали путем тестирования на психофизиологическом комплексе «Реакор». Статистическую обработку проводили с использованием прикладных программ Statistica 6.1 и Excel теста Манна-Уитни, корреляционного анализа по Спирмену, методу углового преобразования Фишера.

Результаты и обсуждения. Из 86 обследованных студентов 65% имели средний балл менее 4 и были отнесены в группу «низкой успеваемости». Статистически достоверных различий по всем шкалам опросника ССП-98 в группах выявлено не было. Наблюдалась тенденция к более высокому баллу по шкале планирования в группе студентов

с низкой успеваемостью ($p=0,09$). Корреляционный анализ также не выявил взаимосвязи успеваемости с показателями психической саморегуляции.

Группа студентов с высоким уровнем психической саморегуляции отличалась более выраженной симпатической реакцией на стрессовые стимулы, что проявлялось в большей активации сердечно-сосудистой системы и уровне кожно-гальванической реакции. При этом в группе студентов с высокой академической успеваемостью анализ показал прямую взаимосвязь между уровнем альфа-ритма с закрытыми глазами в левом и правом полушарии со средним баллом за экзамены ($r=0,4$). Академическая успешность студентов была прямо пропорциональна выраженности дельта 2-ритма и его ростом на этапе тренинга в левом и правом полушарии ($r=0,4$ слева, и $0,3$ справа). Разницы в выраженности высокочастотных ритмов в изучаемых группах не выявлено.

Выводы: высокая адаптация путем напряжения саморегуляторных процессов происходит с значимым возбуждением физиологических процессов организма. При этом академическая результативность с одной стороны сопряжена с ростом показателей утомления нервной системы, с другой стороны, она коррелирует с имеющимся ресурсом в виде сохранного альфа-ритма мозга.

С.А. Колчина

ВЛИЯНИЕ СЕТИ ИНТЕРНЕТ НА ФОРМИРОВАНИЕ СУИЦИДАЛЬНЫХ МЫСЛЕЙ И НАМЕРЕНИЙ У ПОДРОСТКОВ. КЛАСТЕРНЫЕ САМОУБИЙСТВА

**ГКУЗ «Ульяновская областная клиническая психиатрическая
больница имени В.А. Копосова»**

Актуальность. Суицидальный кластер – это ситуация, когда за определенный промежуток времени и в определенном месте происходит большее число суицидов, чем ожидалось, включает три и более смертельных исхода. Увеличение подростковых суицидов вызывает особую тревогу в современном мире. Перенос межличностного общения из реального мира в киберпространство ведет к снижению регулирующего влияния социальных норм на поведение. В виртуальной среде суицидальное поведение воспринимается подростком как имеющее эфемерные последствия, нарушает реальный прогноз своих действий.

Цель – выявление факторов риска кластерных подростковых суицидов путем психологического анализа посмертных комплексных психолого-психиатрических экспертиз несовершеннолетних, проведенных на базе отделения АСПЭ ГКУЗ «Ульяновская областная клиническая психиатрическая больница имени В.А. Копосова» за период с 2018 по 2022 гг.

Методы. Ретроспективный клинико-психологический анализ комплексных посмертных судебных психолого-психиатрических экспертиз с изучением приобщенных к уголовным делам интернет-материалов.

Результаты. В период с 2018 по 2022 год в отделении амбулаторной судебной экспертизы было проведено 39 посмертных комплексных психолого-психиатрических экспертиз по факту завершенных подростковых суицидов. Среди подэкспертных 29 мальчиков, 10 девочек. 22 подростка воспитывались в неполных семьях, 7 – в опекунских и приемных семьях, 10 подростков проживали и воспитывались в полных внешне благополучных семьях. Для социально неблагополучных подростков было характерно импульсивное суицидальное поведение, у них выявлялись различные отклонения в поведении, что существенно ослабляло механизм их психологической защиты и способность противостоять жизненным трудностям. Анализ приобщенной к уголовным делам интернет-продукции социально благополучных подростков доказывает, что существенное влияние на формирование у них суицидальных мыслей и намерений оказало их участие в специальных закрытых группах и играх суицидальной направленности. Эти самоубийства можно отнести к кластерным. При внешнем благополучии и успешности в учебе психическое состояние этих подростков в период, предшествовавший смерти, характеризовалось некоторым снижением фона настроения, чувством одиночества и эмоциональной отгороженности, а также проявлением несвойственных им ранее черт – вспыльчивости, резкости, ранимости. В онлайн-переписке и в общих чатах имеются свидетельства о том, что дети увлекались музыкой и стихами с суицидальным подтекстом, рассуждали на тему жизни и смерти, стремились подражать героям фильмов «Аниме», размещали мрачные фото и иллюстрации, посылали фото царапин и порезов на руках. Под воздействием интернет-продукции смерть представлялась самым легким выходом из любой жизненной ситуации, будь то обида на недостаток внимания или желание прославиться, сам факт самоубийства приобретал для подростков романтическую окраску, они заранее планировали суицид, выбирали способ и время, прощались с друзьями, при этом скрывали от родителей свои намерения. Окружающие либо ни о чем не догадывались, либо не принимали всерьез суицидальные намерения этих детей. Отмечаются два случая парных суицидов (онлайн-договоренность),

два случая завершённых суицидов (учащихся одной школы), один случай (в ходе компьютерной игры), а также случай завершённого суицида, когда социально благополучная девочка-подросток из полной семьи проводила открытую прямую трансляцию своих действий, переписываясь с друзьями и получая «лайки».

Выводы. В современном мире происходит большое количество подростковых кластерных суицидов, когда на формирование суицидальных мыслей и намерений ребенка оказывает влияние участие в интернет-играх и группах суицидальной направленности. Необходимо проводить работу по выявлению и оказанию доступной помощи тем подросткам, которые не попадают в очевидную группу риска.

Д.В. Грищук, М.А. Альберт

ПСИХОКОРРЕКЦИОННЫЕ МИШЕНИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»

Актуальность. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является одной из основных причин высокой смертности больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Примерно 30% больных с ХСН подвергается повторной госпитализации в течение 1 года.

Цель исследования – изучить психологические особенности личности и пути их коррекции у больных с ХСН.

Материалы и методы исследования. Обследовано 80 больных с ХСН I – IV ФК различной этиологии на базе Центральной городской клинической больницы. Клиническое состояние больного оценено при помощи шкалы оценки клинического состояния (ШОКС) и шкалы выраженности симптомов больных с ХСН (Г.Е. Гендлин). Для оценки качества жизни использованы опросник Миннесотского университета (MLHFQ) и анкета SF-36. Всем больным проведено ЭХО-КС.

При психодиагностическом обследовании использованы сокращенный вариант ММРІ (Мини-мульти), шкалы тревоги и тревожности Спилберга, шкала депрессии Цунга (The Zung self-rating depression scale), опросник Плутчика-Келлермана-Конте.

Статистическая обработка данных проведена с использованием методов параметрической и непараметрической статистики.

Результаты исследования. ХСН I ФК была диагностирована у 6 больных (7,5%), II ФК – у 30 больных (37,5%), III ФК – у 36 больных (45%) и IV ФК – у 8 больных (10 %). Среднее значение качества жизни по Миннесотской шкале составило $50,6 \pm 19,9$. По шкалам опросника SF-36 получены следующие результаты: физическое функционирование (PF) = $28,9 \pm 18,2$; влияние физического состояния на ролевое функционирование (RP) = $13,2 \pm 21,9$; выраженность болевого синдрома (BP) = $34,4 \pm 23,5$; общее состояние здоровья (GH) = $26,5 \pm 13,9$; витальность (энергичность) (VT) = $27,8 \pm 18,0$; социальное функционирование (SF) = $48,3 \pm 26,4$; влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование (RE) = $26,8 \pm 33,6$; психическое здоровье (MH) = $46,5 \pm 21,5$.

Уровень тревоги оценивали при помощи опросника Спилберга-Ханина. Лица, имеющие высокий уровень реактивной (ситуационной) тревожности составили 14,3%, в то время высокий уровень личностной тревожности был выявлен у 71,4% больных. Отмечено, что больные, страдающие ИБС, имели значимо более высокий уровень личностной тревожности в сравнении с пациентами без ИБС ($p=0,02$). Также отмечена обратная корреляционная связь между уровнем личностной тревожности и качеством жизни по шкале SF-MH (психическое здоровье) ($r=-0,720$, $p=0,006$).

В то же время лишь 4 (7%) больных имели легкое депрессивное состояние ситуативного или невротического генеза, а 56 (93%) больных не имели депрессии.

При оценке механизмов психологической защиты получены следующие показатели: вытеснение – $38,7 \pm 18$, регрессия – $32,6 \pm 16,4$, замещение – $21,3 \pm 16$, отрицание – $58,3 \pm 13,4$, проекция – $72,3 \pm 26,6$, компенсация – $34 \pm 22,6$, реактивные образования – $53,3 \pm 15,9$, рационализация – $62,7 \pm 21,8$. Таким образом, преобладают неэффективные механизмы защиты, как проекция, отрицание и реактивные образования. При анализе шкал опросника Мини-мульт наиболее высокие показатели выявлены по шкалам ипохондрия ($76 \pm 10,2$), психастения ($65 \pm 9,8$), истерия ($61 \pm 12,2$) и шизоидность ($62 \pm 11,09$).

Выводы. Психокоррекционные мероприятия у больных с ХСН должны быть направлены на коррекцию личностной тревожности, ипохондрии, психастении и шизоидности. Вероятно, проекционные защитные механизмы препятствуют эффективному лечению. Депрессия не является мишенью коррекции.

Т.Л. Павлова

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕТОДОВ МЕТАКОГНИТИВНОЙ ТЕРАПИИ

ГКУЗ «Ульяновская областная клиническая психиатрическая
больница имени В.А. Копосова»

Актуальность. В последние два десятилетия психосоциальная реабилитация является одним из наиболее динамично развивающихся направлений психиатрии. Основные задачи: восстановление личностного, социального, трудового статуса психически больных и закрепление результатов проведенного лечения. Применение только биологических методов лечения недостаточно. Шизофрения – это сложное психическое расстройство. Его основные симптомы – бред, галлюцинации и нарушения личности. Главенствующим остается психофармакологический метод. Вместе с тем давние предубеждения против психотерапии шизофрении все больше подвергаются сомнению. Ввиду определенного количества пациентов, на которых нейрелептики действуют неэффективно или которые бросают лечение из-за побочных эффектов или непонимания его целесообразности, все большее значение приобретает исследование психотерапевтических и когнитивных терапевтических методов. Особенно эффективным дополнением фармакотерапии оказались когнитивно-поведенческие техники.

Цель. Выявление эффективности применения методов и приемов метакогнитивного тренинга (МКТ) в реабилитации больных шизофренией. Задача терапии – помочь пациенту осознать собственное искаженное восприятие действительности и побудить его осмыслить, комментировать и менять свой подход к решению проблем.

Методы. Программа метакогнитивного тренинга, состоящая из 8 модулей, ориентированных на типичные нарушения в когнитивных процессах. Для оценки выраженности бреда использовались: шкала ошибок психотических симптомов (PSYRATS, Haddock, McCarron, Tarrier, 1999); шкала оценки агрессивности, шкала тревожности Спилберга.

Результаты. Занятия проводились на базе 3 мужских отделений, частота проведения занятий – 2 раза в неделю, в течение двух месяцев. Две группы – с использованием МКТ, одна группа контрольная, в которой проводились занятия по психосоциальной

реабилитации (тренинг социальных и когнитивных навыков) без применения программы МКТ. Количество пациентов в группах составляло в среднем 6 человек. Возраст участников группы от 19 до 49 лет, диагноз – F20 (шизофрения). Важным условием включения в тренинг является способность пациента концентрировать внимание в течение занятия, а также сохранять упорядоченное поведение. Результаты оценки эффективности показали, что участие пациентов всех трех групп в тренингах способствовало уменьшению тревоги, напряженности, враждебности, улучшению навыков вербального и невербального общения, а также формированию продуктивных, социально приемлемых форм поведения. Но в группах, где была задействована программа МКТ, лучше развивалась произвольная регуляция поведения, участники в большей степени начинали контролировать свои действия, чаще задумывались о последствиях или ретроспективно анализировали свое поведение, пытались понять, что стало причиной той или иной реакции окружающих. Кроме этого, отмечалось появление эффективных способов преодоления трудностей в различных сферах психической деятельности. К концу цикла занятий члены группы чаще занимали активную позицию в преодолении своих трудностей, становились более самостоятельными и социально компетентными. Отмечалось значительное улучшение взаимоотношений в семье за счет снижения подозрительности и изменения атрибутивного стиля пациентов.

Выводы. Все большее число данных свидетельствует о том, что включение психосоциальных вмешательств в комплексную терапию на разных этапах психиатрической помощи оказывается эффективным в отношении сокращения сроков стационарного лечения, уровня повторных госпитализаций, длительных и частых госпитализаций, улучшения различных показателей социального функционирования больных, уменьшения нагрузки на семью. Использование МКТ значительно повышает критичное отношение пациентов к своему заболеванию и своему поведению.

И.В. Ткачева, Л.П. Емелина

ПРИМЕНЕНИЕ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ТЕХНИК У БЕРЕМЕННЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

ГУЗ «Городская больница №3»

Актуальность. Основываясь на показателях деятельности службы охраны здоровья матери и ребенка в Российской Федерации гипертензивные расстройства во время беременности встречаются у 10% женщин. Гипертензивные осложнения в период беременности являются одной из основных причин материнской и перинатальной смертности в течение последних лет. Кроме того, они являются причиной тяжелой заболеваемости. Вместе с тем, при надлежащем междисциплинарном менеджменте большинство случаев неблагоприятных исходов являются предотвратимыми. Последствия тяжелых гипертензивных расстройств снижают качество последующей жизни женщины (повышен риск развития атеросклероза, сахарного диабета, сердечно-сосудистых заболеваний). У недоношенных детей, частота рождения которых при артериальной гипертензии высока, наблюдаются нарушения физического, нервно-психического развития в раннем возрасте, повышен риск развития в будущем соматических заболеваний. В связи с этим проблема артериальной гипертензии у беременных является значимой в социальном и медицинском плане.

Целью данной работы было исследование влияния дыхательных техник на изменение показателей артериального давления и эмоционального состояния беременных женщин и профилактика развития гестоза беременных.

Методы и методики. Исследования проводились на базе женской консультации ГУЗ «Городская больница №3»: беседа с пациентами (сбор анамнестических данных), изучение медицинской документации; шкала GAD-7 (ГТР-7) – личностный опросник для оценки уровня тревожности и скрининга генерализированного тревожного расстройства, измерение показателей артериального давления и частоты сердечных сокращений.

Результаты. На базе женской консультации проводились занятия дыхательной гимнастикой с 32 женщинами. Занятия дыхательной гимнастикой проводились курсом в течение 1-2 месяцев, с частотой 2 раза в неделю с беременными женщинами от 15 до 35 недель беременности и установленным диагнозом артериальная гипертензия. У 15% (5) женщин не отмечалось видимого эффекта улучшения показателей артериального давления. 19% (6) женщин не прошли курс занятий до конца,

и продолжили выполнять дыхательную гимнастику в домашних условиях, нерегулярно.

Во время занятий женщины отмечали, что дыхательные упражнения позитивно влияют на их настроение и общее самочувствие. Если до начала занятия женщина испытывала волнение и у неё отмечалась тахикардия, то в процессе выполнения дыхательных упражнений она успокаивалась, пульс становился нормальным. Стабилизация пульса сохранялась длительное время. Положительный эффект дыхательных упражнений был наиболее заметен при работе у беременных с артериальной гипертензией сопровождающейся тревогой. Контрольные замеры осуществлялись до и после выполнения первого занятия, а также после прохождения курса, до и после последнего занятия во втором и третьем триместрах беременности.

Выводы: в результате проведенного исследования установлено, что занятия дыхательными упражнениями целесообразно проводить в течение не менее двух месяцев во втором и третьем триместрах беременности. При этом при регулярных занятиях возможна более глубокая коррекция, достижение стабильных результатов, приближение показателей артериального давления к границам нормы, выравнивание эмоционального фона и улучшение настроения.

А.Г. Кузьмина, О.П. Ведянова, А.В. Демин, Д.В. Волков

ИССЛЕДОВАНИЕ СТАДИЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ У НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ В РЕЗУЛЬТАТЕ ИХ УЧАСТИЯ В ПРОГРАММЕ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая
наркологическая больница»

Актуальность проекта. Реабилитация и ресоциализация наркологических пациентов, по-прежнему, остается важным вопросом Отечественной наркологии. Достаточно большое количество наркологических пациентов, обращающихся в лечебное учреждение повторно за лечением, может указывать на тот факт, что отношение к процессу лечения и реабилитации является формальным. Проявляется зависимость от среды, то есть социальная конформность установок, при которой пациенты занимают «соглашательскую» позицию в лечении,

посещают все реабилитационные мероприятия, высказывают установку на трезвость после лечения, но, вновь оказавшись в деструктивной среде, следуют правилам и установкам этой среды. Проявление данной позиции пациентов может свидетельствовать об отсутствии качественной проработки личностных установок пациента на трезвость и о формальном отношении к процессу лечения и реабилитации. Изучение качественных особенностей изменения пациентов, участвующих в программе медицинской реабилитации, в их движении по стадиям психотерапевтического процесса, позволяет более верно определять мишени и стратегии психотерапевтического воздействия.

Цели исследования: определение стадий психотерапевтического процесса у пациентов, участвующих в программе медико-психологической реабилитации в стационарном отделении реабилитации.

Методы исследования. Была использована «Методика для исследования стадий психотерапевтических изменений» (URICA, the University of Rhode Island Change Assessment Scale, разработанная группой авторов (McConaughy, Prochaska, Veliser). Методика дает возможность определить 4 терапевтические стадии изменения: «Предразмышление», «Размышление», «Действие» и «Сохранение», выделенные Diclemente и Prochaska (1983, 1985). Данная методика позволяет проводить непрерывное исследование отношений и установок пациентов в процессе психотерапии (психокоррекции), характерных для каждой стадии изменений.

Задачи исследования: определить у данной группы пациентов стадии психотерапевтического процесса, на которых они находятся в данный период, для определения в дальнейшем мишеней психотерапевтического воздействия, способствующих формированию у пациентов критического отношения к себе и заболеванию.

В стационарном отделении реабилитации было обследовано 40 наркологических пациентов в возрастном диапазоне от 17-ти до 60-ти лет. Среди них 14 человек с наркотической и алкогольной зависимостями (35%) и 26 пациентов (75%) с алкогольной зависимостью (14 женщин и 26 мужчин), завершающих адаптационный этап и перешедших на интеграционный этап реабилитационного процесса. Все пациенты имели средний и низкий уровень реабилитационного потенциала. Около 60% пациентов обращались за лечением в ГУЗ «Ульяновская областная клиническая наркологическая больница» повторно.

Результаты исследования распределились следующим образом: 40% пациентов находились на стадии «Предразмышление», что соответствовало тому, что пациенты данной группы могут заявлять

о своем желании измениться, но это не означает серьезных намерений сделать это, проявляя внутреннее сопротивление разрешению проблемы. Считаем, что это связано в том числе и с уровнем социальной конформности наркологических пациентов, их зависимостью от среды, в которой они находятся. В данной группе преобладали пациенты, завершающие адаптационный этап (28 дней). Мишенями на этой стадии является восполнение недостатка информации об аддиктивном расстройстве, развитие навыков противодействия аддиктивному влечению (психообразовательные, информационные мероприятия). Около 35% пациентов находились на стадии «Действие», соответствующей тому, что пациент активно меняет свое поведение, поступки и окружение с целью преодоления проблемы. В данной группе преобладали пациенты, находящиеся на интеграционном этапе (2 и более месяцев) и пациенты, завершающие адаптационный этап и ранее проходившие программу «12 шагов» в центре социальной реабилитации. Мишенями на этой стадии являются анализ и коррекция аддиктивного паттерна (развитие навыков саморегуляции и саморефлексии). Около 20% пациентов находились на стадии «Размышление», когда пациенты признают наличие проблемы, всерьез интересуются, можно ли разрешить ее, но готовность действовать выражена недостаточно. Мишенями этой стадии может являться повышение адаптации к трудностям межличностных ситуаций (решение семейных и личных проблем). 5% пациентов, сохраняя длительную трезвость около года, находились на стадии «Сохранение», когда пациенты достигли определенных результатов в решении своей проблемы, связанной с химической зависимостью, но их тревожило, что проблема, которую они считали решенной, может вернуться. Мишенями на этой стадии является развитие более зрелых отношений с собой и другими людьми, преодоление нарушений социальной и профессиональной адаптации.

Выводы.

1. Использование методики для исследования стадий психотерапевтических изменений» (URICA) позволяет определять стадии психотерапевтических изменений у наркологических пациентов, что помогает формированию более точных мишеней психотерапевтического воздействия на каждом из этапов.
2. Участие пациентов в психотерапевтической реабилитационной программе ГУЗ «Ульяновская областная клиническая наркологическая больница» позволяет с уверенностью говорить о тенденции к осознанию пациентами своего заболевания и формированию ими качественных изменений в понимании трезвости как основы своего выздоровления.

3. По результатам исследования, около 40% пациентов сохраняли прежние установки, находясь на стадии «Предразмышление», что может указывать на то, что процесс качественных изменений у наркологических пациентов является длительным, связан с высоким уровнем социальной конформности.

С.В. Губкина, И.А. Сабитов

ИССЛЕДОВАНИЕ СТИЛЕВЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ И ТОЛЕРАНТНОСТИ К НЕОПРЕДЕЛЕННОСТИ У ПОДРОСТКОВ С ДЕЗАДАПТИВНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»

Актуальность исследования. Подростковый период в онтогенезе психического развития человека является одним из наиболее сложных и комплексных. На подростка действуют не только внутренние силы развития, но и внешние – влияние и требования общества, образовательной системы, социально-нормативные требования. Жизнь подростка в этот период проходит под влиянием не только задач психического развития, но и влияния многочисленных условий актуального развития со стороны среды – информационные и учебные нагрузки, активно стоящий профориентационный вопрос, постоянно меняющийся темп жизни. Последние несколько лет, связанные с новой коронавирусной инфекцией и другими социальными изменениями, также могли остро повлиять на состояние современного подростка и стать дополнительным фактором стресса (Головина А.Г., 2022). Так, отмечаются формирование комплекса состояний, связанных с тревогой, паникой, депрессивным синдромом, а также приступами агрессии и страха. Таким образом, жизнь подростка на фоне его нормативного кризиса и задач психического развития усложняется внешними неспецифическими факторами жизни, что приводит к формированию хронического стресса, депрессивного синдрома и ряда других болезненных психических состояний, приносящих дискомфорт и ведущих к дезадаптации подростка. В свою очередь, это может приводить к риску роста злоупотребления психоактивными веществами, развитию деструктивных форм поведения. Кроме того, подростковый стресс часто приводит к соматизированию (Одинцова М.А. с соавт, 2022).

Фактор дезадаптации как следствие дисфункциональных попыток справиться со своим состоянием среди подростков является достаточно развитым явлением. На этапах формирования дезадаптации исследователи отмечают такие особенности подростков, повлиявших негативно на их развитие, как низкий уровень толерантности к неопределенности и постоянно меняющимся условиям внешней среды, игнорирование собственных переживаний, стремление к изоляции аффекта, а затем и себя от общения со сверстниками и с более старшими людьми, уход в виртуальный мир (Попков А.Ю., 2022). Соответственно, жизнестойкость для подростков является важной личностной составляющей, позволяющей адаптироваться последнему в условиях меняющейся среды (Калашникова М.Б., 2017).

Целью нашего исследования является изучение особенностей саморегуляции и жизнестойкости подростков, обращавшихся за помощью в специализированные психологические учреждения в связи с симптомами дезадаптации и затяжного хронического стресса.

Методами исследования: опросник «Стиль саморегуляции» В.И. Моросановой, тест «толерантность к неопределенности», «Уровень субъективного контроля», СПА Роджерса, Даймонда. Выборку составили 33 подростка. Из них 17 человек – группа с симптомами выраженной дезадаптации, 15 – выборка условно здоровых подростков с незначительными симптомами дезадаптации. Особенность выборки состоит в ее качестве – гомогенная по полу – мужская. Возраст от 14 до 16 лет. Первичный обзор результатов показал наличие значимых различий (на уровне $p \leq 0,01$) между двумя группами по следующим параметрам: планирование, оценка результатов и общий уровень саморегуляции, отношение к новизне, отношение к сложным задачам, интернальность в области отношении к здоровью и в области межличностных отношений. Это означает, что подростки с симптомами дезадаптации в данной выборке характеризуются сниженным уровнем планирования, оценки результатов и общего уровня саморегуляции, а также склонны снимать с себя ответственность и свою способность влиять на собственное здоровье и качество межличностных отношений, тяжелее реагируют на новизну и сложные задачи в жизненных ситуациях. Данное предварительное исследование поможет нам скорректировать задачи и гипотезу дальнейшего исследования на более вариативной и многочисленной выборке.

С.В. Ярзуткин, С.В. Губкина, Э.И. Майер, М.И. Сабитов

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПСИХИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»

Современный подход к совершенствованию медицинских знаний основывается на интеграции научных и практических достижений междисциплинарного характера. Все отчетливее заметен пристальный интерес специалистов в области внутренней медицины, в частности кардиологии, к проблемам личности, психике пациента, изучению соотношений соматического и психического. С позиции современной медицины пациент с ишемической болезнью сердца не может рассматриваться как больной только кардиологического профиля без учета факторов психосоциального воздействия на его соматическое и психическое состояние (Аббков В.А., 2018).

Представляется актуальным изучение различных психосоциальных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, влияющих на характер течения и прогноз ишемической болезни сердца, а также адаптационных механизмов психики, позволяющих совладать со стрессовой ситуацией, уменьшить неприятные, травмирующие переживания, сопряженные с внутренними и внешними конфликтами, состояниями тревоги и дискомфорта.

Цель – изучение механизмов психической адаптации: копинг-стратегий и механизмов психологической защиты (МПЗ) у больных с ИБС.

Методы и выборка. В исследовании приняло участие 50 человек (25 больных с ИБС, проходящих лечение в 9 ЛДЦ ФГУ 3 ЦВКГ МО РФ им. А.А. Вишневого и 25 практически здоровых испытуемых в качестве контрольной группы). Испытуемым были предложены для заполнения следующие психодиагностические методики: Опросник Плутчика-Келлермана-Конте «Индекс жизненного стиля» (Life Style Index, LSI), Опросник копинг-стратегий Э.Хейма, Методика «Способы совладающего поведения» Р. Лазаруса. Обобщенные результаты экспериментальных выборок сравнивались с помощью компьютерной статистической программы «SPSS».

Результаты. Выявлены особенности использования МПЗ и копинг-стратегий у больных с ИБС, статистически достоверно отличающиеся от таковых у практически здоровых испытуемых. В частности, больные ИБС чаще используют такие МПЗ как «отрицание», «подавление»,

«проекция», «замещение», «интеллектуализация» и «реактивное образование». Т.е. больные ИБС чаще отрицают фрустрирующие жизненные обстоятельства, или же интеллектуализируют их, тем самым уменьшают влияние их на общее психическое состояние, склонны использовать стратегию вытеснения в бессознательное тревожных мыслей, они чаще приписывают другим людям свои неприемлемые для личности чувства и мысли, пытаются разрядить подавленные эмоции на объектах, представляющих меньшую опасность, а также более часто предотвращают выражение неприятных или неприемлемых для них мыслей, чувств или поступков путем преувеличенного развития противоположных стремлений. Исследование показало также, что больные ИБС используют чаще неадаптивные когнитивные копинг-стратегии. Это свидетельствует о том, что для них более характерны пассивные формы поведения с отказом от преодоления трудностей из-за неверия в свои силы и интеллектуальные ресурсы, с умышленной недооценкой неприятностей. Сравнение результатов методики Р. Лазаруса выявило достоверное отличие в использовании стратегий борьбы со стрессом по следующим параметрам: больные ИБС чаще используют «поиск социальной поддержки», «самоконтроль», «бегство–избегание» и реже, чем здоровые испытуемые используют «положительную переоценку», «принятие ответственности». Это означает, что больные ИБС чаще решают проблемы за счет привлечения внешних (социальных) ресурсов, высокого самоконтроля поведения, а также для них характерно преодоление негативные переживаний за счет реагирования по типу уклонения, т.е. отрицания проблемы, фантазирования, неоправданных ожиданий, отвлечения и т.п. Но в то же время они реже, чем здоровые, используют положительную переоценку ситуации и реже принимают на себя ответственность за возникновение и разрешение основной проблемы.

Выводы. Типы используемых механизмов психологической защиты у больных с ИБС достоверно отличаются от таковых у здоровых испытуемых. Они чаще используют такие МПЗ как «отрицание», «подавление», «проекция», «замещение», «интеллектуализация» и «реактивное образование». Больные ИБС используют неадаптивные когнитивные копинг-стратегии. В то же время эмоциональные и поведенческие копинг-стратегии в целом в обеих группах являются адаптивными. Выявлено достоверное отличие в использовании стратегий борьбы со стрессом – больные ИБС чаще используют «поиск социальной поддержки», «самоконтроль», «бегство – избегание», и редко используют «положительную переоценку», «принятие ответственности».

А.А. Кувайская, Л.А. Белова, Ю.Д. Удалов, М.П. Дейч

КАРДИОВАСКУЛЯРНАЯ ФОРМА АВТОНОМНОЙ НЕЙРОПАТИИ У ПАЦИЕНТОВ С РМЖ В ПРОЦЕССЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ: ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ, РЕАБИЛИТАЦИЯ

ФГБУ ФНКЦРиО ФМБА России, г. Димитровград

Введение. Рак молочной железы (РМЖ) является наиболее часто диагностируемым заболеванием у женщин и занимает второе место среди причин смертности [1].

В 90% случаев наблюдаются долгосрочные нежелательные последствия лечения [2].

Также все чаще у выживших онкологических пациентов диагностируется кардиоваскулярная форма автономной нейропатии (КАН) с проявлениями различной степени тяжести [3-4].

В связи с этим актуальна оценка функционирования автономной нервной системы на момент постановки диагноза «рак молочной железы».

Цель исследования – изучить состояние вегетативной нервной системы у больных РМЖ в процессе противоопухолевой терапии с целью рациональной коррекции её дисфункции.

Материалы и методы. На базе ФГБУ ФНКЦРиО ФМБА России за период сентябрь 2021 г. – май 2022 г. исследовано 60 пациентов с РМЖ I-IV стадии все женщины, средний возраст – $58,6 \pm 1,2$ лет. Гистологически группы были однородны и представлены аденокарциномой.

Пациентам проведено физикальное обследование, оценка неврологического статуса, оценка кардиоваскулярных тестов по Ewing, оценка состояния по шкале ситуативной и личностной тревожности, шкале депрессии Бека, индексу выраженности бессонницы (ISI).

Результаты. В ходе исследования были определены основные жалобы пациентов данной категории. При оценке кардиоваскулярных проб наибольшую категорию составили пациенты с пограничным значением показателей по всем тестам. Результаты по шкале Спилберга-Ханина, шкале депрессии Бека и индексу выраженности бессонницы отражали умеренные нарушения.

Полученные результаты исследований обосновывали необходимость комплексной реабилитации пациентов с РМЖ при КАН. Был сформирован набор доменов МКФ, описывающий состояние пациентов с КАН на I этапе реабилитации [5].

Данный набор кодов МКФ дал возможность детально описать актуальные проблемы пациента, что является необходимым для четкой постановки целей в реабилитации, формирования реабилитационного диагноза и подбора комплекса реабилитационных мероприятий.

Выводы. Проведенный анализ изменения состояния и функционирования пациентов с РМЖ, позволил выявить наиболее значимые нарушения в повседневной жизни, что определяет особенную актуальность изучения вопроса отдаленных результатов противоопухолевого лечения и методы его коррекции.

Библиография.

1. Fahad Ullah M. Breast Cancer: Current Perspectives on the Disease Status. *Advances in Experimental Medicine and Biology*. 2019; (1152): 51-64. https://doi.org/10.1007/978-3-030-20301-6_4
2. Long-Term Effects of Breast Cancer Surgery, Treatment, and Survivor Care./Lovelace, L. D, McDaniel [и др.]. — Текст: непосредственный//*Journal of midwifery & women's health*. — 2019. — №64 (6). — С.713-724.
3. Quantitative assessment of cardiovascular autonomic impairment in cancer survivors: a single center case series/B. Noor, S. Akhavan, M. Leuchter [и др.]. — Текст: непосредственный//*Cardio-Oncology*. — 2020. — №(6) 11.
4. Поражение вегетативной нервной системы у больных раком молочной железы/Ю. Д. Удалов, Л. А. Белова, В. В. Машин [и др.]///*Ульяновский медико-биологический журнал*. – 2021. – №4. – С. 73-88. – DOI 10.34014/2227-1848-2021-4-73-88. – EDN FOKCXQ.
5. Ivanova G.E., Builova T.V., Belova L.A., Udalov Yu.D., Mashin V.V., Suvorov A.Yu., Kuvaiskaya A.A. Formation of Rehabilitation Diagnosis in Patients with Breast Cancer at Stage I of Medical Rehabilitation: Case Report. *Bulletin of Rehabilitation Medicine*. 2022; 21 (3): 155-174. <https://doi.org/10.38025/2078-1962-2022-21-3-155-174>

В.В. Машин, Е.Ю. Котова, Д.Р. Долгова, Н.Е. Золотухина

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19

ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»

Актуальность. Цереброваскулярные заболевания являются одной из наиболее актуальных медико-социальных проблем современной медицины, что обусловлено их большой распространенностью, прогрессирующим ростом заболеваемости у лиц трудоспособного возраста, высокой смертностью и тяжелыми последствиями. Дисциркуляторная энцефалопатия является предиктором развития инсульта, а также фактором риска развития когнитивных нарушений, снижения качества жизни и ранней инвалидизации пациентов.

Цель исследования – изучить факторы риска развития дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ) у пациентов перенесших COVID-19.

Материалы и методы. За период с 01.03.22 г. по 31.05.22 г. были обследованы 172 пациента, из них 137 женщин (79,6%) и 35 мужчин (20,4%), перенесших COVID-19, проходящих углубленное диспансерное обследование на базе поликлиники №2 ГУЗ «Центральная клиническая медико-санитарная часть имени заслуженного врача России В.А. Егорова». В исследование включены пациенты с лабораторно подтвержденным COVID-19 (шифр по МКБ 10U07.1), перенесших данное заболевание от 3 месяцев до 1 года назад. Среднее время от момента заболевания COVID – 19 до осмотра – 4,8 месяца. Критерии исключения: наличие в анамнезе у пациента системных, аутоиммунных и онкологических заболеваний. Всем пациентам проведено полное клиничко-неврологическое исследование. При оценке неврологического статуса пациентов с ДЭ выделялся ведущий неврологический синдром в соответствии с классификацией Научного центра неврологии (2001 г.). На каждого пациента оформлена унифицированная карта.

Результаты. По данным нашего исследования возраст обследованных женщин составил от 18 до 88 лет (средний возраст – 58 ± 16 лет). Возраст мужчин составил от 22 до 81 года (средний возраст – 54 ± 17 лет). Средний возраст всех пациентов составил 57 ± 15 лет.

У 94% пациентов, перенесших COVID-19, диагностирована ДЭ. I стадия ДЭ выявлена у 48%; II стадия – у 29%; III стадия ДЭ – у 23% пациентов, перенесших COVID-19.

У большей части обследованных пациентов с ДЭ (82,7%) отягощен наследственный анамнез по сердечно-сосудистым заболеваниям. По артериальной гипертензии отягощенный наследственный анамнез выявлен у 77,8%; по острым нарушениям мозгового кровообращения – у 28,4%, по острому инфаркту миокарда – у 19,8% пациентов с ДЭ перенесших COVID-19. По сахарному диабету наследственный анамнез отягощен у 24,7% пациентов с ДЭ.

Артериальная гипертензия зарегистрирована у 76,5% пациентов с ДЭ, перенесших COVID-19, у большинства пациентов (58,0%) была III степень артериальной гипертензии. Гипотензивную терапию принимали большинство пациентов с ДЭ (83,1%). Из них постоянно принимали гипотензивные препараты 68,9%; эпизодически – 30,1%; курсами – 1,0% пациентов с ДЭ. Ингибиторы АПФ принимали 67,7%, антагонисты рецепторов ангиотензин II – 24,2%, блокаторы кальциевых каналов – 17,7%, диуретики – 9,7%, β адреноблокаторы – 7,3%, агонисты имидазолиновых рецепторов – 0,8% пациентов с ДЭ, перенесших COVID-19.

Фибрилляция предсердий выявлена у 4,3% обследованных пациентов с ДЭ, перенесших COVID-19, 42,9% из них принимали антикоагулянты (эликвис). Сахарный диабет наблюдался у 9,3% пациентов с ДЭ, перенесших COVID-19. У 46,7% пациентов с сахарным диабетом с ДЭ выявлена декомпенсация заболевания на фоне COVID-19. Знали о наличии у них дислипидемии 38,3% больных с ДЭ, перенесших COVID-19, и лишь 30,6% из них принимали гиполипидемические препараты.

Выводы. Артериальная гипертензия является наиболее распространенным фактором риска развития дисциркуляторной энцефалопатии.

*М.И. Шигапов, А.Н. Елистратов, А.И. Мидленко,
С.В. Ретьман*

АНАЛИЗ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДЕГЕНЕРАТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА, СОПРОВОЖДАЮЩИМИСЯ ЭКСТРУЗИЯМИ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ НА ПОЯСНИЧНОМ УРОВНЕ

**ГУЗ «Ульяновский областной клинический центр
специализированных видов медицинской помощи
им. Е.М. Чучкалова»**

Актуальность. Дегенеративные поражения позвоночника и связанные с ними боли и неврологические проявления относятся к одной из важнейших проблем современной медицины. Это обусловлено высоким количеством пациентов трудоспособного возраста. Боли в спине ограничивают жизнедеятельность, снижают качество жизни пациентов. Более чем у половины пациентов, страдающих дегенеративно-дистрофическими изменениями позвоночника, имеются признаки хронического эмоционального напряжения.

Материалы и методы. Анализ результатов лечения пациентов проведен в условиях нейрохирургического отделения ГУЗ «Ульяновский областной клинический центр специализированных видов медицинской помощи имени заслуженного врача России Е.М. Чучкалова» (ГУЗ «УОКЦСВМП имени Е.М. Чучкалова»), где оказывается медицинская помощь по профилю «нейрохирургия», коечный фонд составляет 60 койко-мест. Нейровизуализация в ГУЗ «УОКЦСВМП имени Е.М. Чучкалова» проводилась на компьютерном томографе «GeneralElectric» (64-срезовый аппарат). Операционная оснащена мобильным цифровым хирургическим рентгеновским аппаратом типа С-дуга «SIEMENS CIOS FUSION».

Результаты. За 2022 год в условиях нейрохирургического отделения ГУЗ «УОКЦСВМП имени Е.М. Чучкалова» в рамках оказания высокотехнологичной медицинской помощи по программе обязательного медицинского страхования было выполнено 105 оперативных вмешательств по поводу грыж межпозвонковых дисков на поясничном уровне осложненных различными неврологическими расстройствами и сопровождающихся нестабильностью позвоночно-двигательного сегмента на том или ином уровне. Выполнялись оперативные вмешательства

направленные на удаление грыжи межпозвонкового диска, дискэктомия данного межпозвонкового промежутка, межтеловой спондилодез задними поясничными полимерными кейджами, задний спондилодез транспедикулярными титановыми системами стабилизации.

Из оперированных 105 пациентов по гендерному принципу встретились 60 (57,1%) мужского пола, 45 (42,8%) женского пола.

В 41 (39,0%) случае был оперирован межтеловой промежуток L5 – S1; в 35 случаях (33,3%) – межтеловой промежуток L4–L5; в 19 (18,1%) случаях оперировано одномоментно два межтеловых промежутка: L4–L5 и L5–S1; в 5 (4,8%) случаях межтеловые промежутки L3–L4, L4–L5; в 1 (1,0%) случае межтеловые промежутки L2–L3, L3–L4; в 2 (1,9%) случаях оперированы межтеловые промежутки L3–L4, L4–L5, L5–S1; в 2 (1,9%) случаях оперировано одномоментно 4 межтеловых промежутка L2–L3, L3–L4, L4–L5, L5–S1.

У 89 (84,7%) пациентов наблюдался неврологический дефицит в виде радикулопатии в комбинации с чувствительными нарушениями, у 5 (4,8%) пациентов наблюдалось нарушение функции тазовых органов помимо корешковых расстройств; 11 (10,5%) пациентов были прооперированы ввиду длительной неэффективностью консервативного лечения с жалобами на выраженную боль по корешковому типу, оценивающуюся пациентами по ВАШ на 7–10 баллов.

После выполнения оперативного лечения положительный эффект в виде регресса неврологической симптоматики и боли отмечался у 81 (77,1%) пациента; положительный эффект в виде уменьшения или исчезновения болевого синдрома, но с неизменными неврологическими расстройствами (связанно с длительностью заболевания) отмечилось у 22 (21,0%) пациентов; отсутствие эффекта от оперативного вмешательства отмечалось у 2 (1,9%) пациентов. Усугубления неврологического дефицита у пациентов не отмечалось.

Выводы. В большинстве случаев грыжи межпозвонковых дисков встречаются у лиц трудоспособного населения, преимущественно у мужчин. Наиболее подверженному риску формирования грыж межпозвонковых дисков являются промежутки L4–L5 и L5–S1. Хирургическое лечение дегенеративных заболеваний позвоночника, осложнённых образованием межпозвонковых грыж и нестабильностью позвоночно-двигательного сегмента на поясничном уровне имеет хорошие показатели результативности.

В.В. Бакшев, В.Н. Герасимов, А.В. Борисов, А.П. Пятаков

ТОКСОПЛАЗМОЗ. РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ПАРАЗИТАРНОГО ПОРАЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»

В данной работе представлен случай паразитарного поражения головного мозга с рассмотрением клинической картины и описанием морфологических изменений головного мозга, вызванных данным редким заболеванием.

Ключевые слова: токсоплазмоз, паразитарное поражение головного мозга.

Актуальность рассматриваемой проблемы. Токсоплазмоз – паразитарное заболевание человека и животных, вызываемое токсоплазмами *Toxoplasma gondii* и характеризующаяся поражением нервной и лимфатической систем, глаз, скелетных мышц, миокарда. Инфекция у людей чаще всего является результатом проглатывания тканевых цист (брадизоитов), содержащихся в сыром или недостаточно приготовленном мясе, тканевые цисты (брадизоиты) могут жить в тканях животных в течение многих лет. Также заражение может происходить от больного человека или кошек. Обычно инфекция протекает в лёгкой форме или бессимптомно, так как у людей имеются антитела к токсоплазме. Но у людей со сниженным иммунитетом или при иммунодефиците могут наблюдаться частые рецидивы после лечения. Дифференциальная диагностика может представлять определённые затруднения, так как требует проведения специфических для этого заболевания тестов.

Материалы и методы. Для получения данных анамнеза и клинических данных использовалась медицинская карта стационарного больного нейрохирургического отделения ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница». Гистологическое исследование операционного материала проводилось на базе патологоанатомического отделения ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница».

Результаты. Больной Я., 51 год, поступил в нейрохирургическое отделение ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница». Жалобы на слабость в левых конечностях. Болен в течение 1 месяца, симптомы постепенно нарастают. В нейростатусе: В сознании. Ориентирован. Зрачки D=S, фотореакции сохранены. Движение глазных яблок в полном объеме. Лицо симметричное. Грубый левосторонний гемипарез, больной самостоятельно не передвигается. Глубокие рефлексy живые D=<S. Патологических, менингеальных знаков нет. С подозрением на ОНМК

доставлен в региональный сосудистый центр. РКТ головного мозга с КУ (5,0 мЗв) – в правой лобно-теменной области, левой теменной доле, левом полушарии мозжечка определяются объемные образования размерами 69×49×59 мм, 31×36×29 мм и 13×19×15 мм соответственно, неоднородной кистозно-солидной структуры, после в/в КУ накапливает КВ по периферии по типу капсулы и солидным компонентом. Окружающее мозговое вещество отечно. Заключение: КТ признаки объемных образований головного мозга, отека головного мозга, дисциркуляторных изменений с ишемическими очагами, церебральной атрофии, смешанной гидроцефалии, атеросклероза.

В нейрохирургическом отделении выполнен онкопоиск, проведены дополнительные исследования и консультации специалистов – онкопатологии не выявлено.

Проведена операция: костно-пластическая трепанация черепа справа, микрохирургическое удаление большего по размерам и клинически значимого кистозного объемного образования головного мозга в теменной области справа. Послеоперационный период без осложнений. Заживление первичным натяжением. Швы сняты на 10 сутки. Гистологическое исследование показало, что в исследуемом материале ткани мозга не обнаружено, видны обширные поля мицелия, среди которых очаговые и диффузные скопления крупных базофильных округлых клеток с преобладанием ядерного компонента, с вкраплениями в ядрах мелких, пылевидного характера включений (вероятно, паразитарного характера); клинически необходимо исключить паразитарное поражение вещества головного мозга токсоплазмозом, другие паразитарные инфекции и ЦМВ (цитомегаловирус).

Консультация специалистов ГУЗ «Областной центр профилактики и борьбы со СПИД» – рекомендовано: кровь на ИФА токсоплазмоза иммуноглобулин М и G, индекс avidности; ПЦР ДНК в ликворе, кровь на ПЦР ДНК к ВИЧ. Кровь и ликвор на ПЦР ДНК цитомегаловируса, вирус Эпштейн-Барр, вирус простого герпеса 1, 2 и 6 типов.

Результаты исследований: кровь на ДНК Цитомегаловируса, ДНК *Herpes simplex virus 1,2*, ДНК вируса Эпштейна-Барр – не выделены. Кровь на ИФА токсоплазмоза иммуноглобулин М и G – АТ к *T. gondii*, IgG положительно 13.20 КП, АТ к *T. gondii*, IgM отрицательно 0,03. Индекс avidности не определялся по техническим причинам. Ликвор на исследование не брался из-за опасности вклинения головного мозга. Установлен диагноз «токсоплазмоз головного мозга». В отделении получал медикаментозное лечение. Состояние улучшилось, частичный регресс гемипареза. Больной передвигается без посторонней помощи в пределах палаты.

Выписан в удовлетворительном состоянии под наблюдение и лечение у невролога и инфекциониста в поликлинике по месту жительства. При выписке назначена терапия бисептолом на 8 недель, на 6 неделе лечения рекомендовано сдать кровь на ИФА иммуноглобулины токсоплазма класса М и G, контрольная МРТ головного мозга с контрастным усилением.

Выводы. Токсоплазмоз головного мозга является крайне редкой патологией, которая, тем не менее, встречается в практике врачей и требует особого внимания.

А.И. Мидленко, А.В. Салин, А.А. Кузин, С.Ю. Рябов

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ СОТРЯСЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА В ДЕТСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ Г. УЛЬЯНОВСКА ЗА ПЕРИОД 2016–2022 ГГ.

ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»
ГУЗ «Ульяновская областная детская клиническая больница
им. политического и общественного деятеля Ю.Ф. Горячева»
ГУЗ «Городская клиническая больница
святого апостола Андрея Первозванного»

Актуальность. Черепно-мозговая травма (ЧМТ) является одной из наиболее социально значимых нозологий в современном обществе. При этом до 90% случаев ЧМТ представлены сотрясением головного мозга (СГМ) [1].

Цель исследования – изучить эпидемиологию СГМ в популяции детей г. Ульяновска, получивших стационарное лечение за период 2016–2022 гг.

Методы исследования. Проведен анализ историй болезни детей с СГМ в возрасте от 0 до 18 лет, пролеченных за период с 01.01.2016 г. по 31.12.2022 г. в условиях двух больниц г. Ульяновска, оказывающих помощь детскому населению по профилю нейрохирургия (10 коек нейрохирургического профиля в травматолого-ортопедическом отделении ГУЗ «Ульяновская областная детская клиническая больница им. политического и общественного деятеля Ю.Ф. Горячева» и 20 коек нейрохирургического профиля в отделении детской нейрохирургии, травматологии и ортопедии ГУЗ «Городская клиническая больница им. святого апостола Андрея Первозванного» (ГУЗ ГКБ).

Критерием отбора случаев было клиническое обоснование диагноза СГМ с последующим кодированием нозологии в соответствии с МКБ-10 кодом – S06.0 «Сотрясение головного мозга». В статистическую группу вошли пациенты с СГМ в возрасте от 0 до 18 лет включительно. В выборку не включались пациенты с кодом нозологии T06.8 «Другие уточненные травмы с вовлечением нескольких областей тела» и пациенты, получавшие лечение в отделении реабилитации ГУЗ ГКБ (5 человек). Проведена оценка по гендерному и возрастному составу случаев стационарного лечения СГМ у детей г. Ульяновска.

Результаты. За период с 01.01.2016 г. по 31.12.2022 г. в г. Ульяновске стационарное лечение с диагнозом «сотрясение головного мозга» получили 2 348 детей в возрасте от 0 до 17 лет. По гендерному различию из них пролечено девочек 1 000 (42,6%), мальчиков – 1348 (57,4%). В ГКБ было пролечено 1 448 (61,7%) детей с СГМ, в УОДКБ – 900 (38,3%).

Распределение по возрастам представлено следующим образом. Детей до одного года пролечено 56 (2,4%); в возрасте от 1 года до 3 лет – 267 (11,4%), от 3 до 7 лет – 468 (19,9%), причем наименьшее количество случаев СГМ в данной возрастной группе приходится на 5-летний возраст – 87 (3,7%). В группе детей младшего школьного возраста (от 7 до 11 лет) с СГМ составили 589 человек (25%); в группе старшего школьного возраста (от 11 до 16 лет) – 849 (36,2%). При этом максимальное количество случаев СГМ приходилось на возраст 11 лет – 224 (9,5%). На возрастную группу от 16 до 18 лет пришлось 119 случаев стационарного лечения, что составило (5,1%).

Сроки стационарного лечения детей с СГМ составили от 1 до 16 дней, при этом средний койко-день составил 6,2.

Среди 2 348 пациентов было выявлено 94 ребенка, получавших стационарное лечение по поводу СГМ более 1 раза (четверо – 3 раза, двое – 4 раза; двое – 5 раз; один – 6 раз; остальные 85 детей – по 2 раза). Гендерное распределение в данной группе пациентов было следующее: 43 (45,7%) – женский, 51 (54,3%) – мужской. Повторные госпитализации расценивались у данных детей как повторные черепно-мозговые травмы, причем было 6 случаев (6,4%) первичного СГМ в дошкольном возрасте (от 1 до 3 лет); в дошкольном (от 3 до 7 лет) – в 8 случаях (8,5%), в младшем школьном (от 7 до 11 лет) – в 32 случаях (34%), в старшем школьном возрасте (от 11 до 16 лет) – 47 случаев (50%) с наибольшим количеством, в возрасте 11 лет – 18 случаев (19%). На юношеский возраст пришелся один случай первичного СГМ (1,1%). Средняя продолжительность стационарного лечения при повторном СГМ составила 7,4 койко-дня.

Выводы. Сотрясение головного мозга у детей остается актуальной проблемой. Подавляющая доля случаев детских СГМ, в том числе и тех, которые в последующем приводят к повторным ЧМТ, приходится на период старшего школьного возраста, особенно 11 лет, что связано с переходом из начальной школы в старшую, приобретением большей свободы, сниженным критическим отношением к потенциально травмирующим ситуациям.

Источники.

1. Лихтерман Л.Б., Кравчук А.Д., Филатова М.М. Сотрясение головного мозга: тактика лечения и исходы//Анализы клинической и экспериментальной неврологии. – 2008. – Т.2. – No 1. – С. 12 -21.

А.И. Мидленко, С.Ю. Рябов, Н.М. Мидленко, А.Д. Семенов

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СПИННО-МОЗГОВЫХ ГРЫЖ У ДЕТЕЙ

**ГУЗ «Городская клиническая больница
святого апостола Андрея Первозванного»
ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»**

Актуальность проблемы. Врождённый порок развития – это стойкое морфологическое изменение органа, части органа или большого участка тела, возникающее чаще внутриутробно, выходящее за пределы нормальных вариаций строения и нарушающее его функцию. Врождённые пороки развития представляют важнейшую медицинскую и социальную проблему.

Актуальность их изучения обусловлена значительным удельным весом данной патологии в структуре младенческой, перинатальной смертности и детской инвалидности [Пурин В.Р., Жукова Т.П., 1976; Ковтун О.П., 2007]. Популяционная частота врождённых пороков развития, по данным Комитета экспертов ВОЗ, колеблется в различных странах от 2,7 до 16,3%, составляя в среднем 4-6%. Дефекты невралной трубки занимают одно из лидирующих мест среди всех выявляемых врождённых аномалий человека – 10-30% [Овсова О.В., 2007; Friede R.L., 1989].

В структуре пролеченных ВПР у детей основное место заняли спинно-мозговые грыжи – 115 (41,1%).

Цель исследования – определить структуру, виды оперативного лечения. Оценить основные, качественные показатели хирургического лечения спинно-мозговых грыж. .

Материал и методы. Нами проведён анализ 115 историй болезни, 162 протоколов операций у оперированных детей и 11 протоколов патолого-анатомических вскрытий детей умерших после операции с врождёнными пороками в детском нейрохирургическом отделении в период с 1994 по 2021 гг. включительно – (28 лет).

Полученные результаты. При анализе полученных данных выявленные спинно-мозговые грыжи у детей Ульяновской области встречаются с частотой 0,0003 на 1000 живорожденных.

В группе детей со спинно-мозговыми грыжами менингоцеле встретилось в 33 (28,7%), менингоградикулоцеле – в 34 (29,5%), менингомиелорадикулоцеле – в 42 (36,5%), менингомиелоцеле – в 5 (4,34%), а липорадикулоцеле – в 1 (0,87%) случае.

Локализация спинно-мозговых грыж в грудном отделе составила 47 (54,1%), в пояснично-крестцовом 61 (70,15%), а в крестцовом 7 (8,05%) случаев.

Пороки с парезами и параличами с нарушением функции тазовых органов и нарушением чувствительности составило 52 (59,8%) случая, с незначительной неврологией 32 (36,8%), а без неврологических расстройств 31 (36,65%) случая.

В группе детей со спинно-мозговыми грыжами прооперировано 115 пациентов, им же проведено 162 операции. В 47 случаях детям проведено вентрикулоперитонеальное шунтирование (ВПШ) в связи с прогрессирующей гидроцефалией на фоне формирующегося синдрома Арнольда-Киари 2. При менингоградикулоцеле и менингомиелоцеле – по 5 случаев, (14,7%) и (100%) соответственно, а при менингомиелорадикулоцеле – в 37 (88,1%) случаях.

Спинно-мозговые грыжи с ликвореей составили 11 (11,65%) случаев, а с угрозой разрыва грыжевого мешка – 8 (9,2%).

Вентрикулоперитонеальное шунтирование (ВПШ) – как первый этап в связи с прогрессирующей гидроцефалией проводилось так же, как при угрозе разрыва грыжевого мешка, у 8 (9,2%) пациентов.

Среди этой группы пациентов после операции умерли 11 детей, при этом послеоперационная летальность составила 9,6%. Общая послеоперационная летальность при ВПР составила 3,9%.

Расхождения диагнозов отмечено не было. Причины смерти: на 3 сутки признаки язвенно-некротического колита, калового перитонита – 1; нейроинфекция (вентрикулит, менингоэнцефалит) – 5; пневмония – 2; острая почечная недостаточность, двусторонняя

пневмония, уремическая кома – 1; множественные пороки несовместимые с жизнью – 1.

Как показывает анализ причин послеоперационной летальности, на первом месте стоит нейроинфекция – в 5 (45,5%) случаях.

Выводы. При анализе полученных данных выявленные спинно-мозговые грыжи у детей Ульяновской области встречаются с частотой 0,0003 на 1000 живорожденных.

Среди СМГ наиболее часто встречается менингомиелорадикулоцеле – в 42 (36,5%) из 115 случаев.

По локализации спинно-мозговых грыжи чаще всего располагаются в пояснично-крестцовом отделе 61 (70,15%).

В структуре (СМГ) преобладали пороки с неврологическими расстройствами в виде парезов и параличей с нарушением функции тазовых органов и нарушением чувствительности и составили 52 (59,8%) случая.

Послеоперационная летальность составила 9,6%, что сопоставимо с другими регионами Российской Федерации, при этом основным осложнением приводящем к смерти являлась нейроинфекция – в 5 (45,5%) случаях из 11.

А.И. Мидленко, С.Ю. Рябов, Н.М. Мидленко, А.Д. Семенов

КРАНИОСИНОСТОЗЫ

ГУЗ «Городская клиническая больница»
святого апостола Андрея Первозванного
ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»

Актуальность. Краниосиностоз выявляется у 60 из 100 тыс. живых новорождённых, частота встречаемости несиндромальных КС составляет 1 : 1600 – 1 : 2500 новорождённых (Grunebaum M. et al., 1985; French L.R., Jackson I.T., Melton L.J. et al., 1990; Shuper A., Merlob P., Singer S., Bower C., Southall P., Goldblatt J., 1999).

Частота встречаемости разных форм КС различна: скафоцефалия составляет около 40%, лобная плагиоцефалия – 20%, тригоноцефалия – 15%, оксифефалия – 10%, брахицефалия – 10%, затылочная плагиоцефалия – менее 5%. Несиндромальные КС чаще выявляются у мальчиков, что может свидетельствовать о гормональном влиянии тестостерона на развитие заболевания (Lin I.C., Slemp A.E. et al., 2004).

Цель исследования – определить структуру патологии, виды оперативного лечения. Оценить основные, качественные показатели хирургической коррекции краниостенозов.

Материал и методы: нами был проведён анализ 52 историй болезни и 52 протоколов операций пролеченных детей с черепно-мозговыми грыжами в детском нейрохирургическом отделении в период с 1994 по 2021 гг.

В результате проведенного анализа выявлено, что в структуре всех краниосиностаза составили 52 (18,6%) случая. При этом общая распространенность краниосиностазов составила 0,001: сагитальных – 0,0006, полных – 0,0007, раннее заращение лобного метопического шва – 0,00005 на 1000 живорожденных в год.

В группе детей с краниосиностазами костей черепа полный краниосиностаз встретился в 26 (50%), сагитальный – в 23 (44,2%), а ранний синостаз лобного метопического шва – в 3 (5,8%) случаях.

При полных краниосиностазах оперативное лечение включало в себя лоскутную краниотомию по Арндту-Козыреву в два этапа. Сначала с одной, затем с другой стороны при повтоной госпитализации. При сагитальном и метопическом синостазе выполнялась сутуротомия (рассечение шва).

Абсолютным показанием к хирургическому лечению ребёнка с КС являлось наличие синдрома синдром внутрочерепной гипертензии (ВЧГ). К относительным показаниям к хирургическому лечению относилось наличие кранио-церебральной диспропорции (риск развития синдрома (ВЧГ) и косметический дефект.

Цели хирургического лечения пациентов с несиндромальными КС:

1. Предотвращение развития или устранение синдрома ВЧГ (кранио-церебральной диспропорции).
2. Устранение деформации головы ребёнка с достижением эстетического результата, что способствует дальнейшей социальной адаптации.
3. Оперативное лечение несиндромальных неполных краниосиностазов проводилось в наиболее ранние сроки.
4. В результате проведенного оперативного лечения краниосиностазов послеоперационных осложнений и послеоперационной летальности не было отмечено.

Выводы. Как показал анализ, наиболее часто встретился полный краниосиностаз – в 26 (50%) случаях.

Основные качественные показатели в виде послеоперационной летальности и осложнений за время наблюдения отсутствовали.

*А.И. Мидленко, Р.Ф. Ишиматов, Н.М. Мидленко,
А.Д. Семенов*

ВРОЖДЕННЫЕ ГИДРОЦЕФАЛИИ – ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ. УЛЬЯНОВСКАЯ ОБЛАСТЬ

**ГУЗ «Городская клиническая больница
святого апостола Андрея Первозванного»
ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»**

Актуальность. Стеноз Сильвиева водопровода мозга является основной причиной врожденной гидроцефалии. Чаще он бывает врожденным. Среди младенцев с врожденной гидроцефалией синдром Денди-Уокера является причиной ее развития в 3,5–12% случаев. Вмешательства непосредственно на водопровode мозга при его стенозе (бужирование, стентирование) в настоящее время не производятся в связи с плохими результатами. Рекомендуются эндоскопическая тривентрикулостомия (Хачатрян В.А., Акшулаков С.К., Сафин Ш.М. и соавт., 2007; Cinalli G., Sainte-Rose C., Chumas P. et al., 1998; Wellons J.C., 2002).

Цель исследования – определить структуру патологии, виды оперативного лечения; оценить основные, качественные показатели хирургического лечения врожденной гидроцефалии.

Материал и методы: нами проведен анализ 34 историй болезни и 34 протоколов операций пролеченных детей с черепно-мозговыми грыжами в детском нейрохирургическом отделении в период с 1994 по 2021 гг.

Полученные результаты. Как показал анализ медицинской документации в структуре всех пороков развития пролеченных в детском нейрохирургическом отделении в период 1994–2021 гг. составил 12,1%.

Распространенность данной аномалии в Ульяновской области составила 0,0009 на 1000 живорожденных в год.

Диагностика врожденной гидроцефалии, как правило, осуществлялась при ультразвуковом скрининге в третьем триместре беременности. Роды проводились путем кесарева сечения. У наших пациентов показанием к оперативному лечению послужила прогрессирующая вентрикуломегалия подтвержденная данными транскраниальной и чрезродничковой ультрасонографией в динамике. Как показали проведенные ультразвуковые исследования у всех новорожденных

выявлялся блок на уровне Сильвиева водопровода, что подтверждалось прогрессирующей симметричной тривентрикуломегалией. Анализ проведенного оперативного лечения у детей показал отсутствие послеоперационных осложнений и послеоперационной летальности в данной группе пациентов.

Выводы. Врожденные гидроцефалии относятся к относительно редко встречаемым порокам развития ЦНС, ее распространенность в ульяновской области составила 0,0009 на 1000 живорожденных в год. Основным методом диагностики врожденной гидроцефалии является ультразвуковой скрининг. Ведущим синдромом в развитии прогрессирующей врожденной гидроцефалии является стеноз Сильвиева водопровода. Операцией выбора являлось вентрикулоперитонеальное шунтирование. Послеоперационных осложнений и летальности отмечено не было.

*А.И. Мидленко, Р.Р. Гафуров, Н.М. Мидленко,
С.С. Напханюк*

АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ АКТИВНЫХ АРАХНОИДАЛЬНЫХ КИСТ СИЛЬВИЕВОЙ ЩЕЛИ (АК ЛЩ)

**ГУЗ «Городская клиническая больница
святого апостола Андрея Первозванного»
ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»**

Актуальность. Арахноидальные кисты выявляют у 2-3% детей. У взрослых такие кисты встречаются реже. Их чаще диагностируют у женщин, чем у мужчин (Бадалян Л.О., Жураба Л.Т., Всеволожская Н.М., 1980; Мухаметжанов Х.И., Ивакина Н.И., 1995; Evans R.W., Headache M.R.I., 2018).

Цель исследования – оценить виды оперативного лечения активных арахноидальных кист Сльвиевой щели и провести анализ основных, качественных показателей оперативного лечения.

Материал и методы: нами проведён анализ 21 истории болезни и 21 протокола операций пролеченных детей с активными (АК ЛЩ) в детском нейрохирургическом отделении в период с 1994 по 2021 гг.

Биомеханика образования арахноидальных кист довольно проста. При наличии врождённого дефекта арахноидальной оболочки во время систолы повышается внутричерепное давление и ликвор

поступает в щелевидный дефект. Во время диастолы, при снижении внутричерепного давления имеющийся щелевидный клапан препятствует току ликвора из полости кисты, что приводит к постоянному повышению давления в её полости. Чаще всего арахноидальные кисты располагаются в латеральной (сильвиевой) борозде

В структуре всех пролеченных с ВПР у детей активные (АК ЛЩ) обнаружены в 21 (7,5%) случае. Общая распространенность по Ульяновской области составило 0,0006 на 1000 живорожденных в год.

Эндоскопический метод является методом выбора при лечении больных с симптоматическими арахноидальными кистами латеральной щели (АК ЛЩ) 2-го и 3-го типов (по E. Galassi) у детей.

Показания к операции возникают при арахноидальных кистах, вызывающих внутричерепную гипертензию, прогрессирующий рост кисты с компрессией головного мозга, эпилептические припадки и неврологическую симптоматику.

Диагностика активных (АК ЛЩ) всегда включает в себя МРТ-мониторинг, определяющий рост кисты в динамике и ЭЭГ при наличии эпилептических приступов.

В структуре оперативных вмешательств, в двух случаях выполнена эндоскопическая киствентрикулостомия, в одном случае дренирование кисты в базальные цистерны. В остальных 18 случаях выполнено кистперитонеальное шунтирование системами на среднее давление. При этом послеоперационных осложнений и послеоперационной летальности не выявлено.

Выводы.

1. Общая распространенность активных (АК ЛЩ) в Ульяновской области составило 0,0006 на 1000 живорожденных в год.
2. При оперативном лечении активных (АК ЛЩ) предпочтение отдавалось кистперитонеальному шунтированию.
3. Оперативное лечение активных (АК ЛЩ) не сопровождалось послеоперационной летальностью и осложнениями.

А.И. Мидленко, С.Ю. Рябов, Н.М. Мидленко, А.Д. Семенов

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ДЕНДИ-УОКЕРА (DWM)

ГУЗ «Городская клиническая больница
святого апостола Андрея Первозванного»
ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»

Актуальность. Патология встречается с частотой 1:25000 – 1:35000, при этом девочки болеют чаще. Среди младенцев с врождённой гидроцефалией патология регистрируется в 3,5–12% случаев. Распространённость (DWM) оценивается от 1 из 25 000 до 1 из 50 000 (Стамболлиу и соавт., 2017).

Смертность от (DWM) составляет примерно 15%. В исследовании варианта Денди – Уокера (DWV) уровень смертности составил 12,5%. Наиболее частая причина смерти – осложнения от гидроцефалии или ее лечения [Биндал Д, и соавт., 1990].

Цель исследования – оценить виды оперативного лечения и основные, качественные показатели хирургического лечения синдрома Денди-Уокера.

Материал и методы: нами проведён анализ 12 историй болезни и 12 протоколов операций пролеченных детей с (DWM) в детском нейрохирургическом отделении в период с 1994 по 2021 гг.

В структуре всех пролеченных ВПП Ульяновской области у детей синдром Денди–Уокера составил 12 случаев или – 4,2%. Распространенность (DWM) составила 0,0003 на 1000 живорожденных в год.

Анализ литературных данных показал, что хирургическое лечение заключается в шунтировании гидроцефалии, а не в открытии кистозного четвёртого желудочка. Некоторые хирурги советуют устанавливать шунт в четвертый желудочек, но это мнение не единодушное. После шунтирования боковых желудочков может потребоваться дополнительное шунтирование четвёртого желудочка [Mohanty A.S. et al., 2006]. Эндоскопическая тривентрикулостомия (ETV) - менее инвазивный вариант для пациентов старше 1 года [Спеннато С., и соавт., 2011]. Ликворошунтрирующие операции оправданы, если по той или иной причине вентрикулостомия оказалась не целесообразной или не эффективной [Хачатрян В.А. и соавт., 2019].

При проведении хирургического лечения пациентам с (DWM) были использованы различные виды операций: в 4-х случаях была проведена субокципитальная декомпрессия, в 2-х кистперитонеальное

шунтирование и в 6 случаях вентрикулоперитонеальное шунтирование. При анализе результатов хирургического лечения отмечено, что послеоперационных осложнений не наблюдалось. Послеоперационной летальности не отмечено.

При изучении катамнеза выявлено, что в отдаленном послеоперационном периоде двум детям у которых была проведена субокципитальная декомпрессия было выполнено вентрикулоперитонеальное шунтирование. Таким образом, вентрикулоперитонеальное шунтирование является операцией выбора наряду с тривентрикулостомией.

Выводы.

1. Распространенность (DWM) в Ульяновской области составила 0,0003 на 1000 живорожденных в год.
2. Вентрикулоперитонеальное шунтирование является операцией выбора наряду с тривентрикулостомией.

А.И. Мидленко, Р.С. Залов, Н.М. Мидленко, А.Д. Семенов

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ГРЫЖ У ДЕТЕЙ

**ГУЗ «Городская клиническая больница»
святого апостола Андрея первозванного
ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»**

Большинство авторов, занимающихся проблемой врождённых черепно-мозговых грыж, считают, что при данном пороке имеется скудная неврологическая симптоматика и в подавляющем большинстве случаев развитие детей значимо не страдает как до, так и после операции [Мамедов, В.И., 1979; Koormann С.Ф., 1981]. Интеллектуальное развитие у детей также не нарушено [Hockley A.D., 2004].

Цель исследования – определить структуру патологии, виды оперативного лечения. Оценить основные, качественные показатели хирургического лечения черепно-мозговых грыж.

Материал и методы: нами проведён анализ 12 историй болезни и 12 протоколов операций пролеченных детей с черепно-мозговыми грыжами в детском нейрохирургическом отделении в период с 1994 по 2021 гг.

Полученные данные. В результате проведенного анализа выявлено, что распространенность черепно-мозговых грыж на период исследования в Ульяновской области составила 0,0003 на 1000

живорожденных. Среднее количество черепно-мозговых грыж в год составило 0,43.

В структуре всех пролеченных ВПР у детей требующих оперативного лечения черепно-мозговые грыжи составили 12 случаев или – 4,2%, при этом задние составили 8 (66,6%), а передние 4 (33,4%) случая.

По содержанию грыжевого мешка грыжи распределились таким образом: задние менингоцеле 7 (58,3%), задние менингоэцефалоцеле 1 (8,3%), фронто-базальные менингоэнцефалоцеле 3 (25%), передие энцефалоцеле 1 (8,3%).

Объем оперативного лечения включал в себя иссечение грыжевого мешка и пластику грыжевых ворот местными тканями или полакосом.

Анализ результатов хирургического лечения черепно-мозговых грыж показал отсутствие послеоперационных осложнений и послеоперационной летальности.

Выводы.

1. Врожденные черепно-мозговые грыжи являются относительно редкой патологией.
2. Оперативное лечение передних, задних черепно-мозговых грыж не вызывает особых затруднений.
3. Хирургическое лечение фронто-базальных грыж требует комбинированных подходов и методов пластики грыжевых ворот.

И.В. Грешнова, Н.О. Жаринова, Т.В. Федотова

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА КЛАДРИБИН У ПАЦИЕНТОВ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»

Рассеянный склероз – хроническое аутоиммунное заболевание нервной системы, фармакотерапия которого является одним из лидирующих направлений в современной неврологической фармацевтической индустрии. По данным на февраль 2023 г., в регистре пациентов, получающих терапию препаратами, изменяющими течение рассеянного склероза (ПИТРС) в рамках программы 14 высокозатратных нозологий (14 ВЗН) состоит 555 пациентов. В контексте своевременного и эффективного лечения особого внимания заслуживает группа пациентов с высокоактивной формой заболевания, так как именно эти пациенты подвержены более ранней

инвалидизации, а также имеют более высокую частоту обострений. Для лечения высокоактивного рассеянного склероза (ВАРС) в России на данный момент используются препараты «второй линии». Ежегодно перечень 14 ВЗН пополняется новыми лекарственными средствами. Так, в 2022 году список дополнился препаратом кладрибин, который в настоящее время является единственным пероральным препаратом, используемым в терапии иммунной реконституции, принцип которой заключается в коротком иммуносупрессивном воздействии на иммунную систему с последующим восстановлением. Дозировка препарата рассчитывается, исходя из веса пациента. Немаловажно, что препарат имеет конечный курс лечения – две последовательных недели одного месяца в течение двух лет. При этом восстановленная иммунная система потенциально имеет иной репертуар иммунных клеток, с возможной реиндукцией толерантности к собственному миелину, что обеспечивает длительную супрессию активности заболевания в отсутствие последующего приема препарата.

В настоящий момент терапию препаратом кладрибин в Ульяновской области получает 5 человек (2 мужчин и 3 женщины), средний возраст $35 \pm 8,2$ года. Средний балл инвалидизации по шкале инвалидизации пациентов с рассеянным склерозом EDSS (Expanded Disability Status Scale) составляет 3,7 баллов, что соответствует амбулаторному пациенту. Среднее число обострений заболевания до перевода на Кладрибин составляло 5,8 за весь период от начала заболевания. Все пациенты были переведены на терапию ПИТРС данным препаратом ввиду неэффективности препаратов первой линии терапии и наличия высокоактивной формы течения рассеянного склероза. За период наблюдения пациентов ухудшения состояния в неврологическом статусе не зафиксировано, как и не зафиксировано серьезных нежелательных побочных эффектов (СНЯ). Ведение пациентов на кладрибине предусматривает наличие определенного плана управления рисками (ПУР). Так, до начала терапии предусмотрено проведение магнитно-резонансной томографии (МРТ) головного мозга на высокопольном томографе с контрастным усилением, рентгенография органов грудной клетки с последующей консультацией фтизиатра, оценка неврологического статуса по шкале EDSS, клинический анализ крови, биохимический анализ крови.

Таким образом, появление нового высокоэффективного препарата в таблетках с удобным режимом дозирования (максимально 20 таблеток за двухлетний период терапии), обладающего

оптимальным соотношением польза/риск среди высокоэффективных ПИТРС и минимальными требованиями к мониторингу, будет способствовать достижению контроля над активностью заболевания и улучшению качества жизни пациентов с ВАРС.

*Н.О. Жаринова, В.П. Малянкова, Т.В. Морозова,
Е.С. Преображенская*

ПРОФИЛЬ ПАЦИЕНТА С МИАСТЕНИЕЙ

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»

Миастения – аутоиммунное заболевание, обусловленное явлениями аутоагрессии с образованием антител к различным антигенным мишеням периферического нейромоторного аппарата, имеющее клинические проявления в виде слабости и патологической мышечной утомляемости. В России частота встречаемости миастении варьирует между регионами, составляя в среднем около 10–16 больных на 100 тыс. населения (Алексеева Т.М. и соавт., 2018 г.). Целью исследования являлось составление профиля пациента с миастенией, поскольку разнообразие клинических проявлений может проводить к неверному диагнозу или служить препятствием для своевременной его постановки.

Проводилось исследование медицинских карт пациентов, проходивших курс стационарного лечения в неврологическом отделении ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница» с верифицированным диагнозом «миастения» в 2022 г. Всего с шифром по международной классификации болезней МКБ-10 «G70» пролечено 39 человек (13 мужчин и 26 женщин), медианный возраст $61 \pm 15,5$ лет. По формам заболевания пациенты распределились следующим образом: генерализованная – 21 человек, глазная – 3 человека, краниобульбарная – 5 человек. 8 пациентов были госпитализированы в экстренном порядке, в том числе двое – в отделение реанимации и интенсивной терапии.

Проанализированы данные, касающиеся коморбидности пациентов, процесса установления диагноза, особенностей течения заболевания. Так, по данным исследования, у 28 человек (72%) была диагностирована миастения в условиях неврологического отделения ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница» первично. Медианное время постановки диагноза $6 \pm 36,88$ месяцев. Большинство пациентов до момента постановки диагноза наблюдались в поликлиниках по месту жительства с такими состояниями,

как ВСД, неврит лицевого нерва, остеохондроз. Обращает на себя внимание наличие в анамнезе у двух пациентов ошибочно проведенной процедуры блефаропластики. Поскольку миастения часто сопровождается наличием изменений в средостении (тимомы), исследовалась и частота проведения оперативных вмешательств: 6 человек (15%) перенесли тимэктомию, в настоящий момент все эти пациенты получают комбинированную (антихолинэстеразную+гормональную) терапию. Обращает на себя внимание большое количество коморбидных пациентов – 27 человек (69%), в том числе 6 пациентов, страдающих сахарным диабетом 2 типа. Ввиду особенностей современной эпидемиологической обстановки дополнительно проводилась оценка числа пациентов, перенесших новую коронавирусную инфекцию (НКВИ) COVID-19 – 14 человек (36%), из них 11 человек имели клинически подтвержденное ухудшение состояния на фоне перенесенной инфекции.

Полученные данные свидетельствуют о необходимости персонализированного подхода к данной группе пациентов. Ввиду особенностей патогенетического лечения (частое применение ГКС), пациенты должны находиться под вниманием терапевтов по причине высокого риска развития гипергликемии, потенциального риска развития артериальной гипертензии, возможного развития гастропатий. Доказано негативное влияние НКВИ на течение миастении, что также должно учитываться неврологами и терапевтами при ведении пациентов с данной патологией.

*Т.В. Федотова, Е.И. Алексеева, Н.А. Щеголева,
Л.И. Яковлева*

СИНДРОМ ГИЙЕНА-БАРРЕ КАК СЛЕДСТВИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»

Актуальность. Синдром Гийена-Барре (СГБ) – группа острых дизиммунных невропатий, гетерогенных по клинической картине и патофизиологическим механизмам развития. СГБ является самой частой причиной острого вялого тетрапареза. Со времени возникновения вспышки новой коронавирусной инфекции COVID-19 возрастает количество сообщений о неврологических проявлениях заболевания, одним из которых является синдром Гийена-Барре. Согласно имеющимся экспериментальным и клиническим данным, патогенез

СГБ обусловлен не прямым невропатическим действием инфекционного агента, а иммунным ответом на предшествующую инфекцию с перекрестным реагированием с компонентами периферических нервов по механизму молекулярной мимикрии. Иммунный ответ может быть направлен на миелин или аксоны периферических нервов, что приводит к демиелинизирующей и аксональной формам СГБ. Вероятно, данный сценарий патогенеза может быть применим и к SARS-CoV-2-индуцированному СГБ.

Цель исследования – изучить клинические особенности течения синдрома Гийена-Барре у больных, перенесших новую коронавирусную инфекцию COVID-19.

Материалы и методы. Были проанализированы медицинские карты пациентов, находившихся на лечении в отделении неврологии ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница» с диагнозом «синдром Гийена-Барре» в период с 2020 по 2022 гг. Проведено исследование клинических проявлений, результатов нейрофизиологического исследования, эффективности терапии у выделенной группы больных, имевших в анамнезе COVID-19 (33 пациента).

Результаты исследования. Возраст женщин от 32 лет до 73 лет, средний возраст – 55 лет. Возраст мужчин от 29 лет до 71 года, средний возраст – 51 год. Возрастной аспект группы в целом от 29 лет до 73 лет. У обследуемых изучался анамнез заболевания, анамнез жизни, было проведено исследование неврологического и соматического статуса. Применялись лабораторные (общие анализы крови, мочи, биохимические анализы крови), инструментальные методы обследования (МРТ, ЭНМГ верхних и нижних конечностей), диагностическая люмбальная пункция.

Чаще всего в неврологическом статусе у пациентов, переболевших COVID-19, выявлялись тетрапарез, гипо-, арефлексия, гипо-, гиперестезия по полиневритическому типу и пациенты не могли самостоятельно передвигаться. Изменения, выявленные при проведении ЭНМГ, характерны для аксонально-демиелинизирующего поражения нервов (малоберцовых, большеберцовых, срединных, локтевых), являющиеся следствием синдрома Гийена-Барре. В условиях неврологического отделения, проводилась патогенетическая терапия в соответствии с современными клиническими рекомендациями (плазмаферез, терапия высокодозными иммуноглобулинами), симптоматическая терапия (препаратами, улучшающими микроциркуляцию, витаминами группы В, физиотерапия, ЛФК, массаж, ГБО).

Заключение. В приведенном исследовании синдром Гийена-Барре, развившийся в результате инфицирования вирусом COVID-19, подтверждается как клиническими данными, характерными для СГБ, так и лабораторно-инструментальными (ЭНМГ-признаки аксонально-демиелинизирующего поражения) исследованиями. COVID-19 был подтвержден по данным лабораторных исследований. После курса стационарного лечения в неврологическом отделении ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница» наблюдалась положительная динамика в виде нарастания силы, объема движений в конечностях. Пациенты стали передвигаться самостоятельно, без посторонней помощи.

Данная работа имеет значение для практикующих врачей. В ней отражено наиболее частое осложнение, вызванное COVID-19, в виде синдрома Гийена-Барре. Выработана тактика эффективного лечения данной патологии.

Ш.Ф. Хаernasов

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДИСКОГЕННОЙ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОЙ РАДИКУЛОПАТИИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-НЕВРОЛОГА

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

Боль в спине хотя бы однажды на протяжении жизни испытывают 80–90% людей. По результатам исследования «Глобальное бремя болезней», во всем мире в 2010 году боль в спине была основной причиной утраты трудоспособности. 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 дерматоммах, слабостью в соответствующих миотомах (индикаторных мышцах), снижением или утратой коленного или ахиллова рефлексов. ДПКР чаще встречается у мужчин, чем у женщин, преобладает в возрасте 45–64 лет. 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; необъяснимая потеря веса, лихорадка, недавно перенесенные инфекционные заболевания, тазовые расстройства, парезы конечностей, анестезия промежности, утренняя скованность, молодой возраст (болезнь Бехтерева). Соматическое обследование проводится для исключения специфических причин боли в спине. 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»). У пациентов с нечеткой клинической картиной ДПКР могут быть использованы инструментальные методы диагностики (ЭНМГ, ЭМГ) для исключения поражения спинного мозга и других заболеваний периферической нервной системы. При хронической ДПКР целесообразна оценка психологических и социальных факторов боли. В каждом из случаев острого 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, период от 6 до 12 недель заболевания, и только потом решать вопрос о целесообразности оперативного вмешательства.

Пациентам с ДПКР рекомендуется лечебная гимнастика (кинезиотерапия). Пациентам с подострой и хронической ДПКР рекомендуется мануальная терапия. Среди методов мануальной терапии наиболее безопасны мягкие мышечные техники. У пациентов с хронической ДПКР могут быть использованы психологические методы терапии, включающие когнитивно-поведенческую терапию и терапию осознанности («mindfulness»). У пациентов с ДПКР могут быть использованы нестероидные противовоспалительные препараты, миорелаксанты центрального действия, противоэпилептические средства (габапентин, прегабалин). У пациентов с хронической ДПКР можно использовать антидепрессанты. Комплекс высокодозных витаминов группы В может быть использован при острой ДПКР. Микродискэктомия открытая или малоинвазивная (эндоскопическая) рекомендуется пациентам с ДПКР, если в течение 6–12 недель нет эффекта от консервативной терапии. Экстренное хирургическое лечение рекомендуется в ранние сроки при наличии синдрома поражения корешков конского хвоста. Реабилитация рекомендуется всем пациентам с ДПКР.

Санаторно-курортное лечение рекомендуется пациентам с хронической ДПКР. Дискогенная пояснично-крестцовая радикулопатия является важной междисциплинарной проблемой современной медицины и для ее решения необходимы совместные усилия врачей-неврологов, нейрохирургов, травматологов-ортопедов, реабилитологов.

В.В. Бакшев, К.А. Латылова, А.П. Пятаков, М.С. Скрипина

ЗЕРНИСТО-КЛЕТОЧНАЯ ОПУХОЛЬ (ОПУХОЛЬ АБРИКОСОВА) МЯГКИХ ТКАНЕЙ ПРАВОЙ ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ КАК ОПУХОЛЬ РЕДКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»

Введение. Доброкачественные новообразования – одна из нозологических групп, встречающихся среди различного возрастного контингента. Доброкачественные опухоли могут быть совершенно различной локализации: кожа, мягкие ткани или внутренние органы. Опухоли мягких тканей составляют около 2–5% онкопатологии взрослого населения. При диагностике и классификации новообразований мягких тканей возникают значительные трудности, что связано со сравнительно небольшой распространенностью этих опухолей, обилием сходства и различия их строения, доброкачественными и злокачественными вариантами, а также наличием опухолеподобных процессов.

Актуальность. В повседневной практике хирургов, нейрохирургов, патологоанатомов и онкологов зернисто-клеточная опухоль (опухоль Абрикосова) встречается редко, составляет около 10% встречающихся всех доброкачественных образований. Актуальность проблемы в онкологии связана с частым рецидивированием новообразования после удаления. Развивается новообразование преимущественно у женщин 30 - 50 лет. Опухоль может поражать различные области тела: кожа, мягкие ткани, грудь, нервную систему, желудочно-кишечный тракт, мочевого пузырь, лёгкие. Локализуется в 70% случаев в области головы, причем в 30% случаев поражает язык, реже – грудь и конечности. Миома из миобластов (опухоль Абрикосова) располагается в мышцах, особенно часто в языке, а также вне связи с мышцами – в коже, гортани, дёснах, гипофизе. Из мышц, кроме языка, чаще других поражаются икроножные мышцы, мышцы бедра и плеча. Опухоль макроскопически имеет форму узла, редко достигающего большого размера, не превышая обычно 2-3 см

в диаметре. Узел единичный, реже встречаются множественные. В крупных узлах наблюдаются кровоизлияния и участки некроза.

Учитывая редкость данной патологии, приводим описание результатов патоморфологической диагностики зернисто-клеточной опухоли (опухоль Абрикосова) на основании данных патологоанатомического исследования, проведенного в ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница» (ГУЗ УОКБ).

Цель исследования – провести анализ клинического случая зернисто-клеточной опухоли мягких тканей правой поясничной области (опухоль Абрикосова) на основании данных гистологического исследования операционного материала, проведенного в ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница».

Материалы и методы. Объектом исследования послужил операционный материал, исследование которого проводилось на базе патологоанатомического отделения ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница». После оперативного вмешательства материал был доставлен в патологоанатомическое отделение, подвергся осмотру, а затем гистологической проводке и заливке по стандартной методике. Изготовлены парафиновые срезы толщиной 15–20 мкм, которые затем окрашены гематоксилином и эозином. Выполнен морфологический анализ гистологических препаратов. При морфоскопии использованы бинокулярный микроскоп Carl Zeiss, увеличение 100 и 400, цифровая камера ММС-31М-12С.

Анализ показал, что в данной клинической ситуации имел место диагноз зернисто-клеточной опухоли (опухоль Абрикосова) мягких тканей правой поясничной области.

Результаты. Больная К., 58 лет, находилась в ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница», в нейрохирургическом отделении, с 07.02.2023 по 22.02.2023 года с диагнозом «паравerteбральная опухоль мягких тканей поясничной области справа». Пациентка поступила с жалобами на боли в пояснице. Из анамнеза известно, что ранее больная находилась на стационарном лечении в нейрохирургическом отделении ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница» с 01.11.2020 г. по 16.11.2020 г. с диагнозом «дорсопатия. Люмболизация. Грыжа диска L5-L6 справа». 05.11.2020 г. выполнена операция – Интергемилигаменэктомия L5-L6 справа. Удаление грыжи диска L5-L6 справа. По данным МРТ поясничного отдела позвоночника от 16.11.2023 г., на фоне послеоперационных изменений на уровне L4-L5 справа паравerteбрально неоднородное образование 25×15×28 мм с накоплениями контраста. 07.02.2023 г. пациентка госпитализирована в нейрохирургическое отделение ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница». При поступлении состояние удовлетворительное.

Местно – послеоперационный рубец без воспаления. Неврологический осмотр: ЧМИ без особенностей. Боль при перкуссии и пальпации вертебральных и паравертебральных точек на поясничном уровне. Симптом Ласега отрицательный. Парезов не выявлено. Глубокие рефлексy D=S. Функция тазовых органов не нарушена. 08.02.2023 г. выполнено оперативное вмешательство – удаление паравертебрального объёмного образования мягких тканей поясничной области справа. Послеоперационный период протекал без осложнений. Заживление раны первичным натяжением, швы сняты на 10-е сутки. Удалённое объёмное образование отправлено на гистологическое исследование. Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии с улучшением состояния, регрессом болевого синдрома под наблюдение хирурга и невролога в поликлинике по месту жительства. Рекомендована консультация в ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер».

При гистологическом исследовании – макроскопически: белесовато-бурые кус общим объёмом 1 см³. Взято целиком. Микроскопически: в материале зернисто-клеточная опухоль (опухоль Абрикосова) – гистологически: крупные клетки с центрально расположенными круглыми, иногда полиморфными ядрами, с сетчатой структурой хроматина, форма клеток разнообразна, то круглая, то овальная, то полигональная, встречаются клетки, напоминающие эмбриональные мышечные волокна с наличием в их цитоплазме миофибрилл с поперечной исчерченностью или с чередованием более тёмных или светлых сегментов, строма зернистая, нежная, образуют ячейки, сосудов немного.

Заключение. Таким образом, после проведённого микроскопического исследования операционного материала выявлена зернисто-клеточная опухоль (опухоль Абрикосова) мягких тканей правой поясничной области. Следует отметить, что, несмотря на редкость данного доброкачественного новообразования, врачам различной специальности, особенно неврологам, хирургам и нейрохирургам необходимо о ней помнить, при необходимости проводить дифференциальную диагностику с другими схожими по морфологическому строению опухолями.

Выводы. Опухоль Абрикосова с локализацией в послеоперационной области на туловище – редкая патология, которая, тем не менее, встречается в практике врачей и требует особого внимания.

*М.И. Шигапов, А.Н. Елистратов, С.В. Ретьман,
С.В. Сорокин*

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕОСЛОЖНЕННОЙ АГРЕССИВНОЙ ГЕМАНГИОМЫ

ГУЗ «Ульяновский областной клинический центр
специализированных видов медицинской помощи
им. Е.М. Чучкалова»

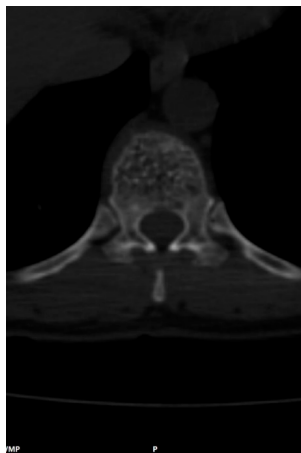
Актуальность. По литературным данным, гемангиомы встречаются в 2-3% случаев всех новообразований позвоночного столба. Гемангиома является доброкачественной опухолью, состоящей из вновь образованных кровеносных сосудов кавернозного и капиллярного типов. Наиболее чаще гемангиомы позвонков выявляются у женщин (в 2-2,5 раза чаще чем у мужчин).

В настоящее время стандартом лечения неосложненных агрессивных гемангиом тел позвонков является пункционная чрезкожная вертебропластика костным цементом (полиметилметакрилат). Основными эффектами чрезкожной вертебропластики при гемангиомах является: анальгезирующий, стабилизирующий, противоопухолевый.

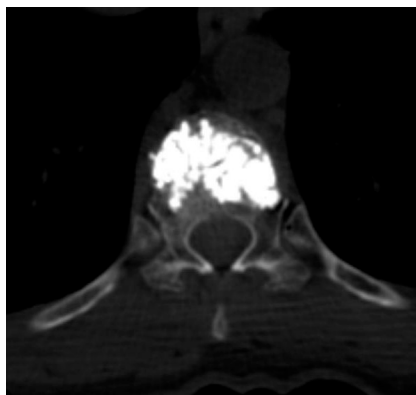
Материалы и методы. Разбор клинического случая произведен в условиях нейрохирургического отделения ГУЗ «УОКЦСВМП имени Е.М. Чучкалова», где оказывается медицинская помощь по профилю «нейрохирургия», коечный фонд составляет 60 койко-мест.

Нейровизуализация в ГУЗ «УОКЦСВМП» проводилась на компьютерном томографе «GeneralElectric» (64-срезовый аппарат). Операционная оснащена мобильным цифровым хирургическим рентгеновским аппаратом типа С-дуга «SIEMENS CIOS FUSION». Использовался костный цемент (полиметилметакрилат) производства США.

Результаты. Пациентка П, 50 лет 01.09.2022 поступила в плановом порядке в отделение нейрохирургии по направлению из поликлиники с жалобами на периодическую боль в области ниже- грудного отдела позвоночника. Пациентка работает на производстве, связанным с повышенной физической нагрузкой. 20.08.2021 г. самостоятельно выполнила МРТ и КТ грудного отдела позвоночника, где была выявлена гемангиома тела Th11 позвонка (Рисунок 1, Рисунок 2).

**Рисунок 1****Рисунок 2**

В условиях стационара: выполнена КТ позвоночного столба с контрастным усилением, где было выявлено накопление контрастного вещества в теле Th11 позвонка. 05.09.2022 в условиях операционной под контролем ЭОП была выполнена чрезкожная вертебропластика тела Th11 позвонка полиметилметакрилатом. После оперативного вмешательства пациентке была выполнена КТ грудного отдела позвоночника (Рисунок 3, Рисунок 4).

**Рисунок 3****Рисунок 4**

Через 4 часа после операции пациентка была активизирована. Послеоперационных осложнений не отмечено. Болевого синдрома, неврологического дефицита не наблюдалось. На вторые сутки

после операции пациентка выписана на дальнейшее лечение в амбулаторных условиях.

Выводы.

1. Пункционная чрезкожная вертебропластика при гемангиомах тел позвонков является общемировым принятым стандартом оказания медицинской помощи и должна быть использована для лечения пациентов с агрессивными гемангиомами позвонков по показаниям.
2. После выполнения оперативного вмешательства снижаются риски патологического перелома в области локализации гемангиомы, а также снижается возможность инвалидизации трудоспособного населения.
3. Оперативное вмешательство является малоинвазивным, не требующее кожных разрезов, в связи с чем снижаются риски послеоперационных осложнений и уменьшают сроки послеоперационной реабилитации.

*О.В. Шабалина, В.Д. Куликов, З.К. Фехретдинова,
Р.Р. Имамдинова*

**ПОКАЗАТЕЛИ РАБОТЫ
ГУЗ «ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ
ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР»
В 2022 ГОДУ**

ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность проблемы. Государственное учреждение здравоохранения «Областной клинический онкологический диспансер» (далее – ГУЗ ОКОД) является головным специализированным учреждением в системе оказания медицинской помощи по профилю «онкология» жителям Ульяновской области. В его задачи входит обеспечение в полном объеме специализированной стационарной и амбулаторной помощью больных со злокачественными новообразованиями и предопухолевыми заболеваниями. 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».

Цель – провести анализ основных показателей работы ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер» в 2022 году.

Результаты. В ГУЗ ОКОД в 2022 году было развернуто 360 коек круглосуточного пребывания, 132 койки дневного стационара. В 2022 году в амбулаторно-поликлинических подразделениях проведено 93 304 консультации. Территориальная программа государственных гарантий (далее – ТППГ) по амбулаторной помощи выполнена на 115,2% по посещениям, на 118,1% – по обращениям, на 116,1% – по консультациям. Выполнено высокотехнологичных обследований: КТ с контрастным усилением – 5691 случая (100% плана ТППГ), МРТ с контрастным усилением – 1122 случаев (81,9% плана ТППГ). В круглосуточном стационаре по профилю «онкология» пролечено 12067 больных (132,0% плана ТППГ), по профилю «радиология» пролечено 408 пациентов (116,6% ТППГ), в дневном стационаре по профилю «онкология» пролечено 5938 случаев (114,6% плана ТППГ), в дневной стационаре по радиологии – 469 (133,9% плана ТППГ). Работа койки круглосуточного стационара составила 278,2, что выше на 1,8% показателя 2021 года (273,2 – в 2021 году), работа койки в дневном стационаре составила 446,1, что на 6,1% выше показателя 2021 года (420,6 – в 2021 году). Оборот койки в 2022 году в круглосуточном

стационаре составил 35,8 (35,8 – в 2021 году), в дневном стационаре – 48,1, что на 3,4% выше показателя 2021 года (46,5 – в 2021 году). Среднее пребывание больного на койке в 2022 году составило 7,8, что выше на 0,2% показателя 2021 года (7,6 – в 2021 году). Общее количество проведенных операций в круглосуточном стационаре ГУЗ ОКОД – 5872, что выше на 13,7% показателя 2021 года (5166 в 2021 году). Хирургическая активность отделений – 53,8, что выше на 12,3% показателя 2021 года (47,9 в 2021 году). Количество курсов химиотерапии – 13128, что ниже на 2,0% показателя 2021 года (13393 курса в 2021 году). Количество курсов лучевой терапии – 1436, что выше на 14,3% показателя 2021 года (1256 курсов в 2021 году). Высокотехнологичная медицинская помощь оказана 1326 пациентам, что выше на 3,0% показателя 2021 года (1288 пациента в 2021 году). Больничная летальность остается стабильной на протяжении 3 лет – 0,4.

Заключение. Низкий показатель работы койки круглосуточного стационара обусловлен низкой средней длительностью пребывания больного на койке, высоким оборотом койки, активным внедрением стационарзамещающих технологий. 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 химиотерапии несколько снизилось в связи с перераспределением пациентов по дневным стационарам города и центрам амбулаторной онкологической помощи, проводящим противоопухолевое лекарственное лечение по рекомендациям ГУЗ ОКОД.

*О.В. Шабалина, В.Д. Куликов, С.В. Панченко,
А.В. Романова, С.А. Щелькалина*

**РЕАЛИЗАЦИЯ РЕГИОНАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ
«БОРЬБА С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ»
В УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ В 2022 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 плана 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 2022 году.

Результаты. В региональной программе «Борьба с онкологическими заболеваниями» определены целевые показатели на 2022 год: доля злокачественных новообразований, выявленных на ранних стадиях (I-II стадии) – 58,90%; удельный вес больных со злокачественными новообразованиями, состоящих на учете 5 лет и более – 58,10%; годовичная летальность больных со злокачественными новообразованиями – 21,50%, доля лиц с онкологическими заболеваниями, прошедших обследование и/или лечение в текущем году, в общем числе лиц с заболеваниями ЗНО, состоящих под диспансерным наблюдением – 70,0%.

Для достижения целевых показателей проводилась профилактическая работа с населением в рамках «Всемирного дня борьбы против рака», «Дня борьбы против рака груди», «Дня борьбы с меланомой», «Недели национальных проектов», врачи-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 УлГУ – проведено 9 Школ в режиме ВКС. Специалистами ГУЗ ОКОД осуществлялось курирование медицинских организаций Ульяновской области с целью оказания организационно-методической помощи по совершенствованию работы первичных онкокабинетов (40 выездов). Специалисты ГУЗ ОКОД участвовали в акциях регионального Центра общественного здоровья «Выездная поликлиника» (20 выездов). Обеспечено своевременное проведение конкурсных мероприятий по приобретению лекарственных противоопухолевых препаратов, лечебно-диагностического оборудования в ГУЗ ОКОД (приобретено и введено в эксплуатацию 12 единиц в 2022 году). Проведено 2 мастер-класса 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 (372 в 2022 г.). Обеспечено выполнение Территориальной программы государственных гарантий по круглосуточному и дневному стационару

в ГУЗ ОКОД на 100%. В Ульяновской области открыто 4 Центра амбулаторной онкологической помощи, что увеличило доступность медицинской помощи пациентам с подозрением или выявленным злокачественным новообразованием.

Выполнение показателей региональной программы в 2022 году: доля злокачественных новообразований, выявленных на ранних стадиях – 58,12% (показатель достигнут). Удельный вес больных со злокачественными новообразованиями, состоящих на учете 5 лет и более, – 58,91% (показатель достигнут). Одногодичная летальность – 20,54% (показатель достигнут). Доля лиц с онкологическими заболеваниями, прошедших обследование и/или лечение в текущем году – 74,0% (показатель достигнут).

Заключение. Достижение показателей федерального проекта на территории Ульяновской области говорит об эффективности проводимых мероприятий в рамках региональной программы.

*О.В. Шабалина, В.Д. Куликов, С.В. Панченко,
Е.Н. Заключениева*

РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ НА ТЕРРИТОРИИ УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ В 2022 ГОДУ

ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность проблемы. Залогом успешного лечения онкологических пациентов является выявление злокачественных новообразований на ранних стадиях. Активное выявление онкологических заболеваний осуществляется в рамках диспансеризации, профилактических осмотров, а также в рамках онкологической настороженности при осмотре пациентов смежными специалистами.

Цель – провести анализ раннего выявления злокачественных новообразований на территории Ульяновской области в 2022 году.

Материал и методы. Приказ МЗ РФ от 27 апреля 2021 года №404-н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» регламентировал проведение диспансеризации и профилактических осмотров в Российской Федерации.

Результаты. В 2022 году в Ульяновской области заболеваемость злокачественными новообразованиями составила 445,4 на 100 тыс.

населения, что на 5,4% выше, чем в 2021 году – 422,7 на 100 тыс. населения. Показатель активного выявления злокачественных новообразований в 2022 году составил 25,4%, что на 1,2% выше, чем в 2021 году – 25,1%. В 2022 году I-II стадию заболевания из числа больных, выявленных активно, имели 89,8, что на 2,8% выше, чем в 2021 году – 87,4%. В рамках профилактических мероприятий обследовано цитологическим методом 137 638 женщин, что соответствует 100,0% женского населения, подлежащего осмотру, в 2021 году – 130 189 женщин (95,7%). Осмотрено в мужских смотровых кабинетах 33 568 человек, что соответствует 64,8% мужского населения, подлежащего осмотру, в 2021 году – 42 869 (93,9%). Проведено исследований крови на простатспецифический антиген у 29 182 пациентов (122% к подлежащим), в 2021 году – 39 190 (122,0%), маммография проведена 76 299 женщинам (46,1% к подлежащим), в 2021 году – 55 354 (30,3%). Анализ кала на скрытую кровь проведен 81 751 пациентам, 85,7% подлежащим исследованию, в 2021 году – 30 727 (85,7%).

Заключение. Активное выявление злокачественных новообразований на ранних стадиях в 2022 году выше уровня 2021 года, что говорит об онконастороженности врачей первичных медицинских организаций. В Ульяновской области необходимо активизировать профилактические мероприятия, такие как маммография и анализ кала на скрытую кровь, для раннего выявления злокачественных новообразований молочной железы и колоректального рака.

*А.В. Головатюков, Д.И. Бурлаков, М.Ф. Идрисов,
А.С. Комаров*

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ БЛОКАДЫ НЕРВОВ ВЛАГАЛИЩА ПРЯМОЙ МЫШЦЫ ЖИВОТА В УСЛОВИЯХ АБДОМИНАЛЬНОЙ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ОНКОХИРУРГИИ

**ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер»
ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»**

Актуальность. Преимущества мультимодального подхода к построению анестезии приобретают особое значение при выполнении травматичных операций в онкохирургии органов брюшной полости. Реализация мультимодальной анальгезии (ММА) включает в себя использование ненаркотических анальгетиков, в частности

нестероидных противовоспалительных средств (НПВС), парацетамола, опиоидных анальгетиков и регионарной анальгезии – в различных комбинациях.

В последнее время вырос интерес к межфасциальным блокадам, как методу выбора регионарной анальгезии. Билатеральная блокада нервов влагалища прямой мышцы живота под ультразвуковым контролем, отвечает современным требованиям: простота методики, эффективность и безопасность для пациента.

Цель – провести оценку результатов методики блокады влагалищ прямых мышц живота в качестве метода регионарной анальгезии в периоперационном периоде у пациентов в абдоминальной и гинекологической хирургии.

Материалы и исследования. За год выполнено 20 процедур блокад, они выполнены под УЗ навигацией, из них 10 процедур с катетеризацией межфасциального пространства с использованием эластомерных инфузионных помп, с возможностью регулирования скорости введения анестетика. Возраст пациентов от 35 до 71 года, из них 8 мужчин, 12 женщин. Основной диагноз – ЗНО прямой кишки и рак матки. Доступ – срединная лапаротомия. Эффективность методики оценивалась по визуально-аналоговой шкале (ВАШ).

Результаты. При билатеральной установке катетера и подключения эластомерной помпы (в сочетании с использованием НПВС+парацетамол) пациенты оценивали боль по шкале ВАШ – 2-4 балла в 1 сутки, 1-2 балла – на 2-е сутки. Опиоидные анальгетики (трамадол 100 мг в/м) применялись в 3 случаях при прорывной боли.

При проведении блокады прямых мышц живота без катетеризации (у 10 пациентов), также с использованием НПВС+парацетамол, по шкале ВАШ 2-4 балла в 1 сутки, 3-5 баллов на 2 сутки. Всем назначались дополнительно через 8 часов, в 3 случаях – промедол (в дозе 20 мг в/м каждые 8 ч), в 7 – трамадол (в дозе 20 мг в/м каждые 8 ч). Меньшая эффективность во втором случае связана с ограничением времени действия и объема введенного анестетика. Двухстороннее введение местного анестетика во влагалище прямых мышц живота обеспечивает гарантированную анальгезию центральной зоны передней брюшной стенки от мечевидного отростка до лобкового симфиза. При введении местных анестетиков во влагалища прямых мышц живота блокируется лишь соматическая боль (возникающая при повреждении расположенных надбрюшинно структур). При внутрибрюшных операциях боль имеет также и висцеральный компонент, для купирования которого требуется проведение системной анальгезии.

Во всех случаях данная методика показала эффективность в улучшении качества обезболивания по сравнению с системной анальгезией, что позволило снизить расход опиоидов в послеоперационном периоде и способствовало раннему восстановлению функции дыхания, активизации пациентов. Осложнений не было.

Выводы. Выполненная блокада влагалища прямой мышцы живота под контролем ультразвука вписывается в концепцию мультимодальной анальгезии: позволяет добиться упреждающей анальгезии; дает возможность продленной анальгезии; безопасна и эффективна, особенно при противопоказаниях к эпидуральной блокаде (коагулопатия); способствует быстрой активизации пациентов и укладывается в концепцию fast-track surgery.

*А.В. Жинов, С.В. Городнов, С. Мохаммад, Н.А. Романов,
Б.Х. Камалов, Б.В. Аброськин, Р.И. Казыханов*

ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ПЕЧЕНИ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ

ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Статистика развитых стран мира свидетельствует о неуклонном росте впервые выявленных случаев рака толстой и прямой кишки по сравнению со злокачественными опухолями любой другой локализации, кроме рака легкого. В мире, в целом, заболеваемость неодинакова: самые высокие показатели заболеваемости в Австралии и Новой Зеландии, Европе и Северной Америке, а самые низкие – в Африке и Центральной и Южной Азии.

Тревожным фактом является высокий уровень летальности на первом году жизни после установления диагноза, обусловленный тем, что при первичном обращении пациентов к врачу запущенные формы рака (III-IV стадии) уже имеют более 70% пациентов с раком ободочной кишки и более 60% пациентов с раком прямой кишки, при этом хирургическому лечению подвергается около 40% больных.

Эволюция хирургического лечения метастазов колоректального рака в печени свидетельствует, что длительное время даже при солитарных метастазов лечение больных ограничивалось лишь выполнением оперативных вмешательств на толстой кишке.

В настоящее время хирургическое лечение солитарных метастазов колоректального рака печени, применяемое как синхронно с удалением первичной опухоли, так и в более поздние сроки по мере их выявления, приобретает всю большую популярность и является приоритетом стратегии лечения, что объясняется, с одной стороны, ростом числа пациентов с диссеминированными формами и с другой – отсутствием эффективных альтернативных методов. пятилетняя выживаемость больных после резекции печени по поводу колоректальных метастазов составляет 30–40%.

Цель – оценка эффективности хирургической резекции печени при метастатическом поражении колоректального рака.

Материал и методы исследования. Проведен анализ результатов лечения 139 пациентов, которым была выполнена резекция печени по поводу метастазов колоректального рака в 1 хирургическом отделении ГУЗ ОКОД с 2018 по 2022 гг. Период наблюдения составил от 3 до 34 мес. Мужчин было 79 (56,83%), женщин – 60 (43,16%). Средний возраст пациентов составил $63,2 \pm 7,42$ года. У всех пациентов была удалена первичная опухоль с регионарными лимфатическими узлами.

В 35% операции выполнены при синхронном течении метастатического поражения. В 65% операции выполнены у пациентов с метакронным метастатическим процессом.

Проанализированы послеоперационная летальность и осложнения. Медиана и средние значения были использованы для непрерывных переменных. Частота и проценты были рассчитаны для категориальных переменных. Выживаемость оценивалась по методу Каплана-Мейера.

Результаты. Среди выполненных операций 16,9% гемигепатэктомий и 83,1% анатомических и атипичных резекций печени. Комбинированные оперативные вмешательства выполнены у 34 пациентов (30,1%), у 95 (69,9%) выполнены этапные или самостоятельные оперативные вмешательства. Длительность операций составила $134,3 \pm 54,7$ минут, кровопотеря $325,7 \pm 77,3$ мл.

В раннем послеоперационном периоде осложнения более 2 класса по системе градации Clavien-Dindo у 9 пациентов (6,4%): биллома у 4 пациентов, гематома у 1 пациентов, экссудативный плеврит у 2, тромбоз воротной вены у 1, острая печеночно-почечная недостаточность у 1. Послеоперационная летальность составила 1,6% (2 пациента): тромбоз воротной вены и острая печеночно-почечная недостаточность.

Медиана наблюдения 28 месяцев. Медиана выживаемости у больных составила 65,2%.

Выводы. Хирургическая резекция является основным и эффективным методом лечения пациентов с метастазами колоректального рака в печени. Резекция печени по поводу ее метастатического поражения сопровождается низкой летальностью (1,6%) и незначительными осложнениями (6,4%).

*А.В. Жинов, С.В. Городнов, Н.А. Романов, Н.В. Деньгина,
Б.В. Аброськин, Р.И. Казыханов, С. Мохаммад,
М.С. Владимиркина*

ТОТАЛЬНАЯ НЕОАДЪЮВАНТНАЯ ТЕРАПИЯ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. За последние 50 лет мы видим значительные изменения в результатах лечения рака прямой кишки. Во-первых, существенно снизилась послеоперационная летальность (не более 2-3% в экспертных клиниках), во-вторых, специалисты сумели побороть проблему местных рецидивов, уменьшив их количество на 75%. Кроме того, увеличилась продолжительность жизни у больных раком прямой кишки в 2 раза. Конечно же, все это произошло благодаря концепции Б. Хилда – тотальной мезоректумэктомии (ТМЭ). Кроме того, этому послужило внедрение в клиническую практику химиолучевой терапии, особенно в ее неoadъювантном исполнении. Современный подход заключается в проведении лекарственной терапии перед операцией, обеспечивая тем самым так называемый подход TNT – тотальной неoadъювантной терапии.

Такая тенденция была обусловлена тем, что ТМЭ не обеспечивала достаточно высокого уровня локального контроля над опухолью, чтобы быть единственным методом лечения рака прямой кишки, в дальнейшем у 40–50% больных, перенесших только хирургическое лечение, возникают локальные рецидивы и отдалённые метастазы. Тем не менее, отдаленные метастазы оставались и остаются нерешенной проблемой, являясь важной причиной смерти пациентов от рака прямой кишки. В связи с этим наряду с внедрением в клиническую практику концепции ТМЭ, активно изучается эффективность химиотерапии и лучевой терапии.

Цель – оценка эффективности тотальной неoadъювантной терапия рака прямой кишки.

Материал и методы исследования. Проведен анализ результатов лечения 33 пациентов, которым была выполнена тотальная неoadъювантная терапия рака прямой кишки с последующим радикальным оперативным лечением в 1 хирургическом отделении ГУЗ ОКОД, с 2020 по 2022 г. Мужчин было 19 (57,58%), женщин – 14 (42,42%). Средний возраст пациентов составил $60,2 \pm 6,32$ года. У всех пациентов была удалена первичная опухоль с регионарными лимфатическими узлами.

Курс тотальной неoadъювантной терапии рака прямой кишки был выполнен по следующей схеме: короткий курс лучевой терапии в течение 5 дней (ПОД 5 Гр, СОД 25 Гр), затем через 14 дней химиотерапия в режиме FOLFOX (в течение 12-18 недель), затем через 2-3 недели – оперативное лечение.

Результаты. В 87,88% была выполнена резекция прямой кишки. В 12,12% была выполнена брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки. Длительность операций составила $94,3 \pm 44,7$ минут, кровопотеря $150,5 \pm 34,3$ мл. В раннем послеоперационном периоде осложнения более 2 по Clavien-Dindo у 3 пациентов (9,1%). Эвентрация у 1 пациента (3%), кровотечение у 1 пациента (3%), непроходимость у 1 пациента (3%).

Лечебный патоморфоз оценивался по данным МРТ и по данным патоморфологического исследования по шкале mrTRG в модификации Mandart. По данным МРТ полнота лечебного патоморфоза была следующей: TRG 1 – 6%, TRG 2 – 28%, TRG 3 – 60%, TRG 4 – 6%. По данным патоморфологического исследования полнота лечебного патоморфоза была следующей: TRG 1 – 18%, TRG 2 – 18%, TRG 3 – 61%, TRG 4 – 3%. Результаты оценки лечебного патоморфоза по данным МРТ практически полностью соответствовали результатам морфологического исследования удаленного препарата.

Выводы. Несомненные преимущества подобного неoadъювантного лечения (5×5 плюс химиотерапия с отсроченной операцией) были отмечены не раз многими известными специалистами по раку прямой кишки: краткость облучения (5 дней против 5 недель), вероятная экономическая целесообразность, меньшая токсичность, безопасность применения у пожилых и ослабленных больных, а также равноэффективность (по данным нескольких рандомизированных исследований) в плане отсутствия значимых различий в частоте локальных рецидивов, сохранении сфинктера, общей выживаемости. Короткий курс позволяет начать адекватную химиотерапию (в отличие от неоптимальной при химиолучевом лечении) в кратчайшие сроки.

Тотальная неoadъювантная терапия рака прямой кишки уже зарекомендовала себя не только в лечении местнораспространенного, но и впервые диагностированного метастатического рака прямой кишки.

А.А. Князева, О.А. Подъячева

РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ ИБРУТИНИБА ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕФРАКТЕРНОЙ ЛИМФОМЫ ИЗ КЛЕТОК МАНТИИ

ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность проблемы. Лимфома из клеток мантии (ЛКМ) составляет около 3–10% от всех вновь диагностированных случаев неходжскинских лимфом. Болеют преимущественно мужчины старше 60 лет (медиана возраста 65–75 лет, М:Ж (2 – 4:1). Несмотря на случаи индолентного течения, ЛКМ относится к группе агрессивных лимфом. Основной проблемой в определении терапевтической тактики при ЛКМ является малое количество проспективных рандомизированных исследований, что связано с редкостью самого заболевания. Выбор тактики лечения при ЛКМ зависит от возраста, соматического статуса и других факторов риска, определяемых в соответствии с критериями международного прогностического индекса лимфомы из клеток мантии (MIP1). Применение индекса MIP1 позволяет избежать случаев включения молодых больных с бластоидным вариантом заболевания в группу низкого риска. Терапевтическая тактика различается в широких пределах от выжидательной (в случаях бессимптомного течения) до высокодозной полихимиотерапии в первой линии терапии пациентов до 60 лет. Медиана возраста больных ЛКМ колеблется около 65 лет, что ограничивает проведение интенсивной терапии более, чем в половине случаев. У больных с распространенными стадиями старше 60–65 лет и пациентов, не являющихся кандидатами для проведения интенсивной терапии, целью терапии первой линии является достижение ремиссии и ее поддержание нехимиотерапевтическими агентами. В связи с невозможностью эскалации цитостатического противоопухолевого воздействия наибольшей эффективностью в терапии рецидивов у пожилых пациентов обладает ибрутиниб (±ритуксимаб). Ибрутиниб является мощным низкомолекулярным ингибитором тирозинкиназы Брутона, выступающей в качестве важной сигнальной молекулы антигенных рецепторов В-клеток (BCR) и цитокиновых рецепторов. Сигнальный

путь BCR задействован в патогенезе ряда В-клеточных лимфом, включая лимфому из клеток мантийной зоны.

Цель исследования – оценить результаты применения ибрутиниба при лечении рецидива лимфомы из клеток мантии у пожилого пациента, не являющегося кандидатом для высокодозной полихимиотерапии на опыте отделения химиотерапии №2 ГУЗ ОКОД г. Ульяновска.

Материалы и методы исследования. Ежегодно в Ульяновской области выявляется 90–110 новых случаев неходжкинских лимфом, из них – 3-5 пациентов с ЛКМ. Средний возраст заболевших составил 68,5 лет (от 52 до 85 лет). Преобладают пациенты мужского пола (80%). Ежегодно более половины (57–83%) впервые выявленных пациентов с ЛКМ имеют распространенные (III–IV) стадии заболевания. Часто в процесс вовлечены экстранодальные зоны.

Результаты. Противоопухолевая лекарственная терапия была проведена всем пациентам с впервые выявленной ЛКМ. В качестве первой линии терапии применялись схемы полихимиотерапии R-СНОР, R-СНОР/R-DHAP (у пациентов моложе 60 лет с бластоидным вариантом ЛКМ и III, IV стадией заболевания), R-B, R-BAC. После проведения всей программы индукционной полихимиотерапии для оценки полноты ремиссии пациентам с ЛКМ проводилась ПЭТ/КТ. В 80% выявлена частичная ремиссия после 1 линии терапии. Однако в течение 1 года после установления ремиссии зарегистрированы рецидивы заболевания, в основном это пациенты старше 65 лет, не являющиеся кандидатами для высокодозной полихимиотерапии с аутоТГСК.

Пациент, мужчина 77 лет, с ЛКМ IVB стадии с поражением, внутригрудных, забрюшинных, внутрибрюшных лимфатических узлов, селезенки, толстого кишечника. Проведено 6 циклов индукционной терапии в режиме R-СНОР. Достигнута частичная ремиссия по данным ПЭТ/КТ, при этом по данным фиброколоноскопии сохранялось поражение лимфомой кишечника (подтверждено при гистологическом исследовании). Через 2 месяца от начала поддерживающей терапии ритуксимабом у пациента выявлено прогрессирование процесса с поражением кишечника по данным контрольной фиброколоноскопии и данным ПЭТ/КТ (увеличилась интенсивность накопления РФП в очагах гиперметаболизма). Согласно клиническим рекомендациям МЗ РФ по лечению ЛКМ (2020 г.), при развитии раннего рецидива у пожилых пациентов наибольшей эффективностью обладает ибрутиниб. Пациенту начата таргетная терапия ибрутинибом 560 мг в сутки внутрь ежедневно. После 3 месяцев терапии Ибрутинибом зарегистрирована полная ремиссия по данным контрольной ПЭТ/КТ (ранее отмеченная гиперфиксация РФП в стенках ободочной кишки не определяется).

Длительность таргетной терапии составляет 10 месяцев, нежелательных явлений за время лечения не отмечено. По данным контрольного исследования сохраняется полный ответ.

Выводы. Таким образом, в настоящее время остаются проблемы в выборе терапии первой линии лимфомы из клеток мантии. Так как медиана возраста пациентов с ЛКМ колеблется около 65 лет, проведение интенсивной терапии в 1 линии ограничено не менее чем в половине случаев. Постоянный поиск новых схем иммунополихимиотерапии не позволяет выделить «золотой» стандарт», однако любая интенсификация сопряжена с токсичностью. Ибрутиниб в комбинации с ритуксимабом или без него в терапии пациентов с рецидивирующей или рефрактерной мантийноклеточной лимфомы открывает новые возможности терапии агрессивных форм лимфомы из клеток мантии, особенно у пациентов старше 60 лет. Таргетная терапия имеет контролируемый профиль безопасности.

М.Г. Кузнеценкова, О.А. Подъячева

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОБИНУТУЗУМАБА В ПЕРВОЙ ЛИНИИ ТЕРАПИИ ФОЛЛИКУЛЯРНОЙ ЛИМФОМЫ

ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность проблемы. Фолликулярная лимфома (ФЛ) является наиболее распространенной индолентной неходжкинской лимфомой (НХЛ), происходящая из В-клеток. Медиана возраста пациентов составляет 60 лет, соотношение мужчин и женщин приблизительно 1/1,7. Заболевание в основном характеризуется длительным индолентным течением с множественными ремиссиями и рецидивами. Индивидуальный риск долгосрочной выживаемости больных определяется при помощи международного прогностического индекса ФЛ (FLIPI). Стандартом лечения первой линии большинства пациентов с ФЛ является иммунохимиотерапия. Несмотря на эффективность лечения на основе комбинации ритуксимаба и химиотерапии в случае индолентных НХЛ, в том числе ФЛ, значительная часть пациентов становятся устойчивыми к лечению или возникает рецидив заболевания. Для улучшения выживаемости без прогрессирования и соответственно прогноза пациентов непрерывно идет поиск наиболее эффективных вариантов терапии. Исследование III фазы GALLIUM сравнило эффективность

и безопасность терапии на основе моноклонального анти-CD20 антитела третьего поколения обинутузумаба (G-химиотерапия) с терапией на основе ритуксимаба (R-химиотерапия) в первой линии у пациентов с распространенными стадиями фолликулярной лимфомы (n=1202). Пятилетняя выживаемость без прогрессирования была достоверно выше в группе пациентов, получающих режимы на основе обинутузумаба (медиана наблюдения составила 76,5 месяцев): 70,5% в группе G-XT и 63,2% в группе R-XT (HR 0.76 (0,62-0,92), p=0,0043). Терапия обинутузумабом на 47,6% снижает риск прогрессирования заболевания в течение 24 месяцев (POD24).

Цель исследования – оценить клиническую эффективность и безопасность терапии на основе обинутузумаба в первой линии лечения фолликулярной лимфомы.

Материалы и методы исследования. Ежегодно в Ульяновской области выявляется 90–115 новых случаев неходжкинских лимфом, из них 10–17 пациентов с фолликулярной лимфомой. Средний возраст заболевших составляет 60 лет (от 34 до 89 лет). Преобладают пациенты мужского пола (70%). Ежегодно менее половины (35%) впервые выявленных пациентов с ФЛ имеют распространенные (III–IV) стадии заболевания, более половины (23%–29%) с ФЛ имеют (I–II) стадии заболевания.

Результаты. Противоопухолевая лекарственная терапия была проведена большинству пациентов с впервые выявленной ФЛ. В качестве первой линии терапии применялись схемы иммунохимиотерапии R-CHOP, R-B, R-CVP, а также монотерапия ритуксимабом. После проведения всей программы индукционной полихимиотерапии для оценки полноты ремиссии пациентам с ФЛ проводилась ПЭТ/КТ. В 2022 г. в условиях ГУЗ ОКОД впервые был применен обинутузумаб пациентам с ФЛ.

Пациент П.А.А, 60 лет, по данным МСКТ органов грудной клетки, брюшной полости и малого таза с контрастным усилением выявлены КТ-признаки лимфопролиферативного заболевания с поражением паховых лимфоузлов слева (размеры 75×61мм). Гистологическое+ИГХ-заключение биоптата паховых лимфоузлов слева: Фолликулярная лимфома с диффузным ростом low grade G2. По данным гистологического исследования трепанобиоптата костного мозга признаков поражения лимфомой не выявлено. При ПЭТ/КТ всего тела выявлены признаки патологического метаболически активного лимфопролиферативного процесса с поражением наружных подвздошных лимфоузлов слева, паховых лимфоузлов слева. Таким образом, у пациента определена фолликулярная лимфома 2 цитологического типа, II В стадия с поражением наружных подвздошных лимфоузлов, паховых лимфоузлов слева

(массивное поражение – более 7 см), 2 балла по шкале FLIP. Согласно клиническим рекомендациям МЗ РФ по лечению ФЛ (2020г.) пациенту для достижения ремиссии рекомендовано проведение различных режимов иммунохимиотерапии (на выбор лечащего врача). Учитывая большой объем опухоли, пациенту было проведено 6 циклов системной терапии по схеме бендамустин+обинутузумаб. Нежелательных явлений не отмечено. При контрольной ПЭТ/КТ всего тела получены данные за полный метаболический ответ (Deauville-2 балла). Учитывая достигнутую полную ремиссию, пациенту планируется проведение поддерживающей терапии обинутузумабом.

Выводы. Обинутузумаб превосходит по эффективности ритуксимаб в первой линии терапии фолликулярной лимфомы и может использоваться для улучшения результатов терапии у пациентов с распространенными стадиями заболевания, начиная с первой линии терапии.

*Л.В. Матвеева, А.С. Toure, М.Г. Шарафутдинов,
Д.Ф. Насардинова*

ПРОФИЛАКТИКА ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОНКОПАТОЛОГИЕЙ

ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер»
ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»

Актуальность. Венозные тромбоэмболические осложнения (ВТЭО) – наиболее частое осложнение у онкологических пациентов, а тромбоемболия легочной артерии – частая причина смерти у пациентов с активным раком.

Материалы и методы. По данным литературного обзора среди патогенетических механизмов венозных тромбозов рассматривают прямой токсический эффект на эндотелий у некоторых групп химиопрепаратов, прокоагуляционный эффект опухоли, угнетение эндогенного фибринолиза и повышение агрегации тромбоцитов. Госпитализация в два раза повышает частоту ВТЭ у онкологических больных. 40% всех ВТЭ у онкологических больных происходит спустя 21 день после хирургического вмешательства, а самым опасным днем оказались 10-е сутки (диапазон 0–30-е сутки). По результатам исследования частота развития ВТЭ через 3,5 мес. после начала химиотерапии составляет 7,3%, через 12 мес – 13,5%, причем самый

высокий риск ВТЭО выявлен у больных раком поджелудочной железы, желудка и легких. В первые 3 мес после постановки диагноза риск ВТЭО увеличивается в 53 раза. Через 2 года относительный риск развития ВТЭО у онкологических больных значительно уменьшается, но все еще остается более высоким, чем у пациентов с другими заболеваниями. Стадия рака также играет важную роль в развитии ВТЭО, наличие отдаленных метастазов при солидных опухолях повышает риск венозных тромбозов в 58 раз. Больные с отдаленными метастазами имеют в 20 раз больший риск ВТЭО по сравнению с пациентами без отдаленных метастазов. А. Khorana опубликовал протокол, основанный на наборе простых переменных – типе рака, индексе массы тела и клиническом анализе крови с оценкой уровня тромбоцитов, лейкоцитов, гемоглобина, который помогает предсказать риск развития ВТЭО у амбулаторных пациентов, получающих химиотерапию. Для оценки клинической вероятности тромбоза глубоких вен часто используются критерии Уэллса, они учитывают ряд факторов, каждый из которых оценивается в 1 балл.

Профилактика ВТЭО у госпитализированных больных: стационарным онкологическим больным, пациентам с ограниченной подвижностью, с тяжелыми лекарственными осложнениями рекомендована профилактика с использованием НМГ, НФГ или фондапаринуксом (уровень доказательности IA). Варфарин или его аналоги назначаются в течение не менее 3–6 мес в терапевтических дозах с целевым значением МНО от 2 до 3. Однако такая терапия также может быть проблематичной у больных со злокачественными новообразованиями (ЗНО). Лекарственное взаимодействие, недостаточное питание и дисфункция печени могут обусловить широкие отклонения показателя МНО. На основании крупных клинических исследований в настоящее время сформулированы основные клинические ситуации, при которых использование антикоагулянтов при ЗНО не оправдано: активное неконтролируемое кровотечение; активное цереброваскулярное кровоизлияние; поражение головного или спинного мозга с высоким риском развития кровотечения; перикардит; острая язва желудка и двенадцатиперстной кишки; тяжелая неконтролируемая или злокачественная гипертензия; трансфузия более 2 доз свежезамороженной плазмы за 24 ч для остановки кровотечения; хроническое, но клинически значимое кровотечение; тромбоцитопения III–IV степени; тяжелая дисфункция тромбоцитов; недавно выполненная операция с высоким риском развития кровотечения. При проведении терапии рекомендуется начинать лечение с назначения НМГ или ПОАК или фондапаринукса натрия

или гепарина натрия. НМГ или фондапаринукс натрия предпочтительнее НФГ в первые 5–10 дней при отсутствии тяжелых нарушений функции почек (клиренс креатинина). Рекомендуется продолжать лечение антикоагулянтами не менее 6 месяцев. НМГ и ПОАК предпочтительнее АВК. Катетер-ассоциированный тромбоз рекомендуется лечить НМГ или НМГ с последующим переводом на АВК не менее 3 месяцев, антикоагулянтную терапию необходимо продлить, если катетер оставлен в центральной вене. К механическим способам профилактики относятся: ношение эластичных чулок; эластическое бинтование; перемежающаяся пневматическая компрессия нижних конечностей; венозный насос для стопы. Рутинное проведение фармакологической профилактики ВТЭО у пациентов, получающих противоопухолевую лекарственную терапию, не рекомендуется.

Выводы. Эффективная профилактика и лечение ВТЭО у онкологических больных значительно повышают выживаемость. Поэтому точная селекция пациентов с угрозой развития ВТЭО имеет важное значение для снижения риска развития тромбоза.

*И.С. Панченко, В.В. Родионов, С.В. Панченко,
М.Г. Шарафутдинов*

ВЛИЯНИЕ ЭКСПРЕССИИ АНДРОГЕНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ НА ВЫЖИВАЕМОСТЬ БОЛЬНЫХ С ТРИЖДЫ НЕГАТИВНЫМ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

**ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер»
ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова»
ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»**

Известно, что трижды негативный рак молочной железы (далее ТНРМЖ) представляет собой гетерогенную группу злокачественных новообразований (ЗНО) молочной железы, которая характеризуется неблагоприятными прогностическими параметрами: поражает молодое трудоспособное население (Атахова Н.Э. и др., 2018), характеризуется высоким риском локорегионарного рецидива (Li J., et al, 2011) и низкими показателями общей выживаемости (Bauer K.R., et al, 2007). В настоящее время ТНРМЖ, все чаще рассматривается с точки зрения молекулярно-генетических особенностей. Согласно данным литературы в структуре ТНРМЖ выделяют от 4 (Burststein M.D., et al, 2015) до 6 (Lehmann B.D., et al,

2011) подтипов, имеющих разные клинико-морфологические и прогностические особенности. Одним из наименее изученных молекулярных подтипов ТНРМЖ является люминальный андрогеновый подтип (далее ЛАР) (Burstein M.D., et al, 2015).

Согласно данным литературы, экспрессия андрогеновых рецепторов (АР) при раке молочной железы обнаруживается в 70% образцов различных ИГХ-подтипов (Vera-Badillo F.E., et al, 2014), причем при ТНРМЖ с частотой от 22 до 35% (McNamara K.M., et al, 2013). Изучение влияния экспрессии АР на прогноз у пациентов с ТНРМЖ в настоящее время нуждается в изучении.

В своем исследовании на примере 253 пациенток с ТНРМЖ мы анализировали общую и безрецидивную выживаемость у пациенток с экспрессией АР. Определяли экспрессию АР ИГХ-методом с использованием моноклональных антител (клон АЕ441, ДАКО, концентрированные мышинные моноклональные антитела). Случаями с положительной экспрессией считали образцы $\geq 10\%$ позитивно окрашенных клеток, АР-негативные опухоли определялись при наличии слабого мембранного и цитоплазматического окрашивания менее чем в 10% опухолевых клеток.

Было сформировано 2 группы пациентов: с наличием экспрессии АР-45 (18%) человек – исследуемая группа, без экспрессии АР-208 (82%) человек – контрольная группа. Всего было зарегистрировано 44 летальных исхода: исследуемая группа – 10 (22,2%) человек, контрольная группа – 34 (13,4%) пациентки. Локорегионарных рецидивов было зарегистрировано 12 случаев: в исследуемой группе – 5 (11,1%) человек, в контрольной группе – 7 (3,4%) пациенток. Оценивали общую и безрецидивную выживаемость. Различий ни в общей (log-rank test $p=0,22$), ни в безрецидивной выживаемости (log-rank test $p=0,17$) между сравниваемыми группами выделить не удалось.

Исходя из полученных результатов, мы сделали заключение, что использовать экспрессию АР как прогностический параметр при ТНРМЖ, в настоящее время, является нецелесообразным.

А.А. Ревва, М.Г. Шарафутдинов, Л.В. Матвеева

КОРРЕКЦИЯ АНЕМИИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

**ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер»
ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»**

Анемия является одной из самых частых проблем во время лечения пациентов со злокачественными новообразованиями и также зачастую присутствует на этапе постановки диагноза.

Распространенность анемии у пациентов значительно возрастает вследствие проведения интенсивной противоопухолевой терапии, при этом, чем выше интенсивность химиотерапии, тем тяжелее будет протекать анемия и соответственно потребность в заместительной гемотранфузионной терапии будет выше.

Анемия при злокачественных новообразованиях (АЗН) – это состояние, при котором наблюдается снижение концентрации гемоглобина ниже нормального уровня (обычно 120 г/л) или более чем на 20 г/л от исходного значения. Анемия возникает как следствие самой опухоли или ее лечения (рабочая группа RUSSCO по поддерживающей терапии, Практические рекомендации, 2021).

Патогенез анемии у пациентов с АЗН весьма сложен и сопряжен как с прямыми, так и с опосредованными эффектами опухолевого процесса на организм. К ним относятся: кровотечения, инфильтрация костного мозга опухолевыми клетками, миелотоксические эффекты химиотерапии, избыточная выработка провоспалительных цитокинов и связанные с ними нарушения метаболизма железа и эритропоэза. Данные патофизиологические реакции приводят к нарушению пролиферации, дифференцировки и созревания костномозговых эритроидных коммитированных предшественников (А.В. Снеговой и др, 2016).

Большинство препаратов подавляют пролиферацию клеток предшественников гемопоэза в костном мозге. Некоторые противоопухолевые препараты непосредственно и избирательно подавляют продукцию эритропоэтина в почках, снижая чувствительность перитубулярных фибробластов к гипоксии. Другими причинами развития анемии у пациентов со злокачественными новообразованиями могут быть: аутоиммунный и микроангиопатический гемолиз, замещение нормальных ростков кроветворения на опухолевые клетки при гемобластозах или метастазах солидных опухолей, нарушение

функции почек, кровотечения, дефицит железа, фолатов, витамина B12, интеркуррентные заболевания (Schwartz RN, 2007).

Клиническая значимость анемии при злокачественных новообразованиях очень высока. Наблюдается отрицательное влияние на качество жизни онкологических больных с развитием слабости, отрицательное влияние на продолжительность жизни при большинстве типов опухолей, снижение эффективности противоопухолевого лечения (рабочая группа RUSSCO по поддерживающей терапии, Практические рекомендации, 2021).

Также наблюдается отрицательное влияние предоперационной анемии на клинические исходы пациентов. По сравнению с пациентами без анемии, у пациентов, перенесших операции по поводу целого ряда онкологических заболеваний, анемия вызывает снижение показателей выживаемости, сокращение времени выживаемости без прогрессирования, ранние рецидивы заболевания, высокую смертность. (Xia L, Guzzo TJ, 2017).

Различные терапевтические подходы имеют пользу и риски или ограничения. К примеру, эритропоэстимулирующие препараты снижают симптомы при анемии и частоту переливания крови, но увеличивают тромботические события, увеличивают смертность среди пациентов, которые проходили исключительно радиотерапию, имеют ограничение эффективности и т.д. (Aapro M и соавт., 2018).

При переливании крови происходит немедленное повышение уровня гемоглобина и гематокрита у всех пациентов. Однако при данном методе лечения существует ряд минусов: увеличение тромботических событий, перегрузка по объему, повышенный риск заражения на фоне иммуносупрессии, возможное снижение шансов на выживание при некоторых видах рака, которые лечатся хирургическим путем.

Так как пероральное железо следует рассматривать только для пациентов с абсолютным дефицитом и невоспалительным состоянием, целесообразно введение препаратов железа внутривенно. Данные лекарственные средства снижают частоту переливания крови, повышают частоту откликов эритропоэтина. Нв значительно повышается у больных с анемией при парентеральном введении препаратов железа, чем при его пероральном применении. Также данная терапия уменьшает число больных, нуждающихся в трансфузиях эритроцитов (Cochrane Database Syst Rev, 2022).

Препараты железа для парентерального введения представляют собой коллоидные суспензии железо-углеводных комплексов, состоящие из полинуклеарного железного ядра, окруженного и стабилизированного углеводной оболочкой. Примером таких препаратов является железа

карбоксимальтозат (ЖКМ). Данное лекарственное средство одобрено для лечения состояний дефицита железа, когда пероральные препараты железа неэффективны, не могут использоваться или существует медицинская необходимость в быстром приеме желез (Danielson BG., 2004).

ЖКМ имеет ряд преимуществ: до 90% введенного железа поступает в созревающие эритроциты в течение 6–9 дней; стабильная оболочка предотвращает выделение свободного (токсичного) железа; есть возможность ввести одновременно до 1000 мг железа. (L M Williamson et al. 1999).

Пациенты, получающие препараты эритропоэтина (ЭПО), имеют более низкие исходные уровни гемоглобина. Более раннее начало терапии железодефицитной анемии с помощью ЖКМ помогает избежать необходимости в дополнительном и дорогостоящем лечении ЭПО, при этом ЖКМ имеет наилучшую переносимость (Toledano A, Luporsi E, Morere JF, Scotte F, Laribi K, et al., 2016).

Таким образом, анемия зачастую сопровождает злокачественный неопластический процесс, а также является частым осложнением проводимого химиотерапевтического лечения: анемия и дефицит железа имеют отрицательное влияние на течение заболевания и его прогноз; анемия и дефицит железа снижают эффективность терапии, включая современное противоопухолевое лечение (СТЛТ, иммунотерапия, таргетная терапия); анемия снижает качество жизни онкологических пациентов; железодефицитные состояния требуют обязательного лечения; фармакокинетика препаратов внутривенного железа различна и оказывает влияние на их эффективность и переносимость.

Ю.Н. Хуртина, Л.В. Матвеева, М.Г. Шарафутдинов

ЦИФРОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ДЛЯ УДАЛЕННОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ И МОНИТОРИНГА ОНКОЛОГИЧЕСКОГО РИСКА

ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер»
ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»

Актуальность проблемы. Онкологические заболевания в настоящее время занимают одно из ведущих мест в структуре смертности населения (Ларина и др., 2022). Поэтому имеется необходимость в профилактике и ранней диагностике злокачественных новообразований.

Профилактику следует осуществлять путем выявления и устранения факторов риска, вызывающих злокачественные новообразования, также необходимо улучшить работу по онкологическому компоненту диспансеризации взрослого населения. Однако, по результатам исследований Росстата за 2020-2021 гг. показатель «охват населения диспансерным наблюдением» составил 47%, а в возрастной группе 30-50 лет, которая находится в группе риска онкозаболеваний, диспансеризацию прошли только 44% от общего числа лиц, подлежащих обследованию.

Цель работы – разработка цифровой технологии, с помощью которой целевая аудитория (население 30–50 лет) будет иметь возможность удаленно определить свой онкологический риск в удобное для себя время. Предполагается, что данная технология заинтересует потенциально опрашиваемых людей, привлечет их внимание к проблеме заболеваемости злокачественными новообразованиями, послужит мотивацией внимательного отношения к своему здоровью и своевременного прохождения профилактических медицинских осмотров, а также улучшит правильную маршрутизацию для получения необходимой медицинской помощи специалистами. С этой целью также необходимо обозначить для целевой аудитории факторы риска онкозаболеваний, их первые симптомы, методики самообследования и информацию о скрининге в рамках диспансеризации.

Материал и методы. На кафедре онкологии и лучевой диагностики была выполнена работа по созданию цифровых технологий для удаленного определения онкологического риска. Для этого на основе клинических рекомендаций и другой специальной медицинской литературы нами была составлена анкета, включающая вопросы для выявления тех или иных факторов риска. При этом сами факторы распределены по группам низкого, среднего и высокого риска (Уфимцева и др. 2017; Чиссов и др. 2017; Новосад и др. 2016). Но при этом необходимо инструктировать опрашиваемого, что выявляемая в результате анкетирования предрасположенность не равна диагнозу, то есть наличию заболевания. При высоком риске заболевание может отсутствовать, как и при низком риске возможно выявление онкологии. Также выявляемая предрасположенность к онкологическим заболеваниям может модифицироваться в результате неизменно увеличивающегося возраста потенциально опрашиваемых, колебаний их веса, развития с течением времени определенных заболеваний и т.д. (Берштейн, 2012). Поэтому перспективно использовать данную технологию для мониторинга онкологического риска среди населения с целью мотивации своевременного обращения к специалистам.

Результаты. В рамках разработки технологий для удаленного определения и мониторинга онкологического риска нами была составлена анкета для выявления факторов риска онкозаболеваний, систематизирована информация о диспансеризации, первых симптомах злокачественных новообразований, а также методиках самообследования. В навигаторе по диспансеризации нами указаны сведения о скрининге на раннее выявление онкозаболеваний в зависимости от возраста и пола, перечислены необходимые лабораторно-инструментальные исследования, а также указаны специалисты, к которым необходимо обращаться при выявлении первых симптомов.

Выводы. Разработанная нами технология для удаленного определения и мониторинга онкологического риска создана с целью мотивации устранения возможных факторов риска онкозаболеваний у потенциально опрашиваемых людей, повышения их онконастороженности путем обозначения первых симптомов злокачественных новообразований, предоставления информации о методиках самообследования и скрининге в рамках диспансеризации. Работа по разработке данной цифровой технологии на кафедре продолжается.

С.И. Чивильгина, И.Н. Елистратова

ПРИМЕНЕНИЕ ПРОЕКТНЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ПСИХОКОРРЕКЦИИ В ПАЛЛИАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ГКУЗ УЛЬЯНОВСКИЙ ОБЛАСТНОЙ «ХОСПИС»

ГКУЗ Ульяновский областной «ХОСПИС»

Актуальность. Паллиативные больные представляют собой особую категорию пациентов, так как они находятся между жизнью и смертью. Каждый прожитый ими день – это «целый подвиг». Они нуждаются в постоянном общении, поддержке, понимании, разделении тягостных эмоций и чувств, а именно: чувства тревоги, отчаяния, безнадежности, досады, гнева, обиды, покинутости, угрызания совести и т.д.

Цель, методы и результат исследования. С целью изучения эмоционального состояния пациента, особенностей темперамента, характера, представления о своей жизни отношении к ней, выявления личностных проблем, расширения возможных способов их решения, мы изучили влияние и применение ряда методик для психологической коррекции паллиативных больных. В исследовании было задействовано

15 пациентов, получающих лечение в условиях отделения круглосуточного медицинского наблюдения и лечения Хосписа в возрасте 36–55 лет, как мужчины, так и женщины.

Результаты исследования представлены в таблице.

№	Психокоррекционная методика	Психокоррекционное задание	Результат психокоррекции у пациентов
1.	Методика рисуночных метафор «Жизненный путь» И.Л.Соломин	Изобразить собственную жизнь в виде рисунка	Объективированность проблем; свободное, безопасное выражение своих чувств и отношений; понимание своей проблемы и творческое разрешение её.
2.	Метафорические ассоциативные карты «Вид из твоего окна» Е.А. Ананьева	Работа с картами – словосочетаниями, с картами – картинками природы	Осознание собственных эмоций и чувств; поиск способов выхода из трудных ситуаций, решение проблем.
3.	Арт – терапевтическая методика «Позитивная куклотерапия» В.Ю. Слабинский Н.М. Воищева	Работа с куклами	Осознание чувств (страхов) и фантазий; лучшее понимание себя; решение внутриличностных и поведенческих проблем.
4.	Планшет для sand art и цветотерапии	Рисование песком на прозрачном стекле с подсветкой	Снятие напряжения; расслабление; контакт со своими чувствами; стабилизация и гармонизация психоэмоционального состояния.
5.	Комплекс для арт-терапии с прозрачным мольбертом	Пальцевая живопись; Рисование кисточкой; Рисование роликом; Рисование ватной палочкой.	Положительный эмоциональный отклик; радость творчества.

Выводы по результатам исследования.

1. Применение проективных методик даёт возможность врачу (медицинскому психологу) как и диагностировать проблему, так и проводить психокоррекцию.
2. Применение методик улучшает качество жизни пациентов и создает возможность нарабатывать жизненный ресурс путём создания благоприятных условий для нормального существования и лечения.

Правильно выстроенная психокоррекционная работа с паллиативными пациентами с применением проективных методик значительно улучшает психологический статус больного, нивелирует тревожность и способствует снижению интенсивности боли.

Ю.М. Егорушин, У.А. Алтунина, Е.Ю. Бекина

ВЛИЯНИЕ МЕР СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ МОЛОДЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ НА УКОМПЛЕКТОВАННОСТЬ КАДРАМИ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

ГУЗ «Городская поликлиника №5»

Мероприятия по обеспечению медицинскими кадрами являются приоритетными в деятельности руководителей медицинских организаций, а также всех уровней власти субъекта Российской Федерации. Все медицинские организации имеют дефицит кадров в той или иной степени. Особенно недостаток кадров отражается на деятельности медицинских организаций первичного звена, оказывающих первичную медико-санитарную помощь. В целях реализации политики по привлечению молодых специалистов в Ульяновской области принят закон №103-ЗО от 02.10.2020 «О правовом регулировании отдельных вопросов статуса молодых специалистов в Ульяновской области» в соответствии с которым определены меры социальной поддержки молодым специалистам, работающим в государственных учреждениях. Кроме того, определены условия предоставления льгот. Комплексные мероприятия по подготовке кадров, мерам социальной поддержки молодых специалистов как на уровне субъекта, так и на уровне медицинских организаций дают положительный эффект в сегменте материальной заинтересованности молодых специалистов.

ГУЗ «Городская поликлиника №5» организована в системе Ульяновского здравоохранения с 1988 года. Является медицинской организацией, оказывающей первичную медико-санитарную помощь жителям Заволжского района. Оказание медицинской помощи проводится по территориально-участковому принципу. В структуре поликлинике имеется полный набор клинических и диагностических отделений (отделение профилактики, терапии, хирургии лучевой, функциональной диагностики, физиотерапии, лечебной физкультуры, лаборатория, первичной специализированной медицинской помощи), позволяющих оказывать комплексную помощь жителям района. В структуре имеется 95 коек дневного пребывания, профилированных по неврологии, терапии, кардиологии, урологии, хирургии.

Созданные условия позволяют проводить диагностику лечение в соответствии со стандартами и клиническими рекомендациями, совершенствовать и получать навыки в диагностике и лечении у врачей, в том числе молодых специалистов.

Уровень укомплектованности кадрами не достигает норматива и составляет 48% в 2022 году. В пятилетний период укомплектованность кадрами составляла: в 2017 году – 55,6%, в 2018 году – 55,3%, в 2019 году – 56,2%, в 2020 году – 53,3%, в 2021 году – 48%. Имеется дефицит кадров по специальностям: участковый терапевт, врач общей практики, невролог, лор-врач, офтальмолог.

В целях привлечения кадров в поликлинике приняты дополнительные меры социальной поддержки, как молодых специалистов, так и специалистов «узких» специальностей. Молодым специалистам предоставляется служебное жилье на время статуса молодого специалиста. Узким специалистам проводится доплата 10 000 рублей.

Кроме социальных мер, в поликлинике проводятся мероприятия по наставничеству. За каждым специалистом закреплен опытный наставник, который проводит мероприятия по адаптации специалиста в коллективе в специальности.

Молодые специалисты, приходящие в отрасль, согласно последним требованиям по образованию должны полностью соответствовать требованиям (профстандарта), предъявляемым к ним на рабочем месте. На практике лишь незначительная часть молодых специалистов ориентируется в организации медицинской помощи в первичном звене, знает правила выписки лекарственных препаратов и листов нетрудоспособности, правила наблюдения за хроническими больными. Связано это с низкой мотивацией у молодых специалистов для работы в первичном звене, которая формируется во время учебы в вузе, недостаточным объемом знаний при выпуске специалиста. Школа наставничества в работе медицинской организации важна, но не заменяет пробел в знаниях и умениях по клиническим дисциплинам и организации здравоохранения. Прием на работу ординаторов во время обучения является временной мерой и требует от руководителя сформировать гибкий график работы, в основном во вторую смену, который исключает принцип работы на дому. Возможность обучения в ординатуре сразу после окончания вуза не способствует быстрой укомплектованности специалистами первичного звена. Выбор специальности

ординатуры происходит у специалистов, не работавших в первичном звене, во время обучения в вузе. По окончании обучения в ординатуре часть специалистов расценивают как наличие дополнительной специальности без трудоустройства. При работе в первичном звене у специалиста вырабатывается устойчивая мотивация в выборе той или иной специальности, поскольку они на практике оценивают свои возможности в дальнейшей специализации.

Анализ работы молодых специалистов за последние пять лет показал: среднее время работы у молодых специалистов в 2016 году составило 4,2 года. Чуть больше 10% врачей (14%) – это 1-2 врача, остаются работать после пяти лет работы в первичном звене после окончания вуза. Уровень заработной платы у молодых специалистов на 3-5% ниже уровня заработной платы у врачей в среднем по поликлинике, максимально поддерживался администрацией.

Основным фактором ухода молодых специалистов в 2019 году составил уровень зарплаты в ковидных госпиталях, интенсивность работы в первичном звене, неспособность работы с большим потоком пациентов, низкая стрессоустойчивость.

Выводы. Среднее время становления специалиста в первичном звене составляет 4-5 лет. Отсутствие практической подготовки студентов в амбулаторно-поликлиническом звене и целевой подготовки интернатуры приводит к низкой мотивации у выпускников работать в первичном звене и трудностями при работе. При действующей системе подготовки отмечается низкий уровень знаний, а порой их отсутствие по работе первичного звена оказания медицинской помощи. Мероприятия по наставничеству в медицинских организациях важны, но не заменяют подготовку студентов в вузе. Стимулирующие выплаты и меры социальной поддержки воспринимаются молодыми специалистами как обязанность со стороны работодателя, а не как фактор мотивирования для работы в первичном звене и не является преимуществом перед другим трудоустройством. Работа в первичном звене и обучение в ординатуре сразу по окончании вуза требует от администрации поликлиник изменять график работы специалиста с ограничением доступности помощи пациентам, исключением принципа участковости и помощи на дому, сокращением часов приема.

Предложения. Целевые наборы абитуриентов на бюджетные места должны быть ориентированы на работу в первичном звене.

Программы обучения должны быть приближены к потребностям медицинских организаций. Срок отработки молодых специалистов оправдан и составляет не менее 5 лет. Обучение в ординатуре по целевому набору должно проводиться после пяти лет, либо трех лет по направлению руководителя учреждения, в котором работает молодой специалист. Меры социальной поддержки должны быть сохранены и распространяются на специалистов городов.

Е.В. Мовчан, О.Н. Козырева, А.В. Кунеевский

АНАЛИЗ ЛЬГОТНОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПО ПРОГРАММЕ БСК В УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ

ГУЗ «Областной кардиологический диспансер»

Актуальность. Несмотря на эффективность неотложного лечения, долгосрочный прогноз пациентов, перенесших инфаркт миокарда (далее ИМ), остаётся неблагоприятным. Актуальность статьи состоит в расставлении акцентов на необходимости грамотного и полного назначения препаратов по программе льготного лекарственного обеспечения (далее ЛЛО) болезней системы кровообращения (далее БСК).

Цель исследования – анализ состояния ЛЛО БСК в регионе.

Метод исследования – статистический анализ показателей региона.

Результаты: в течение последующего года умирают 12,3% пациентов, повторный ИМ развивается в 10%, ОНМК (острого нарушения мозгового кровообращения) в 2,5%, а в группе повышенного риска пациенты остаются в течение 3-х лет.

Данные реальной практики показывают, что полное покрытие ЛЛО после инфаркта миокарда позволяет улучшить приверженность пациентов к лечению, снизить суммарный риск крупных сердечно-сосудистых событий, сократить личные расходы пациентов на лекарства и медицинские услуги.

Основными факторами, которые могут снижать благоприятный прогноз при имеющемся ЛЛО, являются недостаточная приверженность пациентов к лечению, инертное мышление врачей на фоне больших перегрузок в работе в условиях кадрового дефицита, отсутствие должной преемственности между стационарным и амбулаторным этапом

ведения больного, отсутствие достаточных знаний в плане соблюдения клинических рекомендаций.

На сегодняшний день в медицинских организациях создана система внутреннего контроля качества, организована служба ответственных лиц, курирующих направление по ЛЛО, проводятся обучающие ВКС по информированию врачей алгоритмам назначения препаратов при 5 нозологиях, в режиме обратной связи ведётся взаимодействие с главными внештатными специалистами Министерства здравоохранения УО.

ЛЛО пациентов высокого сердечно-сосудистого риска осуществляется на территории Российской Федерации с 2020 года на основании Приказа Минздрава России от 27.09.2022 г. №639н «Об утверждении перечня лекарственных препаратов для медицинского применения в целях обеспечения в амбулаторных условиях лиц, находящихся под диспансерным наблюдением, которые перенесли острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, а также которым были выполнены аортокоронарное шунтирование, ангиопластика коронарных артерий со стентированием и катетерная абляция по поводу сердечно-сосудистых заболеваний, в течение двух лет с даты постановки диагноза и (или) выполнения хирургического вмешательства». На основании данного приказа ЛЛО осуществляется у пациентов высокого риска сердечно-сосудистых осложнений в течении 2 лет после перенесенного события. В перечень лекарственных препаратов в соответствии с приказом входит 31 наименование лекарственных средств, имеющих наивысший уровень доказанности в действующих клинических рекомендациях, утвержденных Министерством Здравоохранения Российской Федерации.

В УО с момента реализации программы ЛЛО БСК обеспечено 11 313 человек, выписано 205 801 рецепт. Целевой показатель ЛЛО в 2023 году составляет 90%. Общая смертность в 2022 году снизилась на 23,3%, смертность от острого ИМ за 2022 год снизилась на 17,1% в сравнении с 2021 годом.

Выводы. Таким образом, в улучшении демографических показателей на территории региона немаловажную роль играет беспрецедентная в истории здравоохранения РФ помощь Федерального центра в финансировании данной программы ЛЛО. Необходимо совершенствование реализации ЛЛО по программе БСК для достижения качественной и более продолжительной жизни пациентов с БСК.

И.А. Галушина, К.С. Галушина

ПРИЧИНЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ВЫБОР ПРОФЕССИИ ВРАЧА

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»
ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный педагогический
университет им. И.Н. Ульянова»

Актуальность проблемы. В течение длительного времени наблюдается кадровый дефицит врачей в медицинских учреждениях Ульяновской области. Изучение причин выбора профессии врача и создание комфортных условий для работы позволит привлечь школьников 10-11 классов к поступлению в медицинские ВУЗы, а студентов к работе в медицинских учреждениях.

Цель исследования – изучить мотивацию школьников профильных естественно-научных 10-11 классов и студентов медицинского факультета ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет» к получению медицинского образования, выявить закономерности выбора специальности врача.

Материал и методы. В программе Google Формы была разработана анкета для анонимного опроса (общие вопросы и по методикам «Тест на стрессоустойчивость по К. Шрайнеру», «Методика диагностики уровня эмпатических способностей В.В. Бойко»). Участников разделили на 4 группы: школьники 10-11 классов, которые планируют связать свою жизнь с медициной, студенты медицинского факультета УлГУ 3 и 6 курса, врачи ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница» (средний возраст $37,4 \pm 2,1$ г.). В каждой группе было от 23-35 человек. Исследование проводилось в период с февраля по март 2022 г. Участие в исследовании было добровольным. Каждый из участников мог видеть только свои результаты.

Результаты исследования. Большинство анкетированных были первым ребенком в семье (среди врачей – 72,1%, студентов 6 курса – 60,2%, студентов 3 курса – 71,1%, школьников – 65,1%). Больше 50% опрошенных во всех категориях указали, что их родители получили высшее образование, при этом среди школьников матери имели высшее образование в 78,3% случаев, отцы в 82,6%. На вопрос «почему Вы связали/хотите связать свою жизнь с медициной?» большинство выбрало следующие варианты ответов: «желание помогать людям» (10-11 кл. – 82,6%; студенты 3 курса – 58,7%, 6 курса – 60%, врачи – 41,4%), «престижная и уважаемая работа» (при этом наиболее

часто данный тезис выбирали школьники и студенты 3 курса), «по совету родителей/друзей» и «стабильный/высокий заработок». «Семейную традицию» выбрали в 30% случаев школьники 10-11 классов, до 14,3% – студенты и в 24,1% – врачи. Врачам был задан вопрос «хотите ли Вы, чтобы Ваши дети стали врачами?» – 58,6% ответили отрицательно. Возможно, это явилось следствием повышенных нагрузок, связанных с пандемией коронавируса. На вопрос: «Хотят ли Ваши дети связать/связали жизнь с медициной?» – утвердительно ответили 27,6% врачей. Вопрос: «Если бы снова была возможность выбирать профессию, выбрали бы Вы медицину?» – был задан студентам и врачам: ответ «нет» составил около 20% в каждой группе. Отрицательный ответ у студентов связан вероятно с трудностями обучения, уменьшением занятий у постели больного в период ограничений, связанных с коронавирусом. Большинство респондентов во всех группах указали, что медицина – это тяжелая (69–73,9%), востребованная и престижная специальность (44,8–73,9%), около трети респондентов считают медицину низкооплачиваемой. До 75% опрошенных являются разносторонне развитыми людьми: увлекаются спортом, музыкой, имеют различные хобби.

У школьников и студентов лучше развиты установки, способствующие эмпатии, и проникающая способность в эмпатии. Все участники, согласно тестированию, ведут себя в стрессовой ситуации довольно сдержанно и умеют регулировать свои собственные эмоции.

Выводы.

1. При выборе профессии врача, определяющие значение имеют такие факторы, как стремление помогать другим, семейные традиции, престиж профессии.
2. Большинство опрошенных указали, что выбор медицинской специальности является осознанным и формируется в старших классах школы.
3. Большинство людей идущих в медицину являются разносторонними личностями, имеющие достаточный уровень стрессоустойчивости.
4. На протяжении всего обучения в медицинском ВУЗе необходимо проводить работу со студентами, направленную на повышение заинтересованности в получаемой специальности.

*В.И. Горбунов, Г.В. Возженникова, И.Н. Исаева,
С.В. Камардин*

ОСОБЕННОСТИ ПРЕПОДАВАНИЯ ДИСЦИПЛИН КАФЕДРЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ С УЧЕТОМ СОВРЕМЕННЫХ ТРЕБОВАНИЙ ПРИМЕНЕНИЯ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ОБРАЗОВАНИИ

ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»

В настоящее время одним из важных качеств современного специалиста в здравоохранении является уверенное использование информационных технологий в работе (электронная регистратура, электронная история болезни и пр.). Современный образовательный процесс в эпоху глобальных перемен уже невозможен без применения цифровых технологий в обучении (онлайн-курсы, вебинары, электронные образовательные модули и др.). Особенно остро возникает необходимость в разработке указанных курсов для преподавания теоретических дисциплин иностранным студентам.

С целью совершенствования учебного процесса и оптимизации преподавания дисциплин кафедры общественного здоровья и здравоохранения на кафедре разработаны электронные учебные пособия по актуальным темам дисциплин (Маркетинг в здравоохранении, Статистика общественного здоровья и здравоохранения и др.) и онлайн-курсы (История медицины), что дает возможность работы в дистанционном формате. Отбор учебного материала при разработке курса производится с учетом существующих требований к современным образовательным программам, также во внимание принимаются актуальность учебного материала для современной медицины, возможность его аудиовизуального представления.

Для контроля знаний в электронной образовательной среде по каждой теме занятия размещаются контрольные задания: тесты для промежуточной аттестации, ситуационные задачи.

Успех учебного процесса возможен при активном использовании наглядности. В связи с этим для ведения занятий и чтения лекций внедрено мультимедийное сопровождение, что способствует накоплению фактических знаний, а также повышает уровень подготовки студентов в области современных информационных технологий. Так, например, совместно с кафедрой инфекционных болезней

подготовлен и выпущен учебный мультимедийный диск «ВИЧ, СПИД-патология как медико-социальная проблема», в котором наравне с клиникой, методами диагностики и профилактики представлены аспекты социальной значимости этой проблемы, приводятся современные нормативные документы по организации лечебно-профилактической помощи ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом. Периодически студенты приглашаются на лекции ведущих ученых клиницистов и организаторов здравоохранения, на дни специалистов, научно-практические конференции, телемедицинские лекции и телеконсультации. Для работы с актуальными (действующими) версиями законодательных документов в здравоохранении на занятиях студенты используют интернет-ресурсы, которые помогают быстро найти нужную информацию и дает возможность быстро проверить свои знания.

В целях совершенствования индивидуальной работы со студентами на сайте кафедры размещены электронные версии учебно-методических пособий для изучения отдельных тем, предусмотренных рабочей программой дисциплины для самостоятельного изучения. На страничке сайта студенты могут задавать вопросы, получать текущую информацию о мероприятиях, проводимых на кафедре для студентов, знакомиться с необходимой информацией к экзаменам.

Проведенное нами анкетирование студентов медицинского факультета показало удовлетворенность работой в образовательной среде с применением дистанционных технологий при изучении теоретических дисциплин. В то же время, 1/3 студентов отметили, что «живое обучение» для них более привлекательно. С проблемами работы в электронной образовательной среде столкнулись 10,2% обучающихся (неустойчивость интернет-связи, сложность дистанционной коммуникации с преподавателем, технические неполадки).

Подтверждением эффективности проводимой работы является довольно высокий средний балл результатов курсового экзамена по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение» среди российских студентов (4,1) и иностранных студентов (3,8).

Таким образом, информатизация образовательного процесса – это реальность сегодняшнего дня. Применение информационных технологий в период обучения усиливает у студентов мотивацию к овладению знаниями, способствует их качественному усвоению. Активный рост использования цифровых технологий для дистанционного обучения предопределил возникновение в последнее время

электронных учебных курсов, направленных на освоение отдельных актуальных тем теоретических дисциплин.

Для обучения иностранных студентов-медиков разработка технологии создания учебных курсов является необходимой составляющей совершенствования их профессионально-деловой коммуникации.

М.Е. Шалягина, К.С. Никанорова, Ю.В. Кумская

ПРОЕКТНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В РАБОТЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

ГУЗ «Детская городская клиническая больница города Ульяновска»

Цель – усовершенствование процессов, направленных на повышение удовлетворенности пациентов, доступности оказываемых услуг, увеличение эффективности и устранение существующих временных, финансовых и иных потерь, а также организация рабочих мест, обеспечивающая безопасность и комфортность работы сотрудников.

Материал и методы. В ходе открытого обсуждения на общем собрании с сотрудниками детских поликлиник были определены приоритетные (проблемные) направления в работе структурных подразделений, принявших участие в проекте «Эффективный регион». В 2021 году наиболее остро стоял вопрос с организацией процессов в регистратуре медицинской организации, а также с получением пациентами медицинской услуги по лабораторной диагностике. Для выполнения работ по проектам были созданы рабочие группы из числа сотрудников подразделений. В ходе рабочих встреч участниками рабочих групп был проведен сбор необходимой для анализа информации, составлены карты «потока создания ценности» текущего и целевого состояния, определен план мероприятий.

Для понимания причин обращения пациентов на ресепшн и в колл-центр были разработаны листы диагностики, проанализированы причины наиболее частых обращений и приняты организационные решения, позволившие значительно сократить обращения на ресепшн и в колл-центр и уменьшить время ожидания пациентами при обращении в регистратуру или ожидания ответа оператора. Так, на момент открытия проекта через ресепшн и колл-центр еженедельно проходило порядка 1000 и 1500 (соответственно) обращений пациентов. Для регистраторов были разработаны и внедрены речевые алгоритмы, которые,

при выяснении причины обращения в колл-центр и применении определенного алгоритма общения, позволили уменьшить продолжительность разговора и увеличить информационную ценность для пациента.

Для родителей разработана памятка по записи на прием и вызова врача на дом через личный кабинет на портале «Госуслуги».

Результаты. Анализ выявленных «потерь» в работе и эффективные решения по их устранению позволили сократить количество обращений пациентов в регистратуру детской поликлиники в 2 раза, сократить время разговора с оператором колл-центра в 3 раза без потери информационной ценности и более чем в 2 раза увеличить объем дистанционной записи на прием и вызове врача на дом.

Выводы. В результате внедрения инструментов бережливого производства в повседневную работу детских поликлиник ГУЗ «Детская городская клиническая больница города Ульяновска» удалось повысить эффективность деятельности поликлиник и уровня удовлетворённости пациентов доступностью и качеством оказания медицинской помощи, упростить логистику и запись на прием к врачу, сократить время пребывания пациентов в учреждении, разделить потоки пациентов и многое другое.

Реализация бережливых технологий – это процесс непрерывных изменений, поэтому в текущем году мы планируем привлечь к участию в проектной деятельности все свои поликлинические подразделения и круглосуточный стационар.

В.Г. Караулова, Е.В. Балащук, Е.В. Мовчан

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МКБ-10 В СТАТИСТИКЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ В УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ

**ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска»
ГУЗ «Городская поликлиника №4»
ГУЗ «Областной кардиологический диспансер»**

Состояние здоровья населения является важнейшим маркером благополучия государства и зависит от таких факторов, как образ жизни, наследственность, состояние экологической и социальной среды, качество и доступность оказания медицинской помощи населению. Результативность работы системы здравоохранения характеризуется

комплексом показателей, среди которых важнейшими являются заболеваемость и смертность населения.

С целью формирования достоверных сведений о процессах заболеваемости и смертности в медицинских организациях ведутся официальные формы статистического наблюдения, установленные Министерством здравоохранения Российской Федерации в соответствии с методическими рекомендациями по ведению статистического учета и отчетности. Основным инструментом сбора такой информации является Международная классификация болезней (МКБ), обеспечивающая возможность аккумулирования, хранения и изучения статистических данных медицинской направленности. Недостоверность статистических данных о заболеваемости и смертности при кодировании по МКБ-10, а также их низкое качество являются актуальной проблемой, препятствующей эффективному планированию мероприятий по борьбе с заболеваемостью и смертностью.

С целью усовершенствования подходов к методике кодирования причин смерти, формирования системы учета и отчетности в Министерстве здравоохранения Ульяновской области, повышения достоверности регистрации данных о заболеваемости и смертности в статистической медицинской документации с 17 по 29 октября 2022 года в Ульяновской области было проведено обучение медицинских специалистов по программе повышения квалификации «Использование Международной классификации болезней 10 пересмотра в статистике заболеваемости и смертности». Данный курс прошли 63 врача различных специальностей из 37 лечебных учреждений Ульяновской области.

Обучение медицинских специалистов региона провел главный научный сотрудник Центрального научно-исследовательского института организации и информатизации здравоохранения Министерства здравоохранения Российской Федерации, доктор медицинских наук Д.Ш. Вайсман. Цикл обучения включал в себя теоретическую и практическую часть. При проведении курса обучения медицинскими специалистами была отработана тактика правильности ведения статистических форм, кодирования медицинских диагнозов в соответствии с действующей Международной классификацией болезней, от которой зависит корректность аналитической работы, влияющей в дальнейшем на целесообразность принятия тех или иных мер. Специалисты на конкретных примерах разобрали все классы заболеваний, особенности кодирования в зависимости от клинической ситуации, рассмотрели примеры различных причин смерти

и выполняли практические задания оформления медицинских свидетельств о смерти с помощью специально разработанной программы. Спектр заполнения примеров медицинских свидетельств был широким: от общих хирургически-терапевтических примеров до разбора случаев оформления причин материнских и перинатальных смертей.

Опыт организации обучения медицинских работников правилам кодирования заболеваемости и причин смерти по МКБ-10 показывает, что возможно существенно снизить число ошибок и повысить достоверность показателей смертности посредством целенаправленной работы с персоналом.

Использование систем поддержки принятия решений, систематизированных по нозологиям в соответствии с МКБ-10 и увязкой со стандартами и клиническими рекомендациями, поможет медицинскому работнику ориентироваться в маршрутизации пациента для уточнения диагноза и коррекции лечения, а также выдавать наиболее вероятные варианты причины смерти, что в итоге позволит повысить качество оказания медицинской помощи.

Н.Ф. Абдуллова, А.М. Салахиева, О.И. Салминская

АНАЛИЗ ЗАВИСИМОСТИ СМЕРТНОСТИ ОТ СПИДА ОТ СРОКОВ НАЧАЛА АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ

ГУЗ «Областной центр профилактики и борьбы со СПИД»

Актуальность проблемы. На 01.01.2023 кумулятивное количество выявленных ВИЧ-инфицированных составило 21 608 человек. Показатели распространенности (1794,7 на 100 тыс. населения) и поражённости (990,5 на 100 тыс. населения) по данному заболеванию среди населения Ульяновской области превышают среднеокружной уровень в 1,4 раза. В 2022 году темп прироста новых случаев ВИЧ-инфекции составил 4,3% (56,6 на 100 тыс. населения, 682 человека) по сравнению с 2021 годом.

Цель исследования – определить зависимость смертности от СПИДа от сроков начала антиретровирусной терапии.

Метод исследования – анализ смертности от СПИДа с учетом сроков начала антиретровирусной терапии.

Результаты. Около 800 выявленных ВИЧ-положительных граждан остаются недоступными для проведения эпидемиологического расследования, клинико-лабораторного обследования и установления диагноза. Это приводит к увеличению числа больных, выявленных на поздних стадиях ВИЧ-инфекции: 22,5% из числа впервые выявленных в 2022 году (134 человека) находились в стадиях 4Б, 4В. Вероятность передачи ВИЧ от данных пациентов тем выше, чем дольше они остаются не выявленными. Позднее обращение и позднее начало антиретровирусной терапии приводит к развитию «синдрома реконструкции иммунной системы» и, как правило, к дальнейшему летальному исходу вследствие последнего. В некоторых случаях позднее обращение приводит к невозможности назначения антиретровирусного лечения вследствие тяжести состояния. Так, в 2022 году 33,5% (45 человек) из впервые выявленных на поздних стадиях заболевания умерли от ВИЧ-инфекции вскоре после установления диагноза, в том числе 84,4% (38 человек) из них от СПИДа.

С 2018 по 2022 годы от СПИДа умерло 635 человек (за исключением пациентов, проживающих в городе Димитровград и прикрепленных к ФГБУЗ КБ №172 ФМБА России), в том числе 112 за 2022 год. Показатель смертности от СПИДа составил 9,3 на 100 тыс. населения, превышая уровень предыдущего года (8,3), однако имея выраженную тенденцию к снижению на протяжении последних лет.

	2018	2019	2020	2021	2022
Смертность от СПИД	14,8	11,1	8,0	8,3	9,3

При анализе смертности среди ВИЧ-инфицированных граждан с 2018 по 2022 годы определено, что вероятность летального исхода по причине СПИДа находится в прямой зависимости от момента начала лечения и от его наличия в принципе.

Так, среди умерших от СПИДа за последние 5 лет 74,5 % составляют пациенты, которые не лечились вообще, 9,6% – те, кто начал терапию и умер в год начала лечения, причем у всех этих пациентов уровень CD4-лимфоцитов на момент начала лечения был менее 50 клеток/мкл, и 15,9% – умершие более чем через 1 год от начала лечения.

При сравнении смертности от СПИДа в зависимости от срока лечения также наблюдается прямая зависимость: процент смертей тем ниже, чем раньше пациент начал принимать антиретровирусную терапию. На начавших лечение за 1 год до смерти в среднем приходится 4,1% смертей, за 2 года – 1,6%, за 3 года – 2%, за 4 года – 1,6%.

Умерло от СПИД из	2018	2019	2020	2021	2022	Итого
начавших лечение за 5 лет до смерти, %	0,0	0,0	0,0	1,1	1,6	0,8
начавших лечение за 4 года до смерти, %	0,0	0,0	0,0	1,6	3,8	1,6
начавших лечение за 3 года до смерти, %	0,0	0,0	0,0	2,2	4,9	2,0
начавших лечение за 2 года до смерти, %	0,0	0,0	0,0	3,2	2,2	1,6
начавших лечение за 1 год до смерти, %	0,0	0,0	1,6	5,9	6,5	4,1
начавших лечение в год смерти, %	0,0	0,0	1,6	13,5	17,8	9,6
не начавших лечение, %	100,0	74,1	50,3	17,3	14,1	74,5

Выводы. Таким образом, можно сделать вывод, что время начала лечения ВИЧ-инфекции напрямую определяет продолжительность жизни у ВИЧ-инфицированных пациентов, следовательно, крайне важно как своевременное выявление ВИЧ-инфекции, что налагает определенную долю ответственности на медицинских работников, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, так и своевременное обращение за медицинской помощью по данному вопросу, за что в свою очередь должны нести ответственность и сами пациенты.

Е.Е. Калегин, И.В. Митченко, Е.Ф. Гришина

ИНТЕРФЕРОНЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ РЕЦИДИВА ПАПИЛЛОМАТОЗА ГОРТАНИ

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»

Папилломы составляют 3,5% всех доброкачественных новообразований оториноларингологических органов.

Морфологически папиллома – доброкачественная опухоль, представляющая собой образование с неровной, мелкодольчатой или мелкобугристой поверхностью, розового или белесоватого цвета. Диагностика папилломатоза гортани в большинстве случаев не представляет существенных затруднений. В ее основе лежат нарушения основных функций гортани – фонаторной и дыхательной.

Являясь доброкачественной опухолью, папиллома гортани может сопровождаться бурным ростом и часто рецидивировать, проявляя себя более агрессивно склонностью к малигнизации. В связи с анатомической особенностью строения гортани, а в частности, узости голосовой щели. Заболевание клинически нередко протекает тяжело, с явлениями стеноза, который при неоказании своевременной помощи может привести к летальному исходу, что и обуславливает **актуальность данной проблемы**.

В настоящее время основным методом хирургического лечения ПГ является эндоларингеальная хирургия с удалением папиллом. Этот метод может быть применен в любом возрасте, при любой степени обструкции голосовой щели, что позволяет отказаться от проведения трахеостомии.

В нашем отделении применяется комбинированное лечение пациентов, включающие в себя хирургическое лечение с последующим проведением противорецидивного лечения интерферонотерапия в комбинации с препаратами индукторов интерферона. Нами применяется предложенная нашими коллегами ранее схема терапии. Применяется интерферон 12,5%-2,0 в/м по схеме: первые 2 инъекции ежедневно, затем на 4, 6, 8, 11, 14, 17, 20 и 23-и сутки, затем препарат вводят в той же дозе 1 раз в 10 дней в течение 3–6 месяцев в комбинации с индуктором интерферонов, применяемых 1 раз в 7 дней 6 месяцев.

На протяжении 5 лет отмечается положительная динамика у пациентов на фоне проведенной терапии в виде снижения частоты рецидива папилломатоза гортани. Под постоянным наблюдением

по настоящее время, находится 10 человек из 27 прооперированных. Ежегодно осмотр проводится не реже одного раза в шесть месяцев. За 5-летний период рецидив отмечается у одного человека в виде ограниченного папилломатоза голосового отдела истинной голосовой складки без прогрессии. Данный пациент от оперативного лечения воздержался.

В данном наблюдении нами отмечена эффективность применения препаратов интерферона и их индукторов у пациентов с папилломатозом гортани, как одним из вариантов комбинированной, противорецидивной терапии.

Результаты наблюдения вероятней всего объясняется механизмом выраженным антипролиферативным действием интерферона, основанным на блокировании репликации вируса. Но учитывая наличие побочной реакции в виде гриппоподобного синдрома и пирогенной реакции, проявляющаяся обычно после первых 1–10 инъекций спустя несколько часов после введения препарата, а также дороговизны препарата, сохранить приверженность к терапии части пациентов сложно.

Е.Ю. Фалина, О.В. Демина, Г.В. Колесникова, В.В. Лыкина

НЕЙРОСЕНСОРНАЯ ТУГОУХОСТЬ У РАБОТАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ ШУМА ПО ДАННЫМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ

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

В последние годы каждый третий человек старше 65 лет страдает от потери слуха той или иной степени. В России тугоухость является третьим по распространенности заболеванием, уступая болезням сердца и артритах.

Актуальность. Проведение качественных медицинских осмотров, работающих во вредных условиях производства, – основной механизм выявления общих и профессиональных заболеваний, в том числе воздействия производственного шума на органы слуха. Условия труда работающих на предприятиях по ряду показателей являются вредными. Одним из ведущих факторов является шум. Он максимален

у лиц, работающих на «шумоопасных» производствах. К ним относятся добывающая, дерево-, металло-, камнеобрабатывающая промышленность, ткацкое производство, машино-, авиа-, судостроение, у кузнецов, обрубщиков, чеканщиков, медников, горнорабочих, шахтеров, клепальщиков, шлифовщиков, наждачников, заточников, слесарей и др.

Цель – провести анализ изменения слуховой функции, работающих во вредных условиях труда с превышением шума на рабочем месте, по данным медицинских осмотров за 2022 год.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе ГУЗ «УОКМЦ ОПЛПРВ и ПП им. Максимчука В.М.». Всего было проанализировано 850 карт учета периодических медицинских осмотров, работающих во вредных шумовых условиях. Группа наблюдения была разделена на возрастные подгруппы: до 40 лет – 320 человек и старше 40 лет – 530 человек, по стажу работы до 20 лет – 280 человек, более 20 лет – 570 человек.

Результаты. По данным осмотра врача-оториноларинголога за 2022 год, 768 человек были здоровы, остальные имели заболевание нейросенсорная тугоухость: 1 степени – 43 человека, 2 степени – 27 человек, 3 степени – 12 человек. До 20 лет стажа – 13 человек, более 20 лет стажа – 16 человек. Признаны годными в своей профессии 811 человек, 39 человек признаны негодными в своей профессии, 82 человека направлены на консультацию к сурдологу, 12 человек – с последующим слухопротезированием. У 76 человек выявлено подозрение на профессиональный генез заболевания органа слуха, даны рекомендации прохождения стационарного лечения, необходимых обследований в плановом порядке и дальнейшего динамического наблюдения на базе ГУЗ «УОКМЦ ОПЛПРВ и ПП им. Максимчука В.М.».

В 2022 году в Ульяновской области в общей структуре первичной профессиональной заболеваемости заболевания органа слуха занимают 22 случая (55%) от общего количества, тугоухость профессионального генеза – 40 заболеваний у 35 человек, зарегистрирована на предприятиях: ООО «АК ВолгаДнепр» – 9 человек (40,9%), Филиал ПАО Ил-Авиастар – 6 человек (27,3%), ООО «УАЗ» – 4 человека (18,3%), 4 человека (18,3%) и ООО «УАЗ Автокомпонент», АО «Димитровградхиммаш», АО «КрасАвиа» по одному случаю (4,5%).

Проблема тугоухости в современном обществе является весьма актуальной. Число лиц, страдающих нарушениями слуха, постоянно растет, что неизбежно требует разработки наиболее рациональных методов комплексной (медицинской и социальной) реабилитации.

Большое значение в предупреждении развития шумовой патологии имеет качественное проведение предварительных (при поступлении

на работу) и периодических медицинских осмотров, что закреплено в приказе МЗ и СР РФ №29Н «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования) и Порядке проведения предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда». Главная цель предварительного медицинского осмотра – определение профессиональной пригодности к работе в контакте с шумом.

Выводы. Условия труда работающих на «шумоопасных» предприятиях относятся к классу 3.1-3.3, что и определяет риск развития профессиональной нейросенсорной тугоухости, которые проявляются высокими показателями заболеваемости органа слуха за 2022 год.

Н.Ф. Родионов, В.В. Костенко, А.М. Кулагин, Д.В. Холев

ПИОЦЕЛЕ ЛОБНОЙ ПАЗУХИ СЛЕВА. ЛЕВОСТОРОННИЙ ХРОНИЧЕСКИЙ ГНОЙНЫЙ ГАЙМОРОЭТМОИДИТ

ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска»

Пиоцеле околоносовых пазух (ОНП) – кистовидное растяжение и истончение костных стенок пазухи, возникающее в результате нарушения проходимости естественного соустья и скопления в полости гнойного содержимого.

Чаще всего кистозное растяжение ОНП локализуется в лобной пазухе (более 80%), затем в решетчатом лабиринте (около 15%), значительно реже – в клиновидной и верхнечелюстной пазухах.

Заболевание развивается постепенно, с медленным клиническим течением. На ранних этапах болезни клинические симптомы отсутствуют. До появления первых симптомов проходит 1-2 года. Костная ткань, составляющая носовую пазуху, под давлением застоявшегося секрета прогрессивно растягивается, истончается, вплоть до формирования костного дефекта. В подавляющем большинстве случаев при кистозном растяжении лобной пазухи, решетчатого лабиринта деструктивные изменения кости возникают в верхнемедиальном углу глазницы и ее верхней стенке, вызывая механическое давление пиоцеле на глазное яблоко. Это приводит к его смещению в нижнелатеральном

направлении, двоению в глазах, снижению остроты зрения, что заставляет больных обращаться к офтальмологу. Прорыв гноя через нижнюю стенку лобной пазухи или через латеральную стенку решетчатого лабиринта в полость глазницы может привести к развитию орбитальных осложнений: панoftальмита, эндофтальмита, флегмоны глазницы.

Значительно реже отмечается разрушение передней, медиальной и задней стенок лобной пазухи. Воспалительный гнойный процесс в ней представляет огромную опасность из-за угрозы возникновения внутричерепных осложнений с возможным летальным исходом. Диагностика пиоцеле ОНП, помимо тщательного оториноларингологического обследования, базируется на данных рентгеновской компьютерной томографии, позволяющей четко визуализировать локализацию патологического процесса, наличие и объем костной деструкции, поражение соседних анатомических областей. Лечение пиоцеле ОНП предполагает только хирургическое вмешательство. Оно заключается в удалении кисты, формировании стойкого, функционирующего лобно-носового соустья. В зависимости от локализации процесса, применяются экстра- или эндоназальный эндоскопический доступ. Прогноз в большинстве случаев благоприятный при отсутствии интракраниальных и интраорбитальных осложнений.

Представляем **клиническое наблюдение больного**. Больной Г., 68 лет, поступил в ЛОР-отделение ЦГКБ 11.03.2019 г. с жалобами на наличие припухлости в области верхне-внутренней стенки левой орбиты, смещение левого глаза в нижнелатеральном направлении с октября 2018 г., затруднение носового дыхания с двух сторон, слизисто-гнойные выделения из носа, головные боли в течение нескольких лет. Обращался к офтальмологу, ЛОР-онкологу амбулаторно по месту жительства. Произведена МРТ головного мозга и глазницы и рентгенография ОНП, после чего был направлен к оториноларингологу и госпитализирован. При поступлении состояние больного удовлетворительное. Отмечается пастозность мягких тканей в области левой надбровной дуги, мягкая припухлость, флюктуирующая и безболезненная при пальпации медиального угла левого глаза. Левая глазная щель сужена, глазное яблоко подвижно, смещено в нижнелатеральном направлении, экзофтальм. Зрение не нарушено. Слизистая оболочка полости носа гиперемирована слева, отечная, отделяемое слизисто-гнойное. Перегородка носа искривлена влево. Носовое дыхание затруднено. На МРТ головного мозга 08.02.2019 г. и рентгенографии ОНП 06.03.2019 г. – затемнение лобной, клеток решетчатого лабиринта и верхнечелюстной пазух слева.

Выполнены пункции верхнечелюстных пазух – получен гной слева. Соустье проходимо. Был установлен диагноз: «Пиоцеле лобной

пазухи слева. Левосторонний хронический гнойный гайморэптоидит. Искривление перегородки носа». Больному 12.03.2019 г. под интубационным наркозом выполнены: эндоназальное эндоскопическое вскрытие передних клеток решетчатого лабиринта слева, радикальная операция на левой лобной пазухе (гной, дефектов стенок не обнаружено). Капсула пиоцеле удалена. Сформировано лобно-носовое соустье, установлены две дренажные трубки диаметром 5 мм. Все патологические ткани удалены и отправлены на гистологическое исследование. В послеоперационном периоде проводился курс антибактериальной и гипосенсибилизирующей терапии, промывание левой лобной пазухи через дренажные трубки и верхнечелюстной пазухи пункционно. Дренажи из лобной пазухи удалены на 21 сутки, послеоперационная рана зажила первичным натяжением. При осмотре больного через месяц после операции – жалоб нет, состояние удовлетворительное. Объективно: мягкие ткани лица не изменены, отеков нет. Область проекции ОНП безболезненна при пальпации. Экзофтальма нет, движения глазных яблок в полном объеме. При риноскопии: слизистая оболочка розовая, патологического отделяемого нет. Особенностью данного клинического наблюдения является малосимптомное течение пиоцеле лобной пазухи.

Своевременное адекватное хирургическое лечение позволило избежать серьезных осложнений и привести к выздоровлению больного, а также добиться положительных отдаленных результатов.

В.В. Костенко, А.Я. Кулагин, Н.Ф. Родионов, А.М. Кулагин

50 ЛЕТ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОМУ ОТДЕЛЕНИЮ ГУЗ «ЦЕНТРАЛЬНАЯ ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА Г. УЛЬЯНОВСКА»

ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска»

24 мая 1973 года на базе Центральной городской клинической больницы было открыто ЛОР-отделение на 60 коек для лечения больных города Ульяновска. На должность заведующего отделением приглашена врач ЛОР-отделения ОКБ Сорокина Р.В. В 1973 году были приняты на работу врачи Аникандрова М.А., Кулагин А.Я. и Сергиенко И.М. Первыми медицинскими сестрами были приняты Батраева В.А., Гаврилова Н.В., Корнеева Э.А., Озерская Н.А. Среди младшего медицинского персонала первыми начали работать в отделении Мокина М.Ф., Емельянова А.И., Баторова К.Н. В отделении начали проводить

клинические исследования ЛОР-больных: аудиометрию, бронхоэзофагоскопию и операции на ухе, полости носа, в глотке и гортани, пластику трахеи и др.

С 1979 г. по 2011 г. руководил отделением, а также исполнял обязанности внештатного городского специалиста Кулагин А.Я. Общий стаж его работы составил 48 лет. Александр Яковлевич Кулагин организовал городской консультативный прием и круглосуточную экстренную помощь для ЛОР-больных. Отделение оснащалось новым оборудованием, внедрялись современные методы диагностики и лечения. Кулагин А.Я. один из первых среди оториноларингологов внедрил лазерную и ультразвуковую технологию, эндоскопическую хирургию, тепловизионный метод диагностики синуситов. За заслуги в развитии отрасли здравоохранения ему присвоено почетное звание «Заслуженный врач Российской Федерации». Кулагин А.Я. имеет знак отличия «Отличник здравоохранения».

С 2011 года заведующим отделения является В.В. Костенко. Стаж работы – 40 лет. Владимир Васильевич внедрил в работу криохирургический метод лечения гипертрофии небных миндалин, впервые в регионе сделал эндоназальную дакриоцисториностомию с использованием шейвера и риноскопа. Костенко В.В. имеет знак отличия «Отличник здравоохранения».

Большой вклад в успехи отделения внес Н.Ф. Родионов. Стаж работы – 35 лет. Николай Федорович – диагност с глубоким клиническим мышлением. Он впервые в ЛОР-практике региона произвел эндоскопическую пансинусотомию больной с тяжелой формой сепсиса с положительным результатом. Н.Ф. Родионов имеет почетное звание «Заслуженный работник здравоохранения Ульяновской области».

В ЛОР-отделении работают врачи Холев Д.В. и Кулагин А.М., которые владеют современными методами диагностики и лечения ЛОР-больных. В период пандемии они оказывали медицинскую помощь пациентам ковидного госпиталя. За работу в реанимационном отделении ковидного госпиталя Кулагин А.М. поощрен именной подарком Губернатора Ульяновской области.

Вклад в успехи отделения внесли и медицинские сестры, выполняя свой профессиональный долг. Они активно участвовали в общественной жизни больницы. Старшими медицинскими сестрами были Батраева В.Н., Гаврилова Н.В., Корнеева Э.А. В настоящее время эту должность занимает Городнова А.В. Это достойные руководители среднего медицинского звена.

В отделении работали по 20–30 и более лет Корнеева Э.А., Озерская Н.А., Бурлина Н.Н., Мокина Н.Ф., Емельянова А.И.,

Костина М.И., Туренко Н.А., Баторова К.Н., Ильязова Н.Ф., Салахова Э.З. Продолжают работать Базылюк Н.М., Кузнецова Т.В., Лаврентьева Л.Ф., Абдрахманова Г.А., Степанова Е.О.

За 50 лет в отделении пролечено более 85 000 человек, сделано 57 500 экстренных операций, прооперировано 49 400 пациентов. Удельный вес экстренных больных составляет 82,3%, экстренных операций – 77,6%. Подготовлено в печать 65 научных статей, в том числе 6 статей в центральных журналах. Сделано 320 докладов и сообщений на конференциях, форумах, съездах сообществ.

Современные подходы к лечению пациентов, внедрение новых технологий, развитие первичного звена системы здравоохранения привели к естественному высвобождению стационарных коек, с 2017 года в ЛОР-отделении развернуто 48 круглосуточных коек. В период пандемии коллектив отделения работал в составе госпиталя для лечения больных с новой коронавирусной инфекцией. С 20 июня 2022 года, после расформирования ковидного госпиталя, в ГУЗ «ЦГКБ г. Ульяновска» возобновлено оказание специализированной многопрофильной медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара. В настоящее время в ЛОР-отделении развернуто 35 круглосуточных коек, оказывается экстренная и плановая помощь пациентам города Ульяновска.

Коллектив отделения аттестован, более 85% сотрудников имеют высшую и первую квалификационные категории.

Задача коллектива – продолжить совершенствовать свое мастерство для оказания своевременной и квалифицированной медицинской помощи населению города.

И.В. Ковеленова, Ю.С. Косенко, Д.Д. Шарафетдинова

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕХНОЛОГИИ TREAT & EXTEND В ЛЕЧЕНИИ ВОЗРАСТНОЙ НЕОВАСКУЛЯРНОЙ МАКУЛОДИСТРОФИИ

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»

Введение. Возрастная макулярная дегенерация (ВМД) – хроническое прогрессирующее заболевание, являющееся основной причиной инвалидности по зрению среди пациентов старшей возрастной группы в экономически развитых странах. Социально-медицинская значимость этой патологии обусловлена потерей центрального зрения и утратой общей трудоспособности. Для лиц работоспособного возраста выход на первичную инвалидность вследствие ВМД отмечается в 11% случаев, а для лиц старше 60 лет – в 28% случаев. При этом наибольшим риском потери зрения характеризуется неоваскулярная ВМД. Стандартом терапии этого заболевания в настоящее время признано интравитреальное введение ингибиторов ангиогенеза. Показано, что применение ингибиторов ангиогенеза позволяет добиться стабилизации зрительных функций в более чем 90% случаев и улучшения зрения на 3 строки и более (15 букв по шкале ETDRS) у 30–40% пациентов. Тем не менее, результаты наблюдательных исследований свидетельствуют о существовании барьеров, препятствующих эффективному проведению антиангиогенной терапии в условиях рутинной клинической практики. Одним из возможных путей преодоления данных барьеров является поиск оптимального режима назначения ингибиторов ангиогенеза, позволяющего уменьшить число необходимых инъекций без потери терапевтической эффективности.

Режимы анти-VEGF-терапии.

1. Фиксированный режим подразумевает ежемесячные мониторинговые визиты, на каждом из которых производится инъекция.
2. Фиксированный режим с частотой инъекций один раз в 2 месяца. После проведения трёх ежемесячных загрузочных инъекций интервал между визитами, на которых выполняется инъекция, увеличивается до 2 месяцев.
3. Режим PRN (pro re nata) подразумевает проведение инъекций по необходимости. После завершения загрузочной фазы сохраняется ежемесячная частота мониторинговых визитов, на каждом из них принимается решение о выполнении инъекции.

4. Режим терапии Treat & Extend (Т & Е, «лечить и увеличивать») основан на индивидуальном подходе к активности заболевания. После загрузочной фазы интервалы между осмотрами, на каждом из которых производится инъекция, увеличиваются на определённый период, например, 2 недели. После решения вопроса о максимально возможном интервале между инъекциями пациент продолжает терапию в этом режиме. Если у пациента наблюдается возврат активности заболевания, интервалы между инъекциями сокращают.

Персонализированные режимы, такие как «лечить и увеличивать интервал» («лечить и продлевать», Treat and Extend) и «по необходимости» (Pro re nata, PRN), предполагают назначение инъекций в соответствии с индивидуальными потребностями пациентов, что позволяет сократить кратность инъекций и мониторинга, а также уменьшить риск избыточного лечения, характерный для фиксированных режимов. Персонализированный подход к терапии находит все большее применение в клинической практике, а режимы «лечить и увеличивать интервал» и «по необходимости» являются одними из самых популярных при назначении антиангиогенной терапии.

Таблица 1. Преимущества и недостатки режима «Лечи и продлевай» в сравнении с режимом «По потребности» (по Freund K.V. et al, 2015).

Преимущества	Недостатки
Редкие рецидивы	Избыточность лечения / инъекции на «сухой» сетчатке, не дающие прироста остроты зрения
Лучшие отдаленные функциональные результаты	Не выявляет пациента, который может оставаться стабильным без лечения (особенно для ДМО и ОВС)
Более вероятно сохранение «сухой» сетчатки	Потенциально больший риск географической атрофии
Меньшее количество визитов	Повышенная вероятность развития нежелательных реакций
Проактивное (упреждающее) действие	Ограниченная доказательность
Гарантирует некоторое количество инъекций	Отсутствие критериев прекращения лечения при ДМО и ОВС
Сниженный риск кровоизлияний	
Строгое соответствие, логистика, затраты	
Лучший контроль/стабилизация болезни	
Индивидуализированный для пациента	
Более предсказуемые трудозатрат персонала	

Цель – оценить эффективность и безопасность режима терапии Treat & Extend (Т & Е, «лечить и увеличивать») в лечении возрастной макулярной дегенерации.

Задачи: выявить зависимость функциональных и анатомических показателей, изменение офтальмотонуса от режима введения Афлиберцепта Treat and Extend; определить вероятность появления или прогрессирования сопутствующей местной патологии у пациентов с ВМД.

Материал и методы. Нами был проведен ретроспективный анализ результатов лечения 11 пациентов (11 глаз) с «влажной» ВМД в ОМХГ ГУЗ УОКБ за 2022 г. Средний возраст пациентов составил 63,3 года (49–88). До начала лечения всем пациентам были выполнены визометрия, тонометрия и оптическая когерентная томография (ОКТ), у части пациентов в ангио-режиме.

Оценка результатов производилась до и после лечения, критериями оценки служили максимальная корригированная острота зрения (МКОЗ), центральная толщина сетчатки (ЦТС), наличие отслойки нейроэпителия (ОНЭ) и отслойки пигментного эпителия сетчатки (ПЭС). Схема лечения подразумевала введение трех ежемесячных инъекций препарата Афлиберцепт 2,0 мг («загрузочная доза»), далее инъекции продолжали в общепринятом для клинической практики режиме «Treat And Extend» (лечение с удлинением интервалов между введениями доз препарата) на протяжении 6–12. Сама процедура интравитреальной инъекции проводилась в соответствии с современными протоколами и с соблюдением норм асептики.

Анализ результатов исследования проводили при помощи персонального компьютера IBM PC с использованием статистических программных пакетов Microsoft Office Excel 2003 и STATISTICA 6.0.

Результаты.

1. За период наблюдения пациентам исследуемой группы выполнено 59 процедур интравитреального введения Афлиберцепта (в среднем по 5,2 на 1 пациента).
2. Во всех случаях был отмечен быстрый положительный анатомический и функциональный результат применения Афлиберцепта, в процессе лечения удалось достичь значительного снижения неоваскулярной активности.
3. Улучшение МКОЗ и уменьшение ЦТС, по данным ОСТ, происходит после первой инъекции. Дальнейшее проведение лечения путём последовательных инъекций препарата не приносит столь ощутимой прибавки величины показателя МКОЗ. МКОЗ после 3 инъекций в среднем увеличилась

до $0,22 \pm 0,16$, а ЦТС уменьшилась до $171,44 \pm 152,36$ мкм, отслойка нейроэпителия в процессе лечения прилегла во всех случаях, а отслойка пигментного эпителия сохранилась у 6 пациентов. Неоваскуляризация по данным ОКТангио стала неактивной у всех 8 пациентов (у 3 пациентов данное исследование не проводилось).

4. Изменений со стороны показателей офтальмотонуса выявлено не было. Значимых осложнений от проведения интравитреальных инъекций, оказавших неблагоприятное влияние со стороны глаз, потребовавших дополнительных лечебных мероприятий, зафиксировано не было.

Выводы.

1. Антиангиогенная терапия неоваскулярной формы ВМД остаётся наиболее эффективным лечением, своевременное назначение которого приводит к снижению активности ХНВ, улучшению зрительных функций и анатомических показателей сетчатки.
2. Режим Treat and Extend, применяемый на первом году лечения, оказался наиболее оптимальным и удобным, позволил минимизировать число визитов пациентов и уменьшить количество инъекций.

*И.В. Ковеленова, П.В. Библаев, А.А. Тимофеев,
Д.В. Беломестнова*

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НАРУШЕНИЯ КРОВООБРАЩЕНИЯ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА ПОСЛЕ КОСМЕТОЛОГИЧЕСКИХ ИНЪЕКЦИЙ ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»

Актуальность. В настоящее время отмечается рост интереса населения к различным видам косметологических инъекционных процедур на лице и в периорбитальной зоне. В связи с увеличением количества проводимых вмешательств, естественно растет и количество осложнений, к сожалению, не всегда фиксируемых и не всегда обратимых, связанных с утратой зрения. Инъекции жира, коллагена, гиалуроновой кислоты и других гелеобразных наполнителей (филлеров) под кожу лица являются весьма популярной косметической процедурой,

которая призвана заполнить объем складок или морщин, разгладив тем самым кожу. Однако это может приводить не только к изменениям кожи лица, но и к сосудистым нарушениям в сетчатке и зрительном нерве. Ранее патогенетическим фактором считалось сдавление филлером сосуда извне, однако позднее установлено, что нарушение кровообращения наступает на фоне поступления частиц препарата в просвет сосудов и их последующей эмболизацией.

Цель – представить клинический случай лечения пациентки с нарушением кровообращения в зрительном нерве на фоне проводимой ранее процедуры ревитализации.

Методы исследования. Пациентка Р. обратилась в ОМГ УОКБ с жалобами на резкое снижение зрения правого глаза. Из анамнеза выяснено, что зрение снизилось около месяца назад после посещения косметолога и проведения инъекций гиалуроновой кислоты под кожу лица и периорбитальной области. Лечилась амбулаторно без улучшения. При обращении в отделение острота зрения правого глаза составила 0,1н.к., глазодвигательных нарушений не выявлялось, придатки не изменены, передний отрезок глаза без патологии. При биомикроскопии выявлены ватообразные очаги по сосудистым аркадам и в парамакулярной области, перистые геморрагии перипапиллярно по ходу сосудов. Выставлен диагноз: «нарушение кровообращения в сосудах ДЗН правого глаза». Изменения были односторонними. Колебаний ВГД не отмечалось, при компьютерной периметрии определялось расширение слепого пятна, также участки депрессии светоощущения до абсолютных скотом в проекции пораженных сосудистых аркад, которые сужались в процессе динамического контроля. При ОКТ отмечалось некоторое утолщение СНВС правого глаза относительно левого, а также участки деформации сетчатки в зонах ватообразных очагов. Проводилась противоотечная, сосудорасширяющая, метаболическая терапия, физиолечение.

Результаты. Стационарное лечение в течение 9 дней привело к улучшению МКОЗ до 0,3, частичному рассасыванию ватообразных очагов, периметрически отмечено уменьшение относительных скотом, по ОКТ – уменьшение толщины СНВС до уровня, сравнимого с парным глазом. При контрольном осмотре 1,5 месяца отмечено восстановление зрения до 0,5, колебаний ВГД не зафиксировано, периметрически – зоны умеренной депрессии светоощущения без абсолютных скотом, по ОКТ – признаки развития атрофических изменений зрительного нерва (истончение

СНВС до 87 мкм), биомикроскопически – очаги ишемии на сетчатке не выявлены.

Выводы. Представленный клинический случай показывает, что косметологические процедуры должны проводиться с учетом риска необратимых осложнений, в том числе офтальмологических. Знание архитектоники лица, сосудистого русла и зон риска, и, в зависимости от этого, техники введения препаратов, информирование пациента о возможных осложнениях, наличие доступных методов неотложной помощи при наступлении подобных осложнений (инъекции гиалуронидазы) и междисциплинарный подход дадут возможность уменьшить последствия необратимых осложнений, которые могут наступить даже, если все делается верно.

*И.В. Ковеленова, Е.А. Малиновская, Р.Г. Зайнетдинов,
А.А. Тимофеев*

АНАЛИЗ РЕФРАКЦИОННЫХ ОШИБОК ПРИ РАСЧЕТЕ ИОЛ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРМЕТРОПИЕЙ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»

Цель – анализ прогноза силы интраокулярной линзы (ИОЛ) при гиперметропии высокой степени путем сравнения точности различных формул Haigis, SRKII, Hoffer Q, Holladay и SRK/T.

Методы. Участниками нашего исследования были 30 пациентов, с аксиальной длиной глаза менее 22,0 мм. Всем пациентам была проведена факоэмульсификация с имплантацией ИОЛ и проанализирована послеоперационная рефракция. Перед операцией у всех пациентов была манифестная (нециклоплегическая) рефракция. Всем пациентам проведено полное офтальмологическое обследование, измерение максимально скорректированной остроты зрения (МКОЗ) с помощью таблицы Головина-Сивцева, оценка внутриглазного давления (ВГД) с помощью пневмотонометра, осмотр с помощью щелевой лампы и осмотр глазного дна. Кроме того, измерялась кератометрия, ультразвуковое исследование А-скан, оптическая биометрия (для каждого пациента проводили измерение AL и ACD). Всем пациентам без осложнений была проведена операция факоэмульсификации катаракты по стандартной методике одним

и тем же хирургом. Послеоперационную рефракцию исследовали через 3 месяца после операции.

Мы сравнили точность расчета различных формул с помощью оптического биометра Tomey, а затем сравнили ошибки, используя два разных метода измерения осевой длины.

Критериями включения были: $AL < 22,0$ мм, наличие катаракты, возраст более 40 лет и послеоперационная острота зрения 0.5 или выше.

Критериями исключения были: факторы, которые могут исказить результаты биометрии, кератометрии, повлиять на положение ИОЛ в капсульном мешке или снизить точность измеренной рефракции, то есть предоперационная МКОЗ 0.1 или хуже, аномалии роговицы, предшествующие внутриглазные или роговичные операции (включая кераторефракционную хирургию). наличие в анамнезе травмы глаза или увеита, а также интраоперационных осложнений, таких как разрыв задней капсулы, потеря стекловидного тела, потеря ядра, расхождение цинновых связок и подтекание раны.

Результаты. При использовании оптического биометра Tomey формула Haigis показала наименьшие средние ошибки прогноза ($0,32 \pm 0,13$), за ней следуют формулы Hoffer Q, Holladay, SRK/T и SRK II ($-0,67 \pm 0,10$, $-0,93 \pm 0,13$, $-1,23 \pm 0,14$, $-1,42 \pm 0,11$). Формула Haigis дала слегка миопический результат, но другие формулы дали гиперметропический результат в разной степени. А-сканирование привело к ошибке прогнозирования, которая была в сторону положительных значений (эквивалентно недооценке осевой длины), тогда как основная ошибка расчета ИОЛ была в сторону отрицательных значений. Формула Hoffer Q оказалась более точной при измерении аксиальной длины с помощью А-Scan, тогда как формула Haigis была более точной в сочетании с оптическим биометром. ($0,32 \pm 0,13$).

Выводы. Для выбора формулы расчета ИОЛ у пациентов с катарактой и гиперметропии высокой степени наиболее точным при анализе оптическим биометром была формула Haigis. Hoffer Q была лучше при использовании А-скана.

М.Ю. Евтушенко, Т.А. Маликова, А.А. Осихов, Н.А. Титов

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДИРОФИЛЯРИОЗА

ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска»

Актуальность. Дирофиляриоз у человека – крайне сложная патология для врачебной диагностики. Этот факт связан с малой информированностью населения и с очень редкой встречаемостью дирофиляриоза в нашем регионе. По данным ФБУЗ Центр гигиены и эпидемиологии Ульяновской области, в период с 2017 по 2021 гг. зарегистрировано 3 случая дирофиляриоза. Человек является случайным и нетипичным хозяином для личинок дирофилярий. Механизм заражения человека трансмиссивный, в результате чего личинки от инфицированных животных попадают в организм человека

Цель – учитывая трудности ранней диагностики и редкую встречаемость дирофиляриоза у человека, представляем клинический случай из нашей практики.

Материал и методы. Пациент К. обратился в ОМГ ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница» к дежурному офтальмологу 13.08.2022 с жалобами на отек верхнего века правого глаза, выставлен диагноз «реактивный отек век правого глаза». Рекомендовано местное консервативное лечение. 18.08.2022 повторно обратился в ОМГ ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница», диагноз тот же, назначены системная антибиотикотерапия. В этот же день пациент К. осмотрен ЛОР-врачом. Диагноз прежний. 19.08.2022 на фоне ухудшения состояния (увеличение отека лица, фебрильная температура) пациент госпитализирован в отделение челюстно-лицевой хирургии с диагнозом воспалительный инфильтрат параорбитальной области справа. Проводилась антибактериальная, противовоспалительная, десенсибилизирующая терапия. 28.08.2022 на УЗИ мягких тканей века: кожа и подкожно-жировая клетчатка утолщены за счет отека. Четко полостных образований не выявлено. На день выписки 29.08.2022 сохраняется отек, лимфостаз, птоз верхнего века правого глаза, рекомендовано амбулаторное наблюдение стоматолога-хирурга, дерматолога. Амбулаторно консультирован дерматологом, хирургом, рекомендации прежние. 30.08.2022 вновь осмотрен окулистом ОМГ ГУЗ УОКБ, рекомендовано дообследование: МРТ орбиты, анализы крови на токсоплазмоз, цитомегаловирус, герпес 1,2 типов. 03.09.2022 проведена МРТ орбит: выявлены признаки этмоидита, отек правого века и клетчаток обеих глазниц (риногенный

тип). 06.09.2022 пациент госпитализирован в отделение оториноларингологии ГУЗ ЦГКБ с диагнозом: Двусторонний острый этмоидит, реактивный отек век правого глаза. Пациенту назначена антибактериальная, противовоспалительная терапия, проведены лабораторные и инструментальные исследования. Выполнена КТ ППН: выявлено утолщение параорбитальных мягких тканей справа до 9 мм, КТ – признаки этмоидита. 07.09.2022 осмотрен офтальмологом. Пациент предъявляет жалобы на отек верхнего века правого глаза. Из анамнеза: длительное время жил на даче в сельской местности, отмечал периодические укусы насекомых, имеет домашнее животное. Объективный статус: острота зрения правого глаза 0,8, левого глаза 0,9. Правый глаз: гиперемия кожи, отек верхнего века, при пальпации безболезненный, без инфильтраций. Положение глазного яблока правильное, подвижность в полном объеме, передний отрезок без особенностей, глубокие среды прозрачные, глазное дно без патологии. В общеклиническом анализе крови от 07.09.22 эозинофиллы 13,9%, что косвенно указывает на гельминтную инвазию. Проводилась дифференциальная диагностика с новообразованием орбиты, абсцессом верхнего века, дакриоденитом, диروفилариозом, аутоиммунным заболеванием. Назначено МРТ орбит с контрастом – объемных образований не обнаружено. При повторном осмотре пациента 20.09.2022 стал пальпироваться инфильтрат внутреннего угла верхнего века, плотный, безболезненный, малоподвижный. Принято решение о хирургическом вмешательстве. При вскрытии плотной капсулы обнаружен и удален гельминт толщиной 1 мм, длиной 19 мм.

Результат. Проведенное паразитологическое исследование идентифицировало гельминта, относящегося к классу круглых червей Nematoda из рода *Dirofilaria*.

Выводы. Проблема остается сложной в эпидемиологическом плане и в плане ранней диагностики. Следует отметить, что тщательно собранный анамнез имеет большое значение для диагностики этой патологии, и врачам всех специальностей следует проявлять особую осторожность в отношении данного заболевания.

*С.С. Степанова, И.К. Шишкина, Н.В. Охотникова,
В.В. Безик, О.В. Кондратьева*

**ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ АДЕНОВИРУСНОГО
КОНЪЮНКТИВИТА НА БАЗЕ ГУЗ «УЛЬЯНОВСКАЯ
ОБЛАСТНАЯ ДЕТСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА
ИМ. ПОЛИТИЧЕСКОГО И ОБЩЕСТВЕННОГО
ДЕЯТЕЛЯ Ю.Ф. ГОРЯЧЕВА»**

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

Актуальность. Аденовирусная инфекция – острое инфекционное заболевание, вызываемое различными серотипами аденовируса, поражающее слизистые оболочки верхних дыхательных путей, конъюнктив глаз, кишечника и лимфоидной ткани, характеризующееся умеренной интоксикацией, лихорадкой, катаральным синдромом с выраженным экссудативным компонентом. Возбудители аденовирусного конъюнктивита – аденовирусы серотипов 3,4,7. Инкубационный период заболевания 3-10 дней.

Основной путь передачи инфекции – воздушно-капельный, механизм распространения – аэрозольный. Возможен алиментарный путь передачи инфекции, заражение через конъюнктиву глаз в водоемах и плавательных бассейнах, а также контактно-бытовой путь.

Аденовирусный конъюнктивит имеет 3 формы: катаральная, фолликулярная, пленчатая.

Заболевание чаще бывает sporadическим, но могут быть вспышки аденовирусного конъюнктивита.

Болезнь считается заразной еще до того, как появляются симптомы, и остается таковой до тех пор, пока вирус находится в средах организма. Этот период (для слезной жидкости) обычно длится от 2 до 4 нед. с момента передачи вируса. После этого наступает период элиминации вирусного агента из организма хозяина. Аденовирус обнаруживается в конъюнктиве больных в уменьшенном количестве уже через 10 дней после начала болезни, но при этом больше половины пациентов еще заразны.

Дети до полутора жизни практически никогда не болеют аденовирусной инфекцией в силу наличия у них пассивного иммунитета, переданного им матерью в виде специфических антител. После шести месяцев иммунная защита ослабевает, ребенок становится восприимчив

к вирусу. До 7-летнего возраста ребенок может неоднократно переболеть аденовирусной инфекцией, с формированием естественного приобретенного иммунитета.

По общему состоянию у детей чаще предшествовали катары верхних дыхательных путей, повышалась температура, отмечались головная боль, нарушение сна, насморк, диспепсия, увеличение лимфатических узлов.

Цель – изучение частоты встречаемости и особенностей клинического течения пленчатой формы аденовирусного конъюнктивита в Ульяновской области.

Материал и методы. В работе приводятся данные анализа медицинских карт пациентов с аденовирусным конъюнктивитом пленчатой формой, которые были госпитализированы в инфекционно-боксное отделение ГУЗ УОДКБ. Вирусный конъюнктивит других форм лечился амбулаторно. (не вошли в анализ обследования).

В исследование включены 14 пациентов (28 глаз) с пленчатой формой аденовирусного конъюнктивита, получавших лечение за последние 3 года. (2020 г., 2021 г., 2022 г., январь-февраль 2023 года).

Возраст пациентов варьировал от 8 мес. до 14 лет.

В 2020 и 2021 годах не было выявлено случаев аденовирусного конъюнктивита пленчатой формы.

В 2022 году в период с ноября по декабрь было госпитализировано 9 детей с пленчатой формой аденовирусного конъюнктивита (18 глаз).

В 2023 году за январь-февраль 5 детей с пленчатой формой аденовирусного конъюнктивита (10 глаз).

Пациенты предъявляли жалобы на отек век, покраснение глаз, резь, ощущение инородного тела в глазах, слезотечение в течении нескольких дней. Из анамнеза: вначале поражался один глаз, через несколько дней вовлекался другой глаз.

Всем пациентам, помимо снятия пленок стерильным ватным шариком или пинцетом, проводилась местная медикаментозная противовирусная, антисептическая, противовоспалительная терапия, туалет глаз ежедневно, внутрь антигистаминные препараты.

Критериями оценки эффективности проводимой терапии являлись положительная динамика состояния пациентов, объективного глазного статуса.

Результаты и обсуждения. При обследовании и лечении пациентов было выявлено, что наиболее часто встречалась пленчатая форма одного из глаз. Со стороны остроты зрения существенных изменений не происходило. В последние 3 года по статистике обращений в ГУЗ УОДКБ случаи аденовирусной инфекции участились. Наибольшее число заболевших приходится на зимний период. Специфическая

профилактика аденовирусной инфекции на данный момент не разработана.

У всех детей в глазном статусе отмечалось: сужение или сомкнутость век из-за выраженного отека, на хрящевых частях век и переходных складках слизистой век нежные серовато-белые пленки, которые не распространяются на глазные яблоки. Пленки удаляются механическим путем, при их отделении может быть сукровичное отделяемое, кожа век гиперемирована, выраженная конъюнктивальная инъекция, хемоз конъюнктивы век и переходных складок, слизисто-гнойное отделяемое, точечные кровоизлияния в конъюнктивы или склеры глазных яблок. На 2-3 день конъюнктивы становятся зернистыми вследствие выбухания фолликулов. Отек века и связанный с ним воспалительный птоз часто наблюдаются только в преимущественно пораженном глазу.

Выводы. Таким образом, наш опыт показывает, что:

1. отмечается рост аденовирусной инфекции за последнее время;
2. штаммы аденовируса стали более контагиозными за последние 2 года;
3. лечение эффективно только в совокупности: снятия пленок + местное и системное медикаментозное лечение;
4. вначале развивается одностороннее поражение, через несколько дней в патологический процесс вовлекается другой глаз;
5. подвержены аденовирусному конъюнктивиту дети любого возраста, однако у детей до 6 месяцев он встречается достаточно редко, ввиду наличия у них пассивного иммунитета.

И.В. Ковеленова, К.О. Малиновский, Ю.С. Косенко

ПРИМЕНЕНИЕ ИМПЛАНТА ДЕКСАМЕТАЗОНА ПРИ УВЕИТАХ: АНАЛИЗ ЗА 3 ГОДА

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»

Цель – оценить эффективность и безопасность использования интравитреального имплантата Дексаметазона при лечении макулярного отека у пациентов с увеитами за 3 года.

Материалы и методы. Обследованы 13 пациентов (15 глаз) с макулярным отеком у больных с увеитом до и после интравитреального введения имплантата Дексаметазона. Оценку состояния проводили с помощью аппарата ОСТ.

Результаты. У всех пациентов с увеитами по результатам ОСТ отмечалось уменьшение макулярного отека, нормализация профиля сетчатки, значительное повышение остроты зрения.

Заключение. Положительный эффект импланта Дексаметазона при увеитах представляют собой альтернативный вариант стандартного метода ГКС терапии и при его интравитреальном введении привели к полному регрессу макулярного отека.

Среди воспалительных заболеваний глаз ведущее место занимает патология сосудистого тракта (увеиты). Известно, что увеиты – полиэтиологическое заболевание, причинами которого являются вирусные и бактериальные инфекции, аллергические и травматические факторы. В этиологическом аспекте увеитов особого внимания заслуживает аутоиммунная патология организма: анкилозирующий спондилоартрит (АС), ревматоидный артрит (РА), болезнь Бехчета (ББ) и др.

Данная группа увеитов характеризуется особой тяжестью течения, склонностью к рецидивированию и возникновению макулярного отека (МО), который является одной из главных причин резкого снижения, либо полной потери зрения.

До появления импланта Озурдекс стандартным методом лечения МО при увеитах, ассоциированных с аутоиммунной патологией, является системное и местное применение глюкокортикостероидов (ГКС).

Данный метод лечения характеризуется массой побочных реакций, либо отсутствием необходимого лечебного эффекта из-за низкой концентрации препарата внутри глаза, не позволяющей полностью блокировать аутоиммунные механизмы развития и прогрессирования МО.

Глюкокортикостероиды (ГКС) нашли широкое применение в офтальмологии благодаря выраженному противовоспалительному, противоотечному, антипролиферативному и противоаллергическому действию.

Самым часто применяемым кортикостероидом, обладающим минимумом побочных эффектов, является имплант с Дексаметазоном, который высвобождается в течении 6 месяцев. Основной принцип его действия на орган зрения основан на купировании воспалительной реакции за счет длительного влияния непосредственно на очаг поражения с увеличением его внутриглазной концентрации.

С 2016 года интравитреальная имплантация Озурдекса при МО, возникших на фоне неинфекционных увеитов, была разрешена Минздравом РФ в офтальмологических стационарах России

(рег. №: ЛП-001913). Это открыло новые перспективы в лечении данной категории офтальмологических больных.

На базе отделения микрохирургии глаза УОКБ №1 в течение более трех лет при лечении макулярного у пациентов с увеитами интравитреально вводится имплант Дексаметазона (0.7 мг).

Материал и методы. Обследованы 13 пациентов (15 глаз) с МО на фоне обострения хронического неинфекционного увеита. Из них 9 женщин (69,2%) и 4 мужчин (30,8%). Возраст пациентов колебался от 28 до 79 лет, в среднем составил 34.2 ± 5.6 года. У всех больных причиной МО явилось обострение переднего увеита.

Стандартное офтальмологическое обследование включало определение максимально скорректированной остроты зрения (МКОЗ), офтальмобиомикроскопию с использованием асферической линзы 78 дптр, тонометрия (ВГД), ОСТ на аппарате Spectralis в день введения препарата.

В процессе проведенного инструментального и лабораторного обследования пациентов инфекционная природа увеита была отвергнута у всех пациентов, и после дополнительной консультации ревматолога у 11 больных установлен диагноз АС, а у двух больных – ББ.

Назначенная данным пациентам врачом ревматологом системная иммуносупрессивная терапия, дополненная местным введением ГКС в комбинации с антиоксидантными и нестероидными противовоспалительными средствами, привела к частичному купированию признаков воспаления без тенденции к уменьшению МО.

У всех пациентов по результатам ОСТ был диагностирован макулярный отек, максимальная высота которого варьировала от 559 мкм до 1 088 мкм, протяженность отека составляла от 1 276 до 3 546 мкм. Средняя МКОЗ до введения импланта составляла 0.1 ± 0.15 . ВГД не превышало 25 мм рт. ст. (в среднем составляло 16 ± 3 мм рт. ст.)

Учитывая неинфекционный характер увеита и резистентность МО к проводимой терапии, всем данным пациентам в условиях операционной выполнялось однократное интравитреальное введение импланта с Дексаметазоном (0.7 мг) по стандартной методике. Осмотр и мониторинг внутриглазного давления проводили через 30 минут, в первые сутки, 1, 3, 6, 9 месяцев после операции.

Результаты и обсуждения. К 9 месяцу после интравитреального введения импланта Дексаметазона субъективно все пациенты начали отмечать улучшение зрения. За счет купирования воспалительного процесса у всех пациентов значительно повысилась МКОЗ и составила в среднем 0.48 ± 0.15 . У двух пациентов в этот период обследования

выявлено транзиторное повышение ВГД до 30 мм рт. ст., но на фоне назначенной гипотензивной терапии (бринзоламид 3 раза в день в течение 30 дней) офтальмотонус нормализовался и составил 16 мм рт. ст.

Во всех исследуемых глазах появилась тенденция к полной редукции МО.

По данным ОСТ толщина сетчатки в макуле уменьшилась до нормальных параметров и составила $238,8 \pm 16,2$ мкм, одновременно на глазном дне исчезли отек ДЗН и ступешанность его контуров, рассосались ретинальные инфильтраты, отмечена нормализация калибра венул сетчатки.

Через 6–9 месяцев после имплантации в витреальную полость импланта Дексаметазона клинические признаки обострения внутриглазного воспаления у наблюдаемых пациентов отсутствовали.

Заключение. Клинический опыт за 3 года интравитреального введения импланта Дексаметазона продемонстрировал появление новых возможностей эффективного лечения МО, ассоциированных с увеитами, привело к повышению МКОЗ в среднем в 2,2 раза по сравнению с исходной. Наступление стойкой ремиссии внутриглазного воспаления и отсутствие тенденции к появлению рецидива МО были отмечены при сроках наблюдения 6–9 месяцев после лечения.

Г.Р. Яфясова, И.А. Булгакова, И.В. Ковеленова

КЛИНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СИНДРОМА СУХОГО ГЛАЗА У ПАЦИЕНТОВ С РАЗНЫМИ НОЗОЛОГИЯМИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО МОДУЛЯ НА ФОТО-ВИДЕО ЩЕЛЕВОЙ ЛАМПЕ DIXION S350

ООО «Прозрение»

Определение. ССГ представляет собой «многофакторное заболевание глазной поверхности, характеризующееся снижением гомеостаза слезной пленки и сопровождающееся глазными симптомами, этиологическую роль, в развитии которых, играют нестабильность слезной пленки, гиперосмолярность, воспаление и повреждение глазной поверхности и нейросенсорные нарушения». Недооценка важности своевременной диагностики во многом связана с обилием субъективных симптомов заболевания и минимальными объективными нарушениями

в начальных стадиях заболевания, прогрессия которых нередко ведет к необратимым и хроническим патологическим процессам.

Актуальность. По данным разных авторов заболеваемость ССГ составляет от 5 до 35% в развитых странах, имея тенденцию к росту, ввиду активного использования компьютерных систем, средств контактной и хирургической коррекции зрения. Синдромы Шегрена и Стивенса–Джонсона, ревматические заболевания, сахарный диабет в том числе сопровождаются развитием ССГ. Обладая новейшими возможностями эксимерлазерной хирургии методом Super Lasik, цель которой достижение максимальных результатов качества зрения пациентов, диагностика синдрома сухого глаза имеет важное значение в послеоперационной реабилитации, а главное в рефракционном результате.

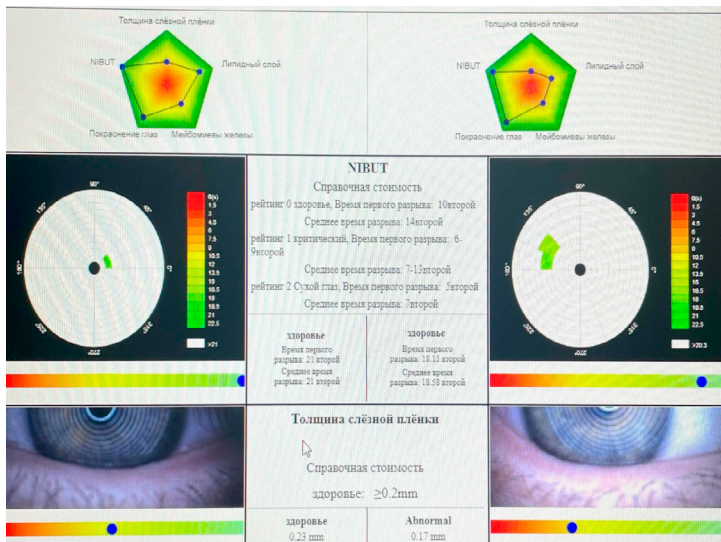
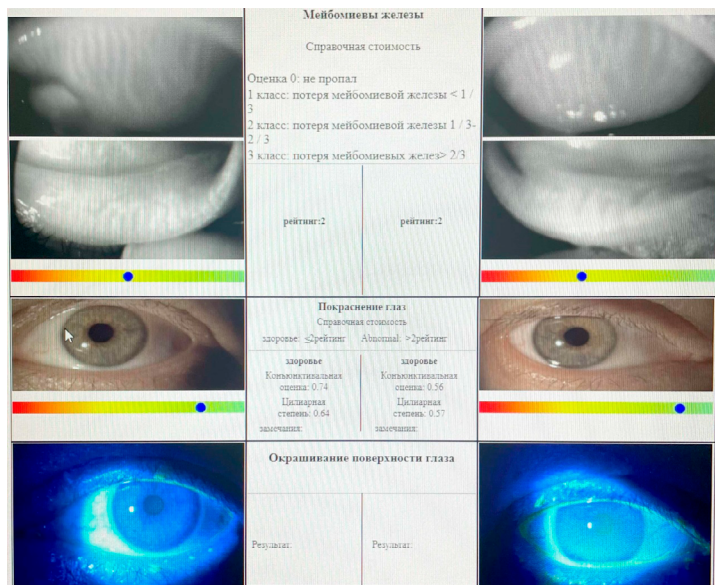
Диагностика Синдрома сухого глаза. Традиционно диагностика ССГ базируется на стандартной схеме: характерные жалобы со стороны пациента, сбор анамнеза и выявление факторов риска, осмотр на щелевой лампе с оценкой всех структур глаза, а также применение прицеленных проб Ширмера и Норна для оценки слезопродукции и состояния слезной пленки.

С 2007 года в медицинскую номенклатуру введен термин «Система Глазной Поверхности» («Ocular Surface Sistem») и разработаны диагностические модули для её изучения, которые являются альтернативой давно известных нам проб. Фото-видео щелевая лампа со встроенным модулем системы диагностики ССГ, получившая широкое применение в клинике «Прозрение», включает в себя совокупность тестов (рис. №1).



На приборе последовательно определяют следующие параметры – NIBUT – неинвазивное время разрыва слезной пленки (Non-Invasive Break-Up Time) в интервале 20 секунд, толщину слезной пленки (норма более 0,2 мм), слой липидов поверхности глаза (норма > 80 нм),

степень сохранности или утраты мейбомиевых желез, фотовизуализация края век и зоны роста ресниц, оценка конъюнктивальной инъекции и окрашивание поверхности глаза (рис. №2).



Нами были обследованы 3 группы пациентов: 5 пациентов с впервые выявленным ССГ в возрасте 50-67 лет, 14 пациентов после операции Lasik, получающих регулярную слезозаместительную терапию в течение 3 месяцев, 3 пациента с синдромом Шегрена в возрасте 40-45 лет, не получавшие терапию.

В первой группе пациентов было зафиксировано отклонение параметра «NIBUT», среднее время разрыва составило 8–12 секунд, толщина липидного слоя в пределах 30–60 нм, утрата мейбомиевых желез более 2/3 и конъюнктивальная инъекция.

Во второй группе пациентов было зафиксировано незначительное отклонение параметра «NIBUT», составившее 17-18 секунд, и снижение липидного слоя в пределах 60–80 нм.

Третья группа пациентов: параметр «NIBUT» резко отклонен от нормы – время разрыва менее 5 секунд, толщина слезной пленки менее 0,2 мм, толщина липидного слоя в пределах 30 нм.

Выводы.

1. Стабильность слезной пленки снижается в связи с возрастными физиологическими изменениями, преимущественную роль играет дисфункция и утрата мейбомиевых желез, как следствие снижение липидного слоя.
2. Адекватная и длительная (до 6 месяцев) слезозаместительная терапия у пациентов после эксимерлазерной хирургии методом Lasik позволяет избежать осложнений в связи синдромом сухого глаза и добиться высоких рефракционных результатов.
3. Синдром Шегрена (в том числе иные ревматологические заболевания) требуют постоянного специфического лечения и наблюдения офтальмолога в связи с высокими рисками осложнения синдрома сухого глаза.

Опыт применения модуля диагностики ССГ позволяет нам правильно подобрать комплексную терапию в лечении пациентов, вести динамический контроль, а также проводить хирургические операции с минимальными рисками осложнения со стороны синдрома сухого глаза, предупреждая его развитие еще на дооперационном этапе, планируя индивидуальную программу послеоперационного лечения пациента в каждом конкретном случае.

И.Х. Казымова, Н.А. Титов, А.А. Осихов

ОПЫТ РАБОТЫ ОФТАЛЬМОЛОГА В УСЛОВИЯХ ГОСПИТАЛЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска»

Актуальность. Пандемия, вызванная коронавирусом SARS-CoV-2 (COVID-19), имела масштабные последствия для здоровья. COVID-19 в основном возникает как инфекция нижних дыхательных путей, но может наблюдаться полиорганное поражение. По данным литературы, частота офтальмологических осложнений колеблется от 2 % до 32 %, включая поражения переднего и заднего отрезков глаза, зрительного нерва, орбиты.

Цель исследования. В этой статье дается обзор офтальмологических состояний, прямо или косвенно связанных с COVID-19, выявленных в ГУЗ ЦГКБ за время работы госпиталя для лечения больных с новой коронавирусной инфекцией. Цель настоящей работы оценить структурный состав офтальмологической патологии за время существования госпиталя на основании собственного опыта.

Методы исследования. Ретроспективная оценка клинических случаев глазных болезней, ассоциированных с новой коронавирусной инфекцией у пациентов ковидного госпиталя ГУЗ ЦГКБ.

Результаты. За время работы госпиталя по борьбе с коронавирусной инфекцией, развёрнутого на базе ГУЗ ЦГКБ с 01.11.2020 г. по 01.06.2022 г., поступило 20 315 пациентов с подтверждённой коронавирусной инфекцией и подозрением на неё. Из них 16 327 человек было выписано с выздоровлением, 3 810 умерло, 178 пациентов были переведены в другие ЛПУ. Из общего числа пациентов, находившихся на лечении в госпитале, консультация врача-офтальмолога потребовалась 367 больным, что составило 1,8%. При разборе нозологической структуры пациентов, нуждавшихся в офтальмологической помощи, можно выделить несколько основных групп.

1. Болезни глазной поверхности, переднего отрезка глаза и хрусталика выявлены у 263 пациентов (71,6%), из них: заболевания конъюнктивы (конъюнктивиты) – 188 случаев; заболевания век (блефариты) – 10 случаев; флегмона слезного мешка – 1, флегмона орбиты – 1, в обоих случаях было оказано хирургическое пособие; заболевания хрусталика (катаракта) – 44 случая; заболевания роговицы (кератиты различной

- этиологии) – 10 случаев; заболевания радужной оболочки и цилиарного тела (увеит) – 4 случая; заболевания склеры (склерит и эписклерит) – 4 случая.
2. 2. Болезни заднего отрезка глаза (стекловидного тела, сетчатки, зрительного нерва) выявлены у 42 пациентов (11,4%), из них: заболевания стекловидного тела (гемофтальм – 7, деструктивные изменения стекловидного тела – 13) – 20 случаев; заболевания сетчатки (отслойка сетчатки – 1, окклюзии центральной вены сетчатки и ее ветвей и центральной артерии сетчатки – 3, фоновые ретинопатии – 7) – 10 случаев; заболевания зрительного нерва (неврит зрительного нерва – 3, застойный диск зрительного нерва – 3) – 6 случаев.
 3. 3. Глаукома различных форм, включая острый приступ закрытоугольной глаукомы – 6 случаев.

Пациенты, у которых не было обнаружено глазной патологии – 58 случаев, что составляет 15,8% от общего количества консультаций. В отдельную группу можно вынести 4 случая (1,08%) выявленных тромбозов кавернозного синуса, вызванных гиперкоагуляцией и воспалением на фоне тяжелого течения коронавирусной инфекции. Диагноз был подтвержден компьютерной томографией головного мозга. Все случаи в 100% завершились летальным исходом.

Выводы. По полученным в собственном исследовании результатам можно сделать следующий вывод: возбудитель COVID-19 способен вызывать мультисистемные поражения, включая офтальмологические проявления. Основной причиной обращений к офтальмологу были конъюнктивиты, что является скорее неспецифичным признаком и может являться следствием применяемых лечебных методов (ИВЛ, прон-позиция и др.). Сложность, многогранность и новизна проблем, связанных с пандемией коронавирусной инфекции, обуславливают необходимость выполнения большого комплекса клинических и фундаментальных исследований.

А.Ю. Возженников, Т.А. Мидленко

МИКРОИМПУЛЬСНАЯ ЛАЗЕРКОАГУЛЯЦИЯ МАКУЛЫ ШИРОКИМ ПЯТНОМ В ЛЕЧЕНИИ ВЛАЖНЫХ ФОРМ ВОЗРАСТНОЙ МАКУЛЯРНОЙ ДЕГЕНЕРАЦИИ, РЕЗИСТЕНТНЫХ К ИНГИБИТОРАМ АНГИОГЕНЕЗА

ООО «ГлазЦентр»

Возрастная макулярная дегенерация (ВМД) является одной из наиболее частых причин слабовидения и инвалидизации у лиц старшей возрастной группы (старше 55 лет). По официальным материалам ВОЗ распространенность дегенеративных поражений макулярной зоны в мире составляет 300 на 100 тысяч населения, а как причина слабовидения ВМД занимает третье место в структуре глазной патологии после глаукомы и диабетической ретинопатии. В Российской Федерации заболеваемость ВМД составляет 15 на 1000 населения.

Различают «сухую» и «влажную» формы ВМД. «Влажная» (экссудативная, неоваскулярная) форма ВМД проявляется хориоидальной неоваскуляризацией, которая сопровождается различной степенью повреждения пигментного эпителия сетчатки (ПЭС), экссудативной отслойкой пигментного эпителия и/или нейроэпителия сетчатки. «Влажная» форма встречается в 10% случаев ВМД, но протекает тяжелее «сухой». Характеризуется резким снижением остроты зрения с метаморфопсиями, отеком сетчатки, развитием хориоидальной неоваскуляризации с образованием фиброваскулярного рубца, приводящего к слабовидению.

В лечении «влажной» формы ВМД основное значение имеет лекарственная терапия ингибиторами ангиогенеза, а также фотодинамическая терапия, транспупиллярная термотерапия, витреоретинальная хирургия и сочетание методов.

В последние годы наметилась тенденция к омоложению данного заболевания и появлению «влажных» форм, резистентных к ингибиторам ангиогенеза. Ингибиторы ангиогенеза не только хорошо останавливают рост патологических новообразованных сосудов, но и предупреждают их появление. Однако при отслойке нейроэпителия (НЭ) и пигментного эпителия (ПЭ) сетчатки, а также при наличии интратетинальных микрокист, зрительные функции остаются существенно снижены и ингибиторы ангиогенеза не всегда приводят к ликвидации этих состояний,

что вынуждает искать другие методы улучшения и сохранения зрительных функций.

За период с 2017 по 2023 год под нашим наблюдением находилась группа из 22 больных с резистентной к ингибиторам ангиогенеза «влажной» формой ВМД. 9 мужчин и 13 женщин, средний возраст которых составил $62,7 \pm 6,8$ года. Всем пациентам проведена визометрия, биомикроскопия, оптическая когерентная томография (ОКТ) и ОКТ ангиография макулярной зоны сетчатки.

Острота зрения с коррекцией составила $0,34 \pm 0,06$. На ОКТ в фовеолярной области имелись обширные неравномерные участки отслойки НЭ и ПЭ сетчатки высотой 130 ± 60 мкм и интравитреальные кисты. На ОКТ ангиографии активные субретинальные мембраны отсутствовали.

Пациентам проведена диодная микроимпульсная лазеркоагуляция (ДМИЛК) макулы широким пятном на инфракрасном (810 nm) диодном лазере IRIDEX IQ 810 производства фирмы «IRIDEX» США через контактную линзу «REICHEL-MAINSTER 1x Retina LASER LENS». Диаметр пятна лазерного воздействия на сетчатке от 3,0 до 5,0 мм. Энергия импульса – 200-300 мВт; экспозиция – 60 секунд; рабочий цикл (скважность) – 5%. Результаты оценивались через 1, 2, 6, 12 и 24 месяца после операции.

После проведения ДМИЛК стабильное улучшение состояния зрительных функций достигнуто в группе через 1–2 месяца в 100% случаев. Острота зрения с коррекцией составила $0,47 \pm 0,05$. На ОКТ в фовеолярной области обширные неравномерные участки отслойки НЭ и ПЭ сетчатки уменьшились по высоте до 70 ± 35 мкм и сократились по площади, а интравитреальные кисты стали фрагментарными. На ОКТ ангиографии активные субретинальные мембраны также отсутствовали. В сроки наблюдения от 12 до 24 месяцев достигнутый результат сохранялся.

Таким образом, диодная микроимпульсная лазеркоагуляция (ДМИЛК) макулы широким пятном является альтернативой для лечения «влажной» формы ВМД при резистентности к ингибиторам ангиогенеза.

Д.В. Борисова, И.А. Фролычев, Н.А. Поздеева

МИКРОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИИ МАКУЛЯРНОГО РАЗРЫВА

**Чебоксарский филиал ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза»
им. акад. С.Н. Федорова, г. Чебоксары**

Актуальность. На современном этапе развития офтальмохирургии одними из важнейших принципов являются микроинвазивность и малотравматичность хирургической техники. Данные подходы в полной мере реализованы в катарактальной хирургии, благодаря чему факоэмульсификацию хрусталика с имплантацией ИОЛ с успехом выполняют и в амбулаторных условиях. За прошедшие 20 лет значительно усовершенствовались условия проведения витреоретинальной хирургии за счет уменьшения количества формируемых склеростом и калибра эндоинструментов, внедрения новых иллюминационных систем, применения средств, улучшающих идентификацию полупрозрачных структур витреума и сетчатки, сопровождения хирургии системами морфологической визуализации.

Несмотря на многообразие технологий витреоретинальной хирургии, «золотым» стандартом по настоящее время является трехпортовая витрэктомия с мембранопилингом. Для достижения принципа микроинвазивности в хирургии мы предлагаем методику двухпортовой витрэктомии для лечения пациентов с патологией витреомакулярного интерфейса.

Целью исследования стал анализ морфологических результатов лечения пациентов с макулярным разрывом методом двухпортовой витрэктомии.

Материал и методы. По разработанной технологии были пролечены 25 пациентов с диагнозом идиопатический макулярный разрыв. Средний возраст составил $62 \pm 7,2$ года. Всем пациентам до операции проводилось диагностическое обследование, включающее визометрию, офтальмотонометрию, оптическую когерентную томографию и лазерную тиндалеметрию. Средняя МКОЗ до операции составила $0,09 \pm 0,05$. Внутриглазное давление было измерено с помощью тонометрии по Маклакову и в среднем составляло $19 \pm 1,6$ мм рт.ст. Оптическая когерентная томография (ОСТ) выполнялась на томографе Cirrus HD-OCT 5000 (Carl Zeiss Meditec, США) в линейном режиме

сканирования. По данным OCT 19 пациентов имели макулярный разрыв 3-й стадии, у 16 пациентов макулярный дефект соответствовал 4-й стадии по I.D. Gass. Средний размер дефекта составил 462 ± 195 мкм. Помимо стандартного диагностического обследования была выполнена лазерная тиндалеметрия (FCM) с определением потока белка. Обследование проведено на приборе FC-2000 (Kowa, Япония). Дооперационные данные потока белка в передней камере и составили $7,02 \pm 3,03$ ф/мс.

Техника операции включала установку двух портов (один для ирригационной канюли, совмещенной с осветителем, второй – для витреотоми), проведение витрэктомии с мембранопилингом, введение в область дефекта PRP и воздушную тампонаду витреальной полости.

Результаты. Наблюдение пациентов проводили в сроки 1, 3 и 6 месяцев после проведенного хирургического лечения. Все пациенты прошли аналогичное дооперационное диагностическое обследование. Уже при первом визите через 1 месяц после проведенного лечения пациенты отмечали субъективно уменьшение искажений предметов. Во всех случаях удалось достигнуть полного закрытия макулярного разрыва по данным OCT. К 6-му месяцу пациенты отметили улучшение остроты зрения. Средние результаты МКОЗ составили $0,52 \pm 0,07$ ($p=0,035$). Показатели внутриглазного давления соответствовали нормотензии – $17,1 \pm 1,5$ мм рт. ст. По данным оптической когерентной томографии картина макулярного интерфейса была стабильна – отсутствие дефекта центральной зоны. Поток белка в передней камере был близок к дооперационным значениям и составлял $5,8 \pm 1,5$ ф/мс ($p=0,78$).

Заключение. Метод двухпортовой витрэктомии позволяет достичь стабильных анатомических результатов, минимизируя степень хирургической травмы. Данный метод может служить альтернативой классической трехпортовой витрэктомии при лечении патологии витреомакулярного интерфейса.

С.Л. Кузнецов, Н.Н. Гостева, К.Е. Гостева, Ф.А. Анесян

К ВОПРОСУ О «ПОДЛИПАНИИ» РАДУЖКИ ПОСЛЕ НЕПРОНИКАЮЩЕЙ ХИРУРГИИ ГЛАУКОМЫ

ПИУВ-филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Пенза

Актуальность. Микроинвазивные технологии хирургических операций непроникающего типа обозначили новый этап в развитии хирургического лечения первичной открытоугольной глаукомы (ПОУГ). Непроникающая глубокая склерэктомия (НГСЭ), предложенная в 1984 году академиком Федоровым С.Н. и профессором Козловым В.И., способствовала значительному сокращению операционных и послеоперационных осложнений. Вместе с тем, непроникающая хирургия привнесла и новые осложнения, в частности – микроперфорация трабекуло-десцеметовой мембраны (ТДМ) с блокадой ее корнем радужки и снижением гипотензивного эффекта операции. Лазерные методы устранения осложнения являются эффективными, но зависят как от сроков их проведения, так и от состояния структур дренажной системы. Поэтому изучение результатов непроникающей хирургии глаукомы и разработка мер, направленных на дальнейшее уменьшение осложненного течения хирургического вмешательства, является актуальным направлением в плане повышения эффективности хирургического лечения ПОУГ.

Цель – анализ частоты блокады зоны операции путем «подлипания» радужной оболочки (ПРО) к трабекуло-десцеметовой мембране в послеоперационном периоде при непроникающей синустрабекулэктомии (НСТЭ) в хирургии глаукомы и результатов ее YAG-лазерного лечения.

Материал и методы. Ретроспективно методом сплошной выборки изучали частоту ПРО к трабекуло-десцеметовой мембране (ТДМ) с блокадой зоны операции через 1-1,5 месяца после НСТЭ и анализировали результаты ее YAG-лазерной десцеметогониопунктуры за 2019–2021 гг. Срок наблюдения от 4 до 39 месяцев.

Результаты. За указанный период НСТЭ выполнена на 523 глазах. В 2019 г. на 188 (35,94%), в 2020 на 124 (23,71%), в 2021 на 211 (40,34%). В 2019 г. YAG-лазерная десцеметогониопунктура выполнена на 153 глазах (81,38%) от числа НСТЭ, которая на 40 глазах (21,27%) сопровождалась лазерным синехиолизисом вследствие ПРО, в 2020 г. – на 124 глазах (96,77%), которая на 21 глазу (17,35%) дополнялась лазерным синехиолизисом, в 2021 – на 178 глазах (84,36%), которая на 21 глазу (9,95%) также потребовала проведения лазерного синехиолизиса.

На 76 глазах (92,68%) – ПРО и блокада зоны операции устранена полностью, на 6 глазах (7,32%) – частично.

Заключение. Установлено, что частота ПРО с блокадой зоны операции через 1-1,5 месяца после НСТЭ составила от 9,95% до 21,27%. В среднем 15,68%, чаще у пациентов с узким углом передней камеры. Это подчеркивает актуальность выполнения гониоскопии в раннем послеоперационном периоде НСТЭ и разработки мероприятий, направленных на профилактику данного осложнения.

YAG-лазерная десцеметогониопунктура в сочетании с лазерным синехиолизисом в сроки 1-1,5 месяца после основного вмешательства позволяет устранить ПРО к ТДМ в 92,68% случаев.

*Е.В. Балацук, А.И. Поняшова, М.Р. Масленникова,
Н.В. Огонькина*

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ ВИРУСАХ ГРИППА И COVID-19

ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска»

Актуальность. Вспышка инфекционного заболевания, вызванного новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) продолжает развиваться. За осенне-зимний период 2022–2023 гг. на фоне данного заболевания появились случаи в виде микст-инфекции с сезонными вирусами гриппа.

Цель исследования – произвести дифференциальную диагностику морфологических изменений при вирусах гриппа и COVID-19.

Материалы и методы исследования. Произведен анализ случаев с микст-инфекцией за осеннее-зимний период 2022–2023 гг.

Определения: грипп – это острое инфекционное заболевание, вызываемое вирусами гриппа типов А, В и С, которые поражают эпителиальные клетки дыхательных путей, эндотелий сосудов и иммунокомпетентные клетки; коронавирусная инфекция – острое зоонозное острое вирусное инфекционное заболевание, клинически характеризующееся интоксикацией, лихорадкой, поражением респираторного тракта и кишечника.

Результаты. Патоморфологические изменения при гриппе зависят от типа вируса и особенностей макроорганизма. У умерших от гриппа больных при макроскопическом исследовании в серозных полостях находят избыточное количество жидкости. В верхних дыхательных путях распространенный катаральный или катарально-геморрагический ларинготрахеобронхит. Легкие увеличены в объеме, отечные, ткань их «печеночной» консистенции, на разрезе красного цвета, сниженной воздушности, пестрая с участками кровоизлияний, ателектазов и уплотнений (геморрагическая пневмония), а при бактериальной суперинфекции – с мелкими милиарными абсцессами и гнойным отделяемым. При гистологическом исследовании при ранней пневмонии, вызванной вирусом гриппа, наблюдаются три характерных альвеолярных изменения: тромбоз капилляров, очаговый некроз альвеолярной стенки и развитие гиалиновых мембран; также отмечается выраженное полнокровие, очаговые кровоизлияния в межальвеолярные перегородки и просвет альвеол, межальвеолярные перегородки утолщены. Часть альвеол спавшиеся, часть заполнены фибринозным выпотом со слущенными

альвеолоцитами (десквамативный некротизирующий альвеолит) и распавшимися нейтрофилами, очаги ателектазов и острой эмфиземы.

Патоморфологические изменения при новой коронавирусной инфекции COVID-19: Макроскопические изменения в респираторном тракте - трахея и бронхи без видимых признаков воспаления, легкие тяжелые, пестрые, красного – темно-бордового цвета, паренхима отечная, плотной консистенции без очаговых поражений («большое пестрое легкое»); гистологические изменения в респираторном тракте:

- острый респираторный дистресс-синдром: острая стадия – диффузное альвеолярное повреждение с образованием гиалиновых мембран в альвеолах; стадия организации – расширение интерстициальных клеток, гиперплазия пневмоцитов II типа, отек и пролиферация фибробластов, внутриальвеолярные фибриновые экссудаты, преимущественно лимфоцитарная инфильтрация, обнаруживаются макрофаги, гигантские многоядерные клетки и вирусные включения в пневмоцистах II типа;
- нарушение коагуляции: тромбоцитарные фибриновые тромбы в мелких артериальных сосудах.

Выводы: для гриппа, в первую очередь, характерен трахеит, для течения коронавирусной инфекции характерно поражение легких без явлений трахеита. При патологоанатомическом исследовании при гриппе обнаруживается некротический трахеит с геморрагическим пропитыванием, сочетающийся с проявлениями геморрагического синдрома в других органах. В обоих случаях определяется «большое пестрое легкое». Гистологическая картина в обоих заболеваниях во многом схожа: отек межальвеолярных перегородок, выход жидкости в просветы альвеол, образование гиалиновых мембран, некроз альвеолоцитов, явления дисателектаза, геморрагические проявления (при гриппе) и образование тромбов (в обоих заболеваниях), мононуклеарная инфильтрация; в исходе – фиброз гиалиновых мембран и формирование «сотового легкого». При гриппе нарушения коагуляции проявляются в виде геморрагического синдрома, при коронавирусной инфекции – по типу гиперкоагуляции.

*С.В. Анисимова, В.Б. Поддубный, Ю.Г. Зотова,
Т.С. Циркина*

ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ В СТРУКТУРЕ ОСЛОЖНЕНИЙ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ, УМЕРШИХ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска»

Цель – изучить место тромбоэмболического синдрома в структуре осложнений и летальности у ВИЧ-инфицированных умерших с лабораторно подтвержденной новой коронавирусной инфекцией.

Методы исследования. Протоколы патологоанатомических вскрытий (форма №013/у) 62 умерших: ВИЧ-инфицированные с лабораторно подтвержденной новой коронавирусной инфекцией (НКИ) (I группа, n=31) и ВИЧ-инфицированные без лабораторного подтверждения НКИ (II группа, n=31), по данным патологоанатомических исследований в ГУЗ «ЦГКБ г. Ульяновска» за 2022 г. изучали структуру основного заболевания, их осложнений и структуру причин смерти. Достоверность различий в частоте событий оценивали с помощью программы «Statistica 10.0» for Windows по четырехпольной таблице 2×2 с применением показателя χ^2 . Различия считали достоверными при $P < 0,05$.

Результаты. В I-й группе возраст умерших варьировал от 30 до 66 лет (медиана – 43, 95% ДИ – 39,47-48,71) и составил $44,06 \pm 2,2$ лет. Возраст умерших II-ой группы колебался от 32 до 64 лет (медиана – 39, 95% ДИ 38,2-44,1) и составил $41,2 \pm 1,4$ лет. Соотношение по полу: в обеих группах было без статистически значимых различий среди мужчин: в I-й – 48% (n=15), в II-ой – 58% (n=18) ($\chi^2=2,94$; $p=0,0865$); женщин в I-й группе (53% (n=16)) было достоверно больше чем во второй (41% (n=13)) ($\chi^2=6,57$; $p=0,0104$). У умерших в обеих группах ВИЧ-инфекция протекала в 4В стадии в 100% случаев. При оценке структуры оппортунистических инфекций выявлено, что в I-й группе только 6,45% (n=2) умерших умели по 2 и более инфекции, что в 2,5 раза меньше, чем во второй группе (16%, n=5) ($\chi^2=6,57$; $p=0,0000$). Локальный лёгочный туберкулез в I-й группе (9,5%, n=3) встречался в 2,9 раз чаще, чем во 2-й группе (3,2%, n=1) ($\chi^2=26,28$; $p=0,000$); пневмоцистная пневмония была выявлена в I-й группе в 3,7 раз чаще (23,8%, n=7), чем во 2-й (6,45%, n=2) ($\chi^2=23,76$; $p=0,000$), микобактериоз с поражением легких встретился

только у умерших 1 группы в 9,5% случаев ($n=3$) ($\chi^2=29,03$; $p=0,0000$). Гематогенные формы туберкулеза легких (диссеминированная и милиарная) встретились в 1,5 раза реже в 1 группе (32,3%, $n=10$), чем во второй (48,4%, $n=15$) ($\chi^2=4,89$; $p=0,027$). Тромбоэмболические осложнения в 1-й группе развивались в 29% случаев ($n=9$), что в 1,3 раза реже, чем во 2-й группе (39%, $n=12$) ($\chi^2=7,53$; $p=0,0061$). Наиболее часто в обеих группах развивалась тромбоэмболия мелких ветвей легочных артерий: в 1 группе она выявлялась в 22,5% ($n=7$), что в 1,3 раза реже, чем во второй (29%, $n=9$) ($\chi^2=11,02$; $p=0,0009$); тромбоэмболия мелких ветвей легочных артерий в сочетании с флеботромбозом вен нижних конечностей и тромбозом сосудов микроциркуляторного русла была выявлена в обеих группах без статистически значимых различий (1-я группа – 3,2%, $n=1$, 2-я группа 3,2%, $n=1$). В структуре непосредственных причин смерти тромбоэмболия легочных артерий в 1-й группе (9,5%, $n=3$) встретилась в 2 раза реже, чем во 2-й (19,4%, $n=6$) ($\chi^2=15,57$; $p=0,0001$); тогда как острый респираторный дистресс-синдром (1-я группа – 23%, $n=7$, 2-я группа – 3,2%, $n=1$) и отек головного мозга (1-я группа – 33%, $n=10$, 2-я группа – 6,45%, $n=2$) развивались в 7,2 ($\chi^2=26,28$; $p=0,0000$); раза и в 5,1 ($\chi^2=23,76$; $p=0,0000$); раза чаще, соответственно.

Выводы.

1. В структуре летальности ВИЧ-инфицированных с НКИ преобладали женщины (53%).
2. Наиболее значимыми заболеваниями с вовлечением легочной системы стали туберкулез легких, пневмоцистная пневмония и микобактериоз. Умершие с подтвержденной НКИ в 2,5 раза реже имели по две и более оппортунистические инфекции, гематогенные формы туберкулеза легких так же выявлялись реже, из чего следует, что более значимую роль в танатогенезе у них играла НКИ и ее осложнения, чем ВИЧ-ассоциированные инфекции с характерными для них осложнениями.
3. Тромбоэмболические осложнения в 1 группе развивались реже, чем во второй, вероятно, вследствие назначения антикоагулянтов согласно клиническим рекомендациям.
4. В структуре причин смерти у ВИЧ-инфицированных с НКИ тромбоэмболия выставлялась реже в качестве основной причины смерти, ввиду преобладания иных летальных осложнений как со стороны ВИЧ, так и со стороны НКИ.

*Р.В. Уренева, Н.С. Злобина, О.Н. Романова, А.В. Жинов,
С.С. Мохаммад*

**ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ СМЕШАННОГО
АЦИНАРНО-КЛЕТОЧНОГО РАКА
ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В УСЛОВИЯХ
ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ
ГУЗ ОКОД**

ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Ацинарно-клеточный рак поджелудочной железы – редкая злокачественная опухоль, имеющая различные морфологические особенности, что может вызывать трудности диагностики. Включает в себя 3 подтипа: ацинарно-клеточная цистаденокарцинома, смешанный ацинарно-нейроэндокринный рак, смешанная ацинарно-протоковая аденокарцинома. По распространенности занимает всего 1-2% всех новообразований поджелудочной железы у взрослых. Соотношение заболевших мужчин и женщин приблизительно одинаково и составляет 1:1. Наиболее частой локализацией является головка поджелудочной железы.

Цель исследования – изучить клинический случай ацинарно-клеточного рака поджелудочной железы смешанного строения, потребовавший применения иммуногистохимического исследования (ИГХ) с расширенной панелью антител, и оценки иммунопрофиля опухоли в соответствии с современной классификацией (ВОЗ, 5-е издание).

Материалы и методы. Материалом исследования послужил операционный материал (ткань поджелудочной железы с опухолью и ткань печени с метастазом) пациента К., 63 года. В условиях отделения абдоминальной хирургии пациенту была выполнена резекция поджелудочной железы и резекция метастаза в печени.

Результаты. Гистологически ацинарно-клеточный рак поджелудочной железы представлен относительно мономорфными клетками с однородными ядрами с единичными выступающими ядрышками, с умеренным количеством зернистой эозинофильной цитоплазмы; в отличие от протоковой аденокарциномы опухоль является более клеточной, отмечаются различные комбинации солидного, трабекулярного, ацинарного и железистого компонентов, и имеет скудную фиброзную строму.

Как известно, в большинстве случаев ацинарно-клеточные опухоли имеют только линию ацинарно-клеточной дифференцировки (позитивная экспрессия ацинарно-клеточных маркеров: цитокератины 8, 18, 19), в 40% случаев обнаруживаются единичные эндокринные клетки (позитивная экспрессия нейроэндокринных маркеров: Synaptophysin, Chromogranin), присутствие которых не влияет на конечный диагноз. Кроме того, существуют необычные опухоли, имеющие несколько линий дифференцировки: ацинарный, нейроэндокринный и протоковый (позитивная экспрессия цитокератина 7) компоненты, составляющие значительную долю (>30%) новообразования – их рассматривают как смешанный подтип ацинарно-клеточного рака поджелудочной железы.

У данного пациента при ИГХ исследовании как в материале первичной опухоли, так и в метастазе обнаружена коэкспрессия маркеров CK19, CK8/18, Synaptophysin, Chromogranin, указывающая на две линии дифференцировки; также в опухоли экспрессия CK7 выявила третий компонент (составивший в среднем 30% объема опухоли) в виде атипичных протоковых структур. На основании полученного иммунопрофиля опухоли у пациента выявлен смешанный ацинарно-нейроэндокринно-протоковый рак поджелудочной железы (подтип ацинарно-клеточного рака).

Выводы. Смешанные ацинарно-клеточные раки определяются как имеющие более 30% каждой линии дифференцировки, которые определяются на основании ИГХ исследования, демонстрирующего коэкспрессию в ацинарном и нейроэндокринном компонентах соответствующих маркеров, а также присутствием значимой доли протокового компонента. В данном случае, учитывая разнообразную морфологическую картину опухоли, дивергентная дифференцировка была обнаружена только иммуногистохимически.

М.В. Андреева, Е.В. Балацук, А.С. Волженцев, Р.В. Уренева

СЛУЧАЙ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ЭХИНОКОККОЗА В ПРАКТИКЕ ПАТОЛОГОАНАТОМА

ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска»

Актуальность рассматриваемой проблемы: Эхинококкоз (лат. Echinococcosis) – гельминтоз из группы цестодозов, характеризующийся образованием в печени, лёгких или других органах и тканях паразитарных кист. Возбудителем является личиночная стадия эхинококка *Echinococcus granulosus*. Личиночная стадия, растущая, развивающаяся и живущая в организме человека десятки лет, представлена кистой круглой или овальной формы, заполненной жидкостью. Окончательные хозяева – животные семейства псовых. Взрослые членики, выделяясь с калом, способны активно ползать, распространяясь по шерсти хозяина и в окружающей среде. Промежуточные хозяева – такие животные, как овцы, свиньи или коровы – заражаются, поедая траву, в которой могут оказаться яйца эхинококка. Окончательный хозяин заражается, поедая поражённые органы промежуточного.

Цель исследования – рассмотреть клинико-морфологический случай умершего С., 57 лет, по данным исследования в ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска».

Результаты. Больной С., 57 лет, доставлен в ГУЗ ЦГКБ с направительным диагнозом: «Метастазы в печень, правое легкое из ПНО-01.2022 г. Синдром интоксикации. Хронический болевой синдром 3. Сопутствующий: ВИЧ инфекция 4А ст. ремиссия на фоне ВААРТ. Хронический панкреатит. Киста левой почки. Аутоиммунный тиреоидит, эутиреоидное состояние. Хронический фарингит. Остеохондроз грудного отдела позвоночника. Эхинококкоз позвоночника».

В ноябре 2012 г. во время госпитализации в ЦГКБ по поводу острой внебольничной пневмонии были обнаружены объемные образования печени, с формулировкой «вероятно вторичного генеза» из неустановленного очага. Ухудшение состояния – с сентября 2021 г., когда после внезапной смерти жены испытал сильный стресс. На МРТ позвоночника от 02.10.2021 («Академия МРТ»), данные изменения структурно более соответствуют эхинококкозу позвоночника. 13.01.2022 г. консультировался в ГУЗ ОКОД, где впервые был выставлен диагноз: «Метастазы в печень, правое легкое из ПНО».

С апреля 2022 г. перестал самостоятельно ходить. Ухудшение состояния – прогрессивно с конца мая 2022 г. в виде нарастания вышеуказанных жалоб. С 16.08.2022 по 12.09.2022 находился на стационарном лечении в отделении Хосписа. На фоне проведенного лечения пациент начал ходить. На фоне прогрессирования основного заболевания наступила остановка деятельности сердечно-сосудистой и дыхательной систем, 12.09.2022 г. констатирована биологическая смерть.

При патологоанатомическом исследовании обнаружено следующее: легкие увеличены в размере, тяжелые, безвоздушные, в правой нижней доле легкого очаг (3×2 см), на разрезе белесоватый с участками кальциноза, на париетальной плевре правого легкого аналогичный распадающийся белесоватый узел (d=1 см); печень увеличена в размерах, очень плотная на ощупь, поверхность гладкая, на разрезе с множеством образований в обоих долях белесовато-желтого цвета (d до 5 см), слоистого вида, с очагами распада; в позвоночнике на уровне Th5 – полость с мутноватым жидким содержимым и распадающимися белесоватыми массами, на уровне Th3 и Th6 – полости с серовато-геморрагическим содержимым. Последующее гистологическое исследование аутопсийного материала показало, что архитектура и структура печени в зоне поражения эхинококком нарушена за счет обширных полей некрозов, среди которых отмечается множество паразитарных кист различной величины с четко выраженными хитиновыми оболочками, вокруг них зона продуктивного воспаления с лимфоцитарным клеточным валом, с примесью эозинофилов и наличием гигантских клеток инородных тел, фагоцитирующих элементы оболочки. Аналогичные участки обнаружены в костной ткани позвонков, паренхиме легких, париетальной плевры.

Выводы: нами рассмотрен случай альвеолярного эхинококкоза с поражением правого легкого, париетальной плевры справа, метастазированием очагов в печень и тела позвонков на уровне (Th 3, 5, 6). Данная патология является редким примером генерализованного паразитарного заболевания и представляет научный интерес для патоморфологов и врачей клинического профиля.

*О.Е. Железнякова, К.А. Латыпова, Е.В. Слесарева,
Д.Н. Павлова*

ТРУДНОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ И МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ОЧАГОВОЙ УЗЛОВОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПЕЧЕНИ

**ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»
ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»**

Очаговая узловая гиперплазия (ОУГ) или фокальная нодулярная гиперплазия (ФНГ), согласно современной Международной гистологической классификации, относится к группе доброкачественных новообразований печени и занимает 2-е по частоте место. Считается, что ОУГ развивается в условиях локального повышения притока крови в области артериальной мальформации и характеризуется бессимптомным течением. Несмотря на частую встречаемость, некоторые аспекты диагностики до настоящего момента представляют определенные трудности. В этой связи представляем клинический случай из практики Ульяновской областной клинической больницы (УОКБ).

Пациент М, 22 года, мужчина. Поступил в гастроэнтерологическое отделение ГУЗ УОКБ на плановую госпитализацию с жалобами на тяжесть в правом подреберье. Из анамнеза выявлено, что образование печени выявлено случайно в 2018 г. По результатам УЗИ органов брюшной полости определялось образование левой доли печени 91×57 мм. По заключению КТ органов брюшной полости (КТ ОБП) – признаки фокально-нодулярной гиперплазии левой доли печени. От пункции печени пациент отказался.

Осенью 2022 года консультирован хирургом, выставлен диагноз «Киста печени». В ходе УЗ-исследования в левой доле печени выявлено солидное образование, 95×72 мм, по эхогенности и структуре сопоставимое с нормальной паренхимой печени. КТ ОБП – левая доля печени деформирована объёмным образованием 87×64×90 мм с наличием гиподенсивного рубца. Показано оперативное лечение. В январе 2023 года пациенту проведена левосторонняя кавальная лобэктомия печени (S2+S3), с последующим гистологическим исследованием. Макроскопически – бугристый, серо-бурый узел эластичной консистенции 9×6×8 см, на разрезе коричневого цвета с жёлтой каймой и фиброзными тяжами, с капсулой. Микроскопически – ткань печени с выраженной фиброзной капсулой, умеренной белковой

и мелкокапельной жировой дистрофией гепатоцитов, фиброзом портальных трактов, местами с формированием «ложных» долек, очаговой лимфоидной инфильтрацией и пролиферацией эпителия желчных протоков. Описанная морфологическая картина, учитывая клинические данные, более соответствует очаговой узловой гиперплазии печени.

Поскольку большинство случаев ФНГ протекают бессимптомно и редко растут, эти поражения часто обнаруживаются случайно при УЗИ брюшной полости. Хотя злокачественность может быть исключена в большинстве случаев на основании визуализации и наблюдения за пациентами, некоторые случаи представляют диагностическую проблему. Диагностические инструменты, используемые в последние годы, включают ультразвук, гепатобилиарную скинтиграфию. Магнитно-резонансная томография с контрастным усилением - наиболее чувствительный метод для характеристики ФНГ. Тем не менее, диагностика для единичных поражений, которые слишком малы для характеристики или у пациентов с раком в анамнезе. ФНГ – образование, визуально зачастую малоотличимое от злокачественного, состоит из плотных узлов, выбухающих над поверхностью органа. Полная картина определяется соотношением фиброзного, паренхиматозного, и сосудистого компонентов, поэтому диагноз ФНГ может быть установлен только после гистологии.

Микроскопическая картина может быть схожа с таковой при истинном крупноузловом циррозе печени. Отмечается гиперплазия печеночной паренхимы, разделенной на узлы фиброзными прослойками – рубцами звездчатой формы – характерный признак ФНГ. Узлы состоят из зрелых гепатоцитов, разных по величине и форме, с избыточным количеством гликогена и жира. В фиброзных прослойках имеются мелкие желчные протоки, воспалительная инфильтрация. Наблюдаются аномальные сосуды с утолщенными стенками. Процесс имеет очаговый характер, окружающая ткань без изменений. Дифференциальный диагноз может быть затруднен в случаях атипичного внешнего вида (отсутствие центрального рубца) или у пожилых пациентов с хроническим заболеванием печени и риском развития гепатоцеллюлярной карциномы.

В.М. Макаров, Л.М. Киселева, Е.В. Балацук, А.В. Клыкова

ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПОРАЖЕНИЯ КЛЕТОК-МИШЕНЕЙ ПРИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ SARS-COV-2

ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»

Актуальность изучения SARS-CoV-2 обусловлена необычайно быстрым распространением инфекции, высокой заболеваемостью и летальностью. SARS-CoV-2 относится к высоко патогенным коронавирусам.

При развитии пандемии вирус мутирует. В настоящее время превышает 100 генетических линий, поддерживающих инфекционный процесс.

Цель исследования – оценить патоморфологические изменения у умерших от COVID-19 в периоды эпидемии, вызванные различными генотипами вируса.

Материалы и методы. Информационной базой являлись материалы ГУЗ ЦГКБ в периоды: июнь 2020 г. – август 2020 г., ноябрь 2020 г. – декабрь 2020 г., апрель 2021 г. – июнь 2021 г., сентябрь 2021 г. – ноябрь 2021 г., январь 2022 г. – февраль 2022 г., когда наблюдалось распространение различных генетических вариантов вирусов.

Результаты. В исследование включены 150 актов аутопсий в различные периоды течения инфекций. При анализе актов исследования трупов было равное количество мужчин и женщин по 75 человек. Средний возраст составил 65 лет \pm 3 года. Среднее пребывание больного на койке 11 дней \pm 5 дней. Из числа госпитализированных вакцинированных было только 8 человек (5,3%). Большинство умерших – неработающие, 131 человек (87,3%), работающих 19 человек (13%).

Устанавливали ведущие морфологические проявления поражения основных клеток-мишеней, обусловленных основными генетическими вариантами вируса. Особенностью новой коронавирусной инфекции является то, что наиболее тяжелые формы развиваются у лиц старше 65 лет, в нашем случае эти данные подтверждаются, 42% лиц, вовлеченных в инфекционный процесс, пожилого возраста, 23% среднего возраста, 25% старческого возраста, имеющих мультиморбидную патологию. При развитии эпидемии вызванной дельта генотипом, отмечалась тенденция преобладания среднего возраста в группе умерших лиц.

Лица относящиеся к молодой категории составили 9%, с наличием в анамнезе тяжелых заболеваний, таких как, СД, заболевания почек, АГ, ОНМК.

Во многих случаях преобладала мультиморбидная патология: артериальная гипертензия 116 чел. (77%), ИМ, ОНМК в анамнезе 78 чел. (52%), заболевания почек 63 чел. (42%), сахарный диабет 55 чел. (37%), ожирение 23 чел (16%), анемия 22 чел. (15%), бронхиальная астма 8 чел (5%), СКВ 1 чел. (0,67%).

У 11 человек (7,3%) в клинике не было сопутствующих заболеваний. Одно сопутствующее заболевание у 29 человек (19,3%). Два заболевания у 38 человек (25,33%). Три и более 72 человек (48%).

Основные патогенетические механизмы лежащие в основе поражения клеток-мишеней, с нашей точки зрения следующие: цитопатическое действие вируса на тропные клетки мишени, цитокиновый шторм обеспечивающий воспалительную реакцию и коагулопатию, ведущую в последствие к нарушению свертывания, в следствии повреждения эндотелия сосудов, с развитием тромбозов и кровоизлияний.

Диффузное альвеолярное повреждение легких, ангиопатия и гиперкоагуляция. Тромбообразование в микро и макроциркуляторном русле с развитием дистресс синдрома, являющимся морфологическим субстратом дыхательной недостаточности. Танатогенез различных повреждений служил причиной смерти: ОРДС – 29,3%, тромбоэмболии легочной артерии – 24,7%, острая сердечно-сосудистая недостаточность – 10%, ИБС – 6%, инфекционный эндокардит – 0,67%, острая почечная недостаточность – 6,7%, отек легких – 11,2%, ИТШ – 9,3%, шоковая почка – 4,6%, полиорганная недостаточность – 5,8%, сепсис – 3%. Нередко у одного пациента отмечалось сочетание поражения нескольких систем органов.

Патоморфологические изменения при COVID-19 характеризуются системным поражением эндотелия сосудов с развитием тромбоваскулита, геморрагического синдрома и выраженных дистрофических и некробиотических изменений клеток-мишеней.

Выводы. Изучение структуры летальных исходов по нашим материалам показало что ведущую позицию занимают лица возрастной группы пожилого, старческого и среднего возраста. Общая доля которых, среди умерших составила 90%.

Все верифицированные изменения могут быть использованы в судебно-медицинской практике для дифференциальной диагностики альвеолярных повреждений при короновирусной инфекции и шокового легкого.

Информационный патоморфологический признак характерен для респираторного дистресс-синдрома, наличие гиалиновых мембран. В судебно-медицинской практике обнаружение в капиллярах межальвеолярных перегородок мегакарицитов ОРДС является высокоинформативным тестом.

*А.С. Азоркина, У.В. Неродик, А.В. Кархалева,
К.Н. Харитонова*

ГЕМОРРАГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ И ФАКТОРЫ РИСКА ИХ ВОЗНИКНОВЕНИЯ

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

Актуальность. За последние годы внедрение медицинских технологий, все более углубленное изучение физиологии недоношенных детей, привели к значительному прогрессу в их выхаживании. Возрастает процент детей, рожденных в сроках ранее 37 недель.

Нарушения в системе гемостаза – частая патология у недоношенных детей. К наиболее часто встречающимся проявлениям данных нарушений относят экхимозы и кровоизлияния, кровоточивость из мест инъекций, кровотечения из желудочно-кишечного тракта, внутрижелудочковые кровоизлияния, геморрагическую болезнь новорожденных, ДВС-синдром, легочные кровотечения.

Цель исследования – определить частоту выявления различных геморрагических нарушений у недоношенных детей с низкой (НМТ), очень низкой (ОНМТ) и экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) и факторы риска их возникновения.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 90 историй болезни (ИБ) недоношенных детей с различными геморрагическими нарушениями, находившихся на лечении в отделении анестезиологии и реанимации №2 ГУЗ «УОДКБ» ПЦ «Мама» в период с 01.06.2018г-31.12.22г. Основная группа разделена на 3 подгруппы – 30 ИБ детей с НМТ, 30 ИБ с ОНМТ и 30 с ЭНМТ. Контрольную группу составили 90 историй болезни недоношенных детей без геморрагических нарушений. Полученные данные были обработаны в статистических программах IBM SPSS statistics 28 и Microsoft Office Excel.

Оценивали следующие факторы риска.

1. Медико-биологические факторы (возраст матери, пол ребенка, вес ребенка при рождении, оценка по шкале Апгар, тяжесть дыхательных нарушений после рождения (оценка по шкале Сильверман), наличие врожденной инфекции у ребенка).

2. Акушерско-гинекологический анамнез матери (наличие анемии, коагулопатий, преждевременного разрыва плодных оболочек, инфекции амниотической полости, кольпита, ОАГА, плацентарной недостаточности, истмико-цервикальной недостаточности, патологии околоплодных вод).

Результаты и их обсуждение. Наиболее часто встречаются геморрагические нарушения в подгруппе детей с НМТ – экхимозы и кровоизлияния 27% (n=8), внутрижелудочковые кровоизлияния 1-2 степени 33% (n=10). У детей с ОНМТ – кровоточивость из мест инъекций 63% (n=19), внутрижелудочковые кровоизлияния 57% (n=17), ЭНМТ – кровоточивость из мест инъекций 77% (n=23), внутрижелудочковые кровоизлияния 83% (n=25), кровотечения из желудочно-кишечного тракта 27% (n=8), легочные кровотечения 23% (n=7), ДВС-синдром 17% (n=5).

После изучения вышеперечисленных факторов риска было отмечено, что чаще геморрагические нарушения встречались у недоношенных детей от матерей с инфекцией амниотической полости 72% (n=25), с истмико-цервикальной недостаточностью 60% (n=18). В основной группе чаще встречались дети с ЭНМТ 100% (n=30), также с низкой оценкой по шкале Апгар 87%, по сравнению с контрольной – 33%. Выявлена прямая корреляционная зависимость с тяжестью дыхательных нарушений после рождения и наличием врожденной инфекции у недоношенного ребенка в основной группе ($p < 0,05$) по сравнению с контролем.

Выводы. Чаще всего у недоношенных детей с ОНМТ и ЭНМТ выявляются следующие геморрагические нарушения: кровоточивость из мест инъекций, внутрижелудочковые кровоизлияния. К факторам риска со стороны матери по развитию данных нарушений можно отнести инфекцию амниотической полости и истмико-цервикальную недостаточность. Со стороны ребенка – это рождение с экстремально низкой массой тела, низкая оценка по шкале Апгар, тяжелые дыхательные нарушения после рождения и наличие врожденной инфекции.

Н.В. Калининкова, Н.Ф. Абдуллова

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ 14-ЛЕТНЕГО РЕБЕНКА

ГУЗ «Областной центр профилактики и борьбы со СПИД»

Актуальность проблемы. Эпидемия ВИЧ-инфекции в регионе развивается на протяжении более 30 лет. В регионе зарегистрировано более 4504 ВИЧ-инфицированных женщин, 75% из которых являются женщинами фертильного возраста. На территории области зафиксировано рождение более 3597 детей от ВИЧ-инфицированных женщин. На 01.01.2023 г. более 3004 детей свободны от ВИЧ-инфекции и сняты с учета по перинатальному контакту, но продолжают находиться в контакте с ВИЧ-инфицированными родителями.

Приведем клинический случай ВИЧ-инфекции у ребенка в возрасте 14 лет снятого с учета по перинатальному контакту в 2008 г.

Из анамнеза известно, что ребенок А. родился в Ульяновске от ВИЧ-инфицированной женщины. Впервые женщина выявлена по 109 коду на сроке беременности 32-33 недели, назначено профилактическое лечение по схеме: зидовудин, ламивудин, лопинавир/ритонавир. В родах женщина получала внутривенно капельно зидовудин. Оперативное родоразрешение. Ребенок родился с весом 3040 кг, рост 54 см. С рождения ребенку назначено профилактическое лечение по схеме ламивудин, зидовудин, невирапин. Получал искусственное вскармливание с рождения. Ребенок наблюдался в Центре СПИД по перинатальному контакт. В возрасте 1 г 5 месяцев в связи с отсутствием клинических проявлений, наличием двух отрицательных результатов анализов ИФА, ИБ с интервалом более 1 месяца, четырех отрицательных результатов ПЦР ДНК ВИЧ ребенок был снят с учета. В дальнейшем на ВИЧ ребенок не обследовался. В январе 2022г ребенок с жалобами на длительное выделение ПЦР COVID-19 (с 29.10.21 по 31.12.2021 г.), на снижение аппетита, снижение массы тела, длительную лихорадку направлен в ГУЗ Центр СПИД для определения дальнейшей тактики обследования и лечения.

При анализе амбулаторной карты выяснено, что, начиная с 2011 года ребенок часто болел ОРВИ, двухсторонние отиты, ветряная оспа. Наблюдался у нефролога с диагнозом: «метаболическая нефропатия. Инфекция мочевыводящих путей. Баланопостит». С января по май 2019 г. находился на стационарном лечении в ОККВД с диагнозом: «микроспория волосистой части головы. Острая распространенная

экзема. Баланопостит. Анемия легкой степени тяжести». На ВИЧ-инфекцию в стационаре не обследован. Со слов ребенка отмечаются спонтанные носовые кровотечения, снижение аппетита.

На момент осмотра состояние ребенка удовлетворительное, активен, в сознании доступен контакту. Правильного телосложения, пониженного питания, дефицит массы тела менее 10%. Позвоночник искривлен. Подкожно-жировая клетчатка выражена слабо. Лимфатические узлы не увеличены, до 0,5 см во всех группах, безболезненные, не спаянные. Кожные покровы бледные, на внутренней поверхности верхних конечностей петехиальная сыпь. В зеве яркая гиперемия, на боковой поверхности языка поражение слизистой в виде нитевидных образований белого цвета, на корне языка и миндалинах белый налет, легко снимающийся шпателем. Уголки рта покрыты трещинами, заметны подсохшие корочки, поверхность зоны губ покрыта налетом. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД – 18 в минуту. Сердечные тоны ясные, ритмичные, ЧСС – 75 ударов в минуту, АД – 110/75 мм рт. ст. Живот правильной формы, мягкий, безболезненный. Печень и селезенка пальпируются по краю реберной дуги. Стул и диурез в норме.

При лабораторном исследовании: Кровь ИФА ВИЧ от 12.01.2022 г – положительная оп.пл 2,2, Кровь ИБ ВИЧ от 12.01.2022 г. – положительный: env, gag, pol, env1- 41, env2 – 36, ПЦР ДНК ВИЧ от 13.01.2022 г. – ДНК ВИЧ обнаружена, ПР РНК ВИЧ от 14.01.2023 – РНК ВИЧ $1,1 \times 10^6$ коп/мл, Иммунограмма от 12.01.2022 – СД4 $0,002 \times 10^9$ (0,5%), Общий анализ крови от 12.01.2022 г. – лейкопения $2,1 \times 10^9$ /л, эритроциты $3,8 \times 10^{12}$, Hb – 100 г/л, Тр – 245×10^9 /л, лимфоциты – 18,3, моноциты 15,0, эозинофилы – 5,7, нейтрофилы $1,27 \times 10^9$, СОЭ – 35,0 мм/ч, Бак посев из ротоглотки от 14.01.2022 г. – грибы рода кандиды обнаружены. Консультация дерматолога 12.01.2022 г. – кандидозный стоматит, консультация нефролога 14.01.2022 г. – нефропатия в анамнезе.

На основании жалоб, клинических проявлений, результатов исследований ребенку выставлен диагноз: «ВИЧ-инфекция, 4 Б стадия, фаза прогрессирования на фоне отсутствия АРВТ. Орофарингомикоз. Волосистая лейкоплакия языка. Ангулярный хейлит. Рецидивирующие вирусно-бактериальные инфекции. Анемия легкой степени тяжести смешанного генеза. ВИЧ-энцефалит? Дефицит массы тела менее 10%. Тяжелая иммуносупрессия. Идиопатический сколиоз. Метаболическая нефропатия».

По жизненным показаниям ребенку была назначена АРВТ по схеме: ламивудин, фосфазид, долутегравир, а также профилактическое лечение оппортунистических заболеваний. На фоне проводимой терапии состояние ребенка стабилизировалось, отмечается быстрое снижение

вирусной нагрузки и прирост иммунных клеток до $0,487 \times 10^9$ (29,4%). В ходе эпидемиологического расследования путь передачи ВИЧ-инфекции ребенку не установлен.

Выводы. Отсутствие настороженности специалистов первичного звена в отношении ВИЧ-инфекции у детей, находящихся в семейном контакте с ВИЧ-положительными родителями, невыполнение специалистами первичного звена требований СанПиНа по обследованию детей на ВИЧ-инфекцию, низкий уровень ответственности у специалистов и руководителей МО первичного звена в отношении раннего выявления ВИЧ-инфекции привело к поздней диагностике ВИЧ-инфекции у данного ребенка и развитию тяжелого иммунодефицита. С целью ранней диагностики ВИЧ-инфекции у детей необходим комплексный подход к оказанию медицинской помощи с участием мультидисциплинарной команды специалистов, повышение настороженности и ответственности врачей первичного звена и стационаров с целью своевременного выявления ВИЧ-инфекции.

М.Е. Алексеева, Н.Ю. Кандрашина

ЗНАЧЕНИЕ УНИВЕРСАЛЬНОГО АУДИОЛОГИЧЕСКОГО СКРИНИНГА В СИСТЕМЕ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИЕЙ

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

Актуальность. Согласно статистике, в России 1 из 1000 малышей рождается глухим, еще 2-3 ребенка теряют слух до года в следствии заболеваний или осложнений в результате лечения ототоксическими препаратами.

Раннее выявление нарушений слуха и «соответственно» раннее начало проведения комплексной реабилитационной работы со слабослышащими и глухими детьми является актуальным как с медицинской, так и с социальной точек зрения. Своевременному решению данного вопроса способствуют введение универсального аудиологического скрининга новорожденных (ОАЭ) и достаточно быстрое развитие технологий реабилитации лиц с нарушением слуха.

На сегодняшний день одним из наиболее эффективных путей реабилитации глухих детей является кохлеарная имплантация (КИ). Это медико-техничко-педагогический метод.

КИ включает в себя 3 составляющие.

1. Предоперационное диагностическое обследование с последующим отбором пациентов.
2. Хирургическую операцию.
3. Послеоперационную слухоречевую реабилитацию пациентов.

Цель исследования – проанализировать уровни слухоречевого развития и социализации детей с КИ. Выявить зависимость результатов реабилитации от момента обнаружения нарушений слуховой функции и сроков проведения КИ.

Методы исследования. Проведен сравнительный анализ 70 историй болезни пациентов с КИ, состоящих на «Д» учете сурдолога в ГУЗ «Ульяновская областная детская клиническая больница имени политического и общественного деятеля Ю.Ф. Горячева».

Для проведения анализа пациенты были разделены на группы по возрасту на момент проведения операции по кохлеарной имплантации.

К первой группе отнесены дети, у которых выявление снижения слуха и проведение операции было осуществлено в раннем возрасте – от 0 до 3 лет. Вне вошло 46 человек.

Вторая группа – глухие дети, у которых операция по КИ проведена в возрасте 3-5 лет, она состояла из 24 человек.

Для проведения работы были использованы методы.

- Отоакустическая эмиссия на частоте продукта искажения (Нейрософт).
- Тимпанометрия (interacustics).
- Аудиометрия АС-40 (interacustics).
- ЕР 25 (interacustics).
- АССР-тест (interacustics).
- Коротколатентные слуховые вызванные потенциалы (interacustics).
- Изучение и оценка уровней слухового и речевого развития обеих групп проведены на основе методов анкетирования и тестирования, разработанных И.В. Королевой (С. Петербург, 2012).

Результаты. По итогам проведенного анализа было установлено, что из общего количества пациентов первой группы более 90% имеют уровень слухоречевого развития и социальной адаптации, позволяющие обучаться в общеобразовательных учреждениях, при этом полноценно общаться со слышащими сверстниками.

10% детей первой группы посещают специальные коррекционные учреждения для детей со сниженным слухом и имеют коммуникативные навыки важные для дальнейшего языкового развития.

Необходимо отметить, что достижению успешных результатов реабилитации детей данной группы способствовало раннее выявление нарушений слуховой функции при проведении универсального аудиологического скрининга новорожденных (ОАЭ). Данный метод обследования детей введен в Ульяновской области в 2009 году, включает в себя 2 этапа.

1. Регистрация ОАЭ в родильных домах.
2. Регистрация ОАЭ в детской поликлинике. В этом случае, если диагностируется отсутствие реакции, тогда необходимо повторить исследование в условиях сурдологического кабинета.

Анализ результатов второй группы пациентов с КИ показал, что порядка 30% детей данной группы имеют уровни слухоречевого и социального развития, позволяющие им обучаться в общеобразовательных учреждениях, а около 70% детей обучаются в специальных коррекционных учреждениях для детей со сниженным слухом.

Выводы. С целью проведения успешной реабилитации и получения высоких результатов в слухоречевом и социальном развитии детей со сниженным слухом необходимо своевременное и качественное проведение всех этапов универсального аудиологического скрининга (ОАЭ).

Полученные данные свидетельствуют об эффективности введения универсального аудиологического скрининга новорожденных, способствующего проведению КИ в раннем возрасте – от 0 до 3 лет.

Литература.

1. Альтман Я.А., Таварткиладзе Г.А., Руководство по аудиологии. М.: ДМ-К Пресс, 2003
2. Королева И.В. Отбор кандидатов на кохлеарную имплантацию: Диагностическое обследование и оценка перспективности использования кохлеарного импланта, СПб: СПб НИИ уха, горла, носа и речи, 2008г.
3. Королева И.В. Кохлеарная имплантация глухих детей и взрослых, СПб: КАРО, 2012г.
4. Современные методы функциональной диагностики слуха, Н.Ю. Шубина, Е.Л. Фридман, Т.Г.Комарова, М.И. Соганов, В.В. Гнездицкий, О.С. Корепина, Е.С. Горбарук, В.Е. Гаурман, Иванова, 2021 г. ООО «Нейрософт».

Е.В. Зубцова, О.Н. Первалова, О.С. Федотова

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИИ И ОСТРОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ В ПЕРВЫЕ СУТКИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

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

Актуальность. В современном мире острые кишечные инфекции (ОКИ) занимают одно из ведущих мест в инфекционной патологии детей и взрослых. Также часто под маской инфекционных нозологий развивается острая хирургическая патология. Не всегда при первичном осмотре удаётся выставить точный диагноз, даже после проведенных дополнительных лабораторно-инструментальных методов обследования.

За осенне-зимний период 2022-2023 гг. в приемном отделении УОДКБ выявлены 78,6% ОКИ у детей, обратившихся с жалобами на боли в животе.

Цель исследования – показать сложности дифференциальной диагностики острых кишечных инфекций и острой хирургической патологии у детей, а также отразить важность пребывания первых суток в стационаре для раннего выявления инфекционной патологии или своевременного проведения хирургического вмешательства и предупреждения развития осложнений.

Методы исследования: разбор клинических случаев.

Клинический случай №1. Девочка К., 9 лет. Обратились в приёмное отделение с жалобами на боль в животе, слабость, повышение температуры до 39,2°C, многократный жидкий стул, кашель. Болеет в течение трёх дней, амбулаторно участковым педиатром назначено: лактофильтрум, нурофен. Состояние ребёнка постепенно ухудшалось. Самостоятельно обратились в ГУЗ УОДКБ.

Объективно: «Состояние средней степени тяжести. Температура: 37,2°C. Appetit снижен. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот симметричный, при пальпации мягкий, болезненный в правой подвздошной области. Симптомы раздражения брюшины и острого аппендицита сомнительные. Стул многократный, неоформленный». Предварительный диагноз: «К37 Острый аппендицит? Острый гастроэнтероколит».

С целью динамического наблюдения, дообследования и по причине невозможности исключения инфекционной патологии ребенок был госпитализирован в инфекционно-боксовое отделение, получал дезинтоксикационную терапию.

Через 2 часа сохраняется субфебрильная температуры тела, умеренная боль в животе, отмечается улучшение состояния после проведенного лечения. Принято решение о продолжении динамического наблюдения. При повторном осмотре детского хирурга через 4 часа обращает на себя внимание усиление боли в животе, ухудшение состояния. При пальпации отмечается болезненность в правой подвздошной области, симптомы раздражения брюшины и острого аппендицита положительные. Стул многократный, неоформленный.

В общем анализе крови лейкоцитоз до $22,5 \times 10^9/\text{л}$; УЗИ органов брюшной полости – червеобразный отросток 11 мм с утолщенной рыхлой стенкой, в просвете конкремент, вокруг отростка рыхлый гиперэхогенный сальник и следы свободной жидкости.

Учитывая ухудшение состояния, данные лабораторно-инструментальных методов, ребенку показано оперативное лечение в объеме аппендектомии.

После проведенного оперативного вмешательства выставлен диагноз: К37 Острый гангренозно-перфоративный аппендицит. Местный серозный перитонит. Гнойный оментит. Острый гастроэнтероколит инфекционной этиологии, средней степени тяжести.

Клинический случай №2. Девочка Е., 13 лет, обратилась в приемное отделение УОДКБ с жалобами на боли в животе, рвоту до 3 раз, кашицеобразный стул однократно желтого цвета, повышение температуры тела до $37,9^\circ\text{C}$. Со слов мамы болеет в течение 2х дней. Сегодня был кашицеобразный стул однократно желтого цвета и поднялась температура. Бригадой СМП доставлены в приемное отделение ГУЗ УОДКБ. Объективно: Температура: $37,0^\circ\text{C}$. Appetit снижен. Язык влажный, умеренно обложен белым налетом. Живот симметричный, подвздут, участвует в акте дыхания. При пальпации живот мягкий, болезненный в правой подвздошной области, урчит. Симптомы раздражения брюшины и острого аппендицита сомнительные. Выставлен предварительный диагноз: «Острый аппендицит? Острый гастроэнтероколит инфекционной этиологии».

Проведено УЗИ органов брюшной полости: червеобразный отросток визуализации не доступен, свободной жидкости в брюшной полости нет.

Для уточнения диагноза и исключения острой хирургической патологии показано дообследование и динамическое наблюдение

в условиях инфекционно-боксового отделения. При повторном осмотре детского хирурга обращает на себя внимание улучшение состояния, диагноз острый аппендицит снят. Назначена адекватная терапия в условиях стационара.

Выводы: на основании представленных клинических случаев хочется отметить важность первичного осмотра врача-педиатра и детского хирурга в условиях приемного отделения, поскольку клиническая картина при инфекционной и острой хирургической патологиях довольно сходна. Также важно проведение дополнительных методов обследования, таких как общий анализ крови, УЗИ органов брюшной полости, и динамическое наблюдение за состоянием ребенка в первые сутки обращения в стационар.

Н.А. Котманова

РОЛЬ ПРОБИОТИКОВ В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ, АССОЦИИРОВАННЫХ С HELICOBACTER PYLORI В ПЕДИАТРИИ

ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»

Актуальность. Инфекция *Helicobacter pylori* широко распространена во всем мире, как среди взрослой, так и детской популяции; около 60% населения земного шара инфицированы этим микроорганизмом. Учитывая важную роль всего микробиома желудочно-кишечного тракта в функционировании организма, необходимо иметь представление о взаимодействии *H. pylori* с другими микроорганизмами.

Цель – определение роли модуляции микробиома при лечении заболеваний, ассоциированных с *Helicobacter pylori*.

Методы исследования. Анализ основных положений Консенсуса Маастрихт VI, опубликованных в августе 2022 г.

Обсуждение. Обновленные рекомендации в положениях Консенсуса Маастрихт VI по диагностике и лечению заболеваний, ассоциированных с инфекцией *H. pylori*, определяют наилучшие подходы к ведению пациентов, инфицированных *H. pylori* для реализации их в клинической практике. В положениях консенсуса рассматривается взаимодействие *Helicobacter pylori* и микробиоты всего желудочно-кишечного тракта.

В Положениях консенсуса доказывається, что некоторые пробиотики эффективны в уменьшении побочных эффектов со стороны желудочно-кишечного тракта, вызванных эрадикационной терапией *H. pylori*». Имеются систематические обзоры и метаанализы рандомизированных контролируемых исследований оценивающих эффективность пробиотиков в снижении побочных эффектов, вызванных эрадикационной терапией *H. pylori*, с общими положительными результатами.

Метаанализ *Lactobacillus* spp. показал, что этот род может быть эффективным в уменьшении побочных эффектов эрадикационной терапии *H. pylori*, в особенности при продолжительности пробиотической терапии более 2 недель. Также в нескольких метаанализах изучалось влияние *S.boulevardii* на побочные эффекты эрадикации *H.pylori*. Применение *Saccharomyces boulevardii* показало снижение риска побочных явлений на 56%. В одном из крупнейших метаанализов, который был опубликован в 2015 году, было показано, что происходит не только снижение нежелательных явлений в целом, ожидаемо произошло снижение риска возникновения диареи на 50%, снижение риска возникновения тошноты на 40%, что крайне важно с точки зрения переносимости терапии, особенно у детей.

Таким образом, только некоторые пробиотики, в основном *Lactobacillus* spp. и *Saccharomyces boulevardii*, оказались эффективны в снижении побочных эффектов, связанных с эрадикационной терапией.

С другой стороны, некоторые пробиотики могут оказывать благоприятные действия на эрадикацию непосредственно за счёт уменьшения побочных эффектов, связанных с антибиотиками. Кроме того, пробиотики ингибируют *H. pylori* несколькими путями, включая выработку антимикробных веществ или конкуренцию с *H. pylori* за адгезию, колонизацию и выживание. При этом различные метаанализы рандомизированных контролируемых исследований показывали, что разные штаммы *Lactobacillus* spp, *Bifidobacterium* spp и *Saccharomyces Boulevardii* имеют разные эффекты – это говорит о том, что нужно изучать отдельные штаммы, а не все вместе пробиотики.

В трех метаанализах было показано, что *Saccharomyces boulevardii* увеличивают эффективность эрадикационной терапии *Helicobacter Pylori* на 9-13%. Цифры небольшие, тем не менее, этот прирост крайне важен. Отмечено также, что больше прирост эффективности в плане эрадикации у детей, чуть меньше

у взрослых, но в целом отмечается прирост эффективности 11% при применении *S. boulardii*.

Результаты. Различные метаанализы рандомизированных контролируемых исследований, оценивая эффективность пробиотиков в повышении эффективности эрадикационной терапии *H. pylori*, продемонстрировали в целом положительные результаты, но преимущества показали только для определенных штаммов *Lactobacillus spp*, *Bifidobacterium spp* и *Saccharomyces Boulardii*. Несмотря на многообещающие данные, пробиотики увеличивают эффективность эрадикации *H. pylori* за счет уменьшения побочных эффектов, связанных с эрадикационной терапией, а не за счет прямого воздействия на *Helicobacter pylori*.

Выводы. Результаты рандомизированных контролируемых исследований показали роль пробиотиков в повышении эффективности эрадикационной терапии *H. pylori*. Понимание роли микробиома желудочно-кишечного тракта расширяется и введение селективных пробиотиков может сыграть свою роль в лечении *Helicobacter pylori*.

С.Ю. Кузнецова, Е.А. Дикушкина

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МИКРОТОКОВОЙ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО И РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ В ГОСУДАРСТВЕННОМ УЧРЕЖДЕНИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

**ГУЗ «Детская специализированная психоневрологическая
больница №2»**

На сегодняшний день проблема нарушения развития детей очень актуальна. В ГУЗ «ДСПБ №2» ежегодно получает лечение 2200 пациентов от 0 до 18 лет, страдающих психоневрологическими заболеваниями. От 30 до 40% из них – дети с задержкой речевого и психического развития. Все они получают комплексную медицинскую помощь, включающую в себя медикаментозную терапию, физиотерапевтическое лечение, коррекционные занятия с логопедом, психологом, массаж рефлексогенных зон, ЛФК, эрготерапию. Также в ГУЗ «Детская специализированная психоневрологическая больница №2» широко используется метод микротоковой рефлексотерапии на аппарате «МнДэп».

Это физиотерапевтическая методика, при которой используется воздействие импульсов электрического тока на биологически-активные точки (сила тока 150-200мкА, частота 5-6 Гц, время воздействия 1-2 минуты). Курс лечения составляет 10-15 процедур. Перед лечением микротоками обязательно проводится ЭЭГ для исключения пароксизмальной активности.

Наша цель – изучить эффективность микротоковой рефлексотерапии в комплексном лечении детей с нарушением психического и речевого развития.

В исследовании приняли участие 104 ребенка в возрасте от 3 до 7 лет, получавших курсовое лечение в ГУЗ «Детская специализированная психоневрологическая больница №2» за 2021-2022 гг. каждые 3-4 месяца. Контрольная и исследовательская группа составила по 52 человека. Количество мальчиков и девочек в обеих группах было равным. Распределение по нозологиям в каждой группе было следующим – F80.88 Задержка речевого развития – 30%; F80.88+F88. Задержка психоречевого развития – 25%; R47.1 Дизартрия – 20%; F84 – расстройство аутистического спектра – 25%. Были проанализированы стационарные карты пациентов, прошедших лечение за указанный период в контрольной и исследовательской группах, в частности неврологическая оценка высших корковых функций, поведенческих реакций, данные логопедического исследования (словарный запас, понимание речи, звукопроизношение), данные психологического исследования, жалобы родителей.

У детей в контрольной группе за период 2021-2022 гг. отмечались улучшения психоречевого развития после 3-4 курсов лечения: увеличение словарного запаса, улучшение понимания речи и выполнения заданий. У детей в исследовательской группе положительная динамика была более выражена и прогресс в психоречевом развитии шел быстрее в сравнении с контрольной группой. Улучшения были заметны после второго курса лечения.

Использование микротоковой рефлексотерапии в комплексе процедур повышает эффективность лечения у детей с нарушением психоречевого развития.

*Т.П. Никулина, И.Л. Соловьева, Г.И. Шайморданова,
Е.О. Хлопкова*

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

**ГУЗ «Областная детская инфекционная больница»
ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»**

Актуальность. Новая коронавирусная инфекция (COVID-19), как и другие острые респираторные заболевания, имеет высокую распространенность и схожие клинические черты. Основные проявления COVID-19: интоксикация, кашель, повышение температуры, – могут вызвать затруднения в диагностике ОРВИ. В основе дифференциальной диагностики лежат методы, позволяющие расшифровать этиологическую структуру. Также на современном этапе имеют значение такие факторы, как распространенность, вовлеченность в инфекционный процесс разных возрастных групп среди детей, клинические особенности в зависимости от возраста.

Цель работы – оценить течение новой коронавирусной инфекции у детей, получающих специализированную медицинскую помощь в условиях стационара.

Материал и методы. Проведен сравнительный анализ 200 историй болезни детей с COVID-19 получающих специализированную медицинскую помощь в условиях стационара.

Результаты. Коронавирусная инфекция (COVID-19) – острое инфекционное заболевание, вызываемое новым штаммом коронавируса SARS-CoV-2 с аэрозольно-капельным и контактно-бытовым механизмом передачи. Патогенетически COVID-19 характеризуется вирусемией, локальным и системным иммуновоспалительным процессом, гиперактивностью коагуляционного каскада, эндотелиопатией, гипоксией, что приводит к развитию микро- и макротромбозов; протекает от бессимптомных до клинически выраженных форм с интоксикацией, лихорадкой, поражением эндотелия сосудов.

В нашем исследовании проанализировано 200 историй болезни детей с коронавирусной инфекцией, получавших специализированную медицинскую помощь. Инкубационный период у детей колеблется от 2 до 10 дней, чаще составлял 2 дня. Оценивая клинические симптомы следует отметить, что на фоне

нормальной температуры заболевание протекало практически у каждого второго ребенка, субфебрилитет регистрировался в 40% случаев, фебрильная лихорадка была лишь в 15,5% случаев. Практически все дети не испытывали слабости, лишь у 10 детей отмечалась выраженная слабость и в 12% случаев – головная боль. Заболевание протекало без кожных проявлений, сыпи встречались редко, у 7,5%. Гастроинтестинальные проявления были также редкими, как рвота отмечена в 10% и жидкий стул в 8,5% случаев.

У детей отмечается более легкое течение болезни в сравнении со взрослыми, развитие вирусной пневмонии не характерно, симптомы менее выражены, летальные исходы чрезвычайно редки. У детей доминировали симптомы фарингита, реже – бронхита, протекающих в основном на фоне субфебрильной температуры, умеренно выраженного кашля – в 59% случаев, с сохранной сатурацией кислорода – в 73% случаев, сатурация на уровне 95-97% была у 22,5% детей, в 2% случаев сатурация была 94%. Только у одного подростка при крайне тяжелом течении уровень сатурации кислорода был на уровне 83%.

Выводы. Клинические симптомы COVID-19 у детей соответствуют клинической картине ОРВИ, обусловленной другими вирусами: лихорадка, кашель, першение и боль в горле, чиханье, умеренная слабость и лихорадка. Выраженность лихорадочной реакции может быть различной, но чаще преобладала субфебрильная температура: лихорадка до 38°C отмечалась у половины больных детей, в 15,5% случаев регистрировалось повышение t тела от 38,1 до 39,0°C. При схожести симптомов COVID-19 с другими ОРВИ дифференциальный диагноз возможен при использовании методов специфической диагностики.

Е.П. Селезнева, А.В. Щетинин

ГОМЕОПАТИЧЕСКИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

ГУЗ «Детская городская клиническая больница г. Ульяновска»,
детская поликлиника №3, МЦ «Виталия»

Актуальность. Вирусные инфекции у детей дошкольного и школьного возраста являются актуальной проблемой для родителей и врачей-педиатров. Острые инфекции верхних дыхательных путей и их осложнения являются наиболее частой причиной назначения антибактериальных препаратов в условиях первичной медико-санитарной помощи. Поиск эффективных и безопасных способов лечения остается важной задачей, также немаловажна переносимость лекарственных препаратов.

Гомеопатический метод лечения – это форма комплементарной медицины, которая в значительной степени опирается на наблюдения и опыт. Отличительной чертой гомеопатического метода является то, что лекарства назначаются на основе совокупности симптомов каждого пациента, при диагнозе ОРВИ могут быть назначены совершенно различные препараты, нет стандартного протокола лечения. Это является критерием персонализированного подхода в медицине.

Цель – информирование представителей медицинского сообщества об эффективности гомеопатического метода в лечении острых респираторных инфекций и у детей различного возраста.

Материалы и методы. В период с 01.01.2021 г. по 01.12.2022 г. на амбулаторном лечении и наблюдении находилось 25 пациентов в возрасте от 1,7 до 14 лет. Родители самостоятельно обращались за помощью и принимали решение не применять стандартные протоколы лечения при ОРВИ.

Подбор препаратов осуществлялся индивидуально в зависимости от симптомов пациента. В процессе в подавляющем большинстве случаев применялись только гомеопатические препараты.

Результаты: эволюция симптомов заболеваний при применении гомеопатических препаратов была сопоставима с таковыми при применении фармакологических препаратов.

Примечательно, что за первый год наблюдения частота возникновения ОРВИ в среднем составляла от 2-х до 6 эпизодов

в год у каждого пациента. Всего 100 случаев острых ОРВИ. Тяжесть течения заболеваний средняя и тяжелая. В течение 1 года наблюдения возникала необходимость применения антимикробных препаратов вследствие присоединения вторичной бактериальной инфекции в 6 случаях из 100.

В ходе 2-го года наблюдения общая заболеваемость за календарный год снизилась до 64 случаев, частота возникновения ОРВИ составила от 0 до 6 эпизодов, преимущественно 2-4 эпизода в год у каждого пациента. Тяжесть течения в подавляющем большинстве легкая и средняя. Необходимость применения антибактериальных препаратов возникла в 2 случаях тяжелого течения. В ходе лечения и наблюдения не было отмечено побочных эффектов от приема гомеопатических лекарств.

Вывод: гомеопатические препараты показали высокую эффективность и безопасность в лечении ОРВИ у пациентов в дошкольного и школьного возраста.

Заключение: индивидуально подобранные гомеопатические препараты позволяют эффективно устранить симптомы вирусных заболеваний, предотвратить присоединение вторичной бактериальной инфекции. При систематическом лечении гомеопатическими препаратами острых респираторных заболеваний детей разных возрастных групп на второй год наблюдения отмечается снижение частоты и тяжести ОРВИ и связанных с ними осложнений в последующем, что говорит об укреплении здоровья пациента.

Использование гомеопатических препаратов во время болезни позволяет снизить нагрузку на гепатобилиарную систему и желудочно-кишечный тракт ребенка.

Т.В. Павхун, С.В. Мкртчян

РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ ПОЛИХОНДРИТ У ПОДРОСТКА

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

Актуальность темы. Рецидивирующий полихондрит (РПХ) – редкое системное прогрессирующее заболевание, характеризующееся рецидивирующим течением с последующей дегенерацией хрящевой ткани ушей, носа, гортани и трахеобронхиального дерева. Наиболее

часто встречается у взрослого населения старше 40 лет, но описаны редкие случаи и в детском возрасте. Диагноз устанавливается на основании критериев С.J.Michet. Большие критерии: поражение ушной раковины, назальный хондрит, ларинготрахеальный хондрит. Малые критерии: поражение глаз, потеря слуха, серонегативный артрит. Для подтверждения диагноза необходимы 1 большой и 2 малых критерия.

Цель работы – ознакомить педиатров с особенностями клинической картины РПХ, показать значимость своевременной терапии.

Методы исследования: представление клинического случая ребенка с рецидивирующим полихондритом.

Результаты. Ребенок К., 15 лет, при поступлении жалобы на осиплость голоса, кашель, одышку, усиливающуюся во время сна и при положении лежа на спине, деформацию носа, отечность и деформацию ушных раковин. Ранний анамнез без особенностей. Перенесенные заболевания: ОРВИ, ветряная оспа. Аллергоанамнез не отягощен. Наследственность не отягощена. Болен с декабря 2022 г., когда после перенесенного гнойного правостороннего отита развился перихондрит правой ушной раковины, в динамике присоединилось поражение левого уха. Проконсультирован в ДРКБ г. Казань, заподозрено заболевание соединительной ткани. Летом 2021 г. появилась выраженная боль в левом коленном суставе с деформацией, эписклерит. В анализе крови воспалительных изменений не выявлено, СРБ отрицательно, СОЭ в пределах допустимых значений. Антитела к ДНК и антитела к циклическому цитруллированному пептиду не обнаружены.

По результатам МРТ левого коленного сустава определяются участки-трабекулярного отёка, МРТ головного мозга патологии не выявлено, в левом наружном слуховом проходе определяется участок изменения МР-сигнала размерами 6×3,5мм, практически перекрывающий его просвет. С апреля 2022 г. отмечается осиплость голоса, снижение аппетита чувство сдавления в области грудной клетки и связанное с этим затрудненное дыхание, храп. За 3 месяца потерял в весе 6 кг. По результатам КТ органов грудной клетки определяются очаговоподобные образования диаметром 2,5 мм. Осмотрен фтизиатром. Выставлен диагноз латентная туберкулезная инфекция с сомнительным ДТ. Госпитализирован в ГУЗ УОДКБ. По результатам МРТ коленных суставов: воспалительные изменения с двух сторон, в структуре надколенника – трабекулярный отёк. Проведена фиброларингоскопия: задняя стенка глотки гранулезная. Голосовые связки и черпаловидные хрящи отечные, голосовые

связки не полностью смыкаются при фонации. В полости гортани очаги гипертрофии лимфоидной ткани. В подсвязочном пространстве стеноз гортани, перекрывающий на 1/3 гортань. На серии МР-томограмм мягких тканей шеи интенсивность МР-сигнала от межпозвоночных дисков не изменена. Заглоточное пространство без патологии. Просвет гортани и голосовой щели сужен, деформирован за счет выраженного отека мягких тканей.

На основании имеющихся у ребенка поражения ушных раковин, носового хряща, ларинготрахеальных симптомов, поражения глаз и суставов выставлен диагноз «хронический рецидивирующий полихондрит». В терапии назначен метипред 24 мг в сутки. Эффект от лечения положительный, восстановилось дыхание и голос, улучшилась структура ушных раковин и хрящей гортани. При обследовании через 2 месяца, по результатам бронхоскопии в подсвязочном пространстве определяется функциональный стеноз трахеи. Слизистая трахеи под связками внешне не изменена. Трахея на всем протяжении свободная, просвет форму не изменяет. По результатам МРТ сужение просвета гортани и голосовой щели в динамике стало менее выражено, сохраняется слабо выраженный отек мягких тканей. Участков изменения хрящей гортани не выявлено.

Выводы. Данное клиническое наблюдение демонстрирует сложность диагностики редких заболеваний, особенно в детском возрасте и важность своевременного лечения.

Н.С. Попова, Т.В. Тураева

ОСОБЕННОСТИ ПРОТЕКАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У РЕБЕНКА

ГУЗ «Детская городская клиническая больница города Ульяновска»

Актуальность темы. Выявление артериальной гипертензии по эпидемиологическим данным свидетельствует, что распространенность заболевания у школьников составляет от 20 до 180%. У половины детей заболевание протекает бессимптомно, что затрудняет выявление, а значит, и его своевременное лечение. У детей, имеющих артериальное давление (АД) выше среднего уровня, с возрастом сохраняется тенденция к его повышению. В дальнейшем оно остается повышенным у 33–42%, а у 17–26% детей артериальная гипертензия прогрессирует, т.е. у каждого третьего ребенка, имеющего подъемы артериального

давления, в последующем возможно формирование гипертонической болезни

Цель работы – ознакомить педиатров с особенностями протекания бессимптомной артериальной гипертензии у ребенка.

Методы исследования: представление клинического случая ребенка С. 6 лет, поступившего в кардиологическое отделение ДГКБ г.Ульяновска в диагнозом: «вторичная артериальная гипертензия. Протекающая без клинических проявлений и выявленная при диспансеризации».

Результаты. Мальчик С., 6 лет, поступил 24.05.2022 в кардиоревматологическое отделение планово с жалобами на повышение АД до 140/100 мм рт.ст. Из анамнеза: с января 2021 г. отмечалось повышение АД до 125/90 мм рт.ст. Наблюдался в январе 2021 г в ДГКБ в отделении кардиологии с диагнозом: «вторичная артериальная гипертензия. Недостаточность АК 1 степени, НКО. Ангиопатия сетчатки обоих глаз. Феохромоцитома? Расстройство развития речи, дизартрия, моторная алалия. Синдром гиперактивности. Передний сухой ринит. Рецидивирующие носовые кровотечения. Энурез». Принимал Эналаприл 1,6 мг 1 раз в день в 19:00, с января по апрель 2021 г., отменено самостоятельно родителями после перенесенного ОРВИ. С апреля 2021 г. гипотензивную терапию не принимал, жалоб не предъявлял. Наследственность не отягощена. Состояние при поступлении средней тяжести по заболеванию. АД на руках: правая рука – 118/70 мм рт.ст., левая рука – 120/74 мм рт.ст. АД на ногах: правая нога – 160/100 мм рт.ст., левая нога – 170/105 мм рт.ст. Диастолической шум во 2 м/р слева от грудины. По обследованиям отмечались изменения по ЭхоКС: недостаточность АК 1-2 степени. Эхо-КГ признаки гипертрофии миокарда ЛЖ. СМАД (26.05.2022): по данным СМАД среднее АД повышено в течение суток (среднее АД днем 146/104 мм рт.ст. Среднее АД ночью 134/91 мм рт.ст). Суточный профиль САД нарушен недостаточное ночное снижение.

Назначена гипотензивная терапия – эналаприл с 30.05.2022.

На фоне гипотензивной терапии проведено контрольное СМАД, где АД в течение суток оставалось на высоких показателях. Консультирован эндокринологом, офтальмологом, патологии не выявлено.

Консультирован нефрологом с диагнозом: «Вторичная артериальная гипертензия? Оксалатная нефропатия Энурез первичный».

Консультирован неврологом с диагнозом: «Синдром гиперактивности. Дизартрия». Проведен консилиум 08.02.2022, выставлен диагноз: «Вторичная артериальная гипертензия. Недостаточность

аортального клапана 1-2 степени. НК0. Оксалатная нефропатия Энурез первичный Синдром гиперактивности. Дизартрия». С гипотензивной целью было рекомендовано продолжить эналарил и добавить амлодипин, дообследоваться у врача нефролога. На фоне комбинированной гипотензивной терапии АД снизилось до возрастных показателей.

Выводы. Выявление больных со скрытой артериальной гипертензией имеет большое практическое значение, так как частота трансформации в явную, клиническую форму АГ достигает 75% в течение пяти лет, а средний относительный риск снижается при своевременном выявлении у детей данной категории и назначенной гипотензивной терапии.

Т.В. Тураева, Н.С. Попова

ОСОБЕННОСТИ ПРОТЕКАНИЯ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ У РЕБЕНКА ДО 1 ГОДА

ГУЗ «Детская городская клиническая больница города Ульяновска»

Актуальность темы. Гипертрофическая кардиомиопатия занимает первое место по распространенности среди заболеваний сердечной мышцы в детской практике и относится к наиболее коварной форме кардиомиопатий. Заболевание в течение долгого времени может протекать бессимптомно, и внезапная смерть становится его первым и последним проявлением.

Цель работы – ознакомить педиатров с особенностями протекания гипертрофической кардиомиопатии у ребенка до 1 года.

Методы исследования: представление клинического случая ребенка Ц., 3 мес., поступившего в кардиологическое отделение ДГКБ г. Ульяновска с подозрением по ЭхоКГ на диагноз «гипертрофическая кардиомиопатия?».

Результаты. Мальчик Ц., 3 мес., поступил 05.02.2021 г. в кардиологическое отделение ДГКБ г.Ульяновска планово с жалобами на одышку, отставание в развитии: не держит голову. С рождения находился в отделение ОРОН, затем в ОПН с диагнозом «перинатальная энцефалопатия гипоксически-ишемического генеза. Синдром двигательных нарушений. Синдром угнетения. Аневризма МПП со сбросом. Вторичная кардиопатия. Ангиопатия сетчатки обоих глаз.

Двусторонний крипторхизм. Катаральная гастропатия. Дисфункция привратника. Дуоденопатия». Наследственность отягощена, у матери – гидронефротическая трансформация обеих почек, у отца – сахарный диабет. Консультирован кардиологом амбулаторно 03.02.2021 г., проведено ЭхоКГ: Гипертрофическая КМП? ООО. Выставлен диагноз «гипертрофическая кардиомиопатия? НК I-II». Состояние при поступлении в кардиологическое отделение тяжелое по заболеванию, тяжесть обусловлена сердечной недостаточностью, одышка при беспокойстве, систолический шум на верхушке сердца, мышечный тонус снижен диффузно, грубее в ногах, голову не держит, не переворачивается, опоры нет. По лабораторным обследованиям отмечались лейкоцитоз, латентная анемия, увеличение ЩФ, КФК-МБ-586,0 ед/л, холестерина – 5,80 ммоль/л, калия – 5,99 ммоль/л. Лабораторно установлен мужской кариотип. По ЭКГ: гипертрофия желудочков с преобладанием гипертрофии ПЖ. По ХМЭКГ: синусовая аритмия, 2 одиночных НЖЭ; эктопическая желудочковая активность, представленная 1 одиночным, 1 эпизодом парных комплексов и 3 короткими эпизодами замещающего ритма (макс 5 комплексов с ЧСС 72 в мин); нарушение реполяризации. Обзорная рентгенография органов грудной клетки: срединная тень с правых долей вилочковой железы ТТН 0,35. Сердце расширено в поперечнике КТИ 0,63. По ЭхоКГ от 05.02.2021 г.: Гипертрофия миокарда ЛЖ. Гипертрофическая кардиомиопатия симметричная форма? Аневризма МПП со сбросом. Параллельно исключилась патология других органов и систем, консультирован эндокринологом, неврологом, офтальмологом, ортопедом. Повторно проведена ЭхоКГ от 11.02.21 г.: Выраженная гипертрофия миокарда ЛЖ и МЖП с обструкцией выходного тракта ЛЖ. Систолическая функция миокарда ЛЖ повышена. НАК 0-1 степени. Небольшая аневризма МПП со сбросом в области овального окна. Проведен консилиум 16.02.2020, выставлен диагноз: «кардиомиопатия гипертрофический фенотип, асимметричная с обструкцией выводного отдела левого желудочка средней степени. ХСН 2А». Сопутствующие: Двусторонний истинный крипторхизм. Ангиопатия сетчатки обоих глаз. Перинатальное поражение ЦНС, смешанного генеза, синдром двигательных нарушений. Хромосомная аномалия неуточненная? Спинальная мышечная атрофия? Гиперплазия вилочковой железы? По решению консилиума было решено: в лечение продолжить атенолол от 15.02.20 длительно, под контролем ЭКГ и дообследоваться у генетика и нефролога.

Выводы. Учитывая трудности в диагностике и частое бессимптомное течение гипертрофической кардиомиопатии, крайне

важную проблему представляет ее своевременное выявление, дифференциальная диагностика обструктивной и необструктивной формы кардиомиопатии, и назначение антиаритмической терапии с целью снижения риска внезапной сердечной смерти.

Т.В. Тураева, Н.С. Попова

ПАРОКСИЗМАЛЬНАЯ ТАХИКАРДИЯ У РЕБЕНКА КАК ОДНА ИЗ ПРИЧИН СИНКОПАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ

ГУЗ «Детская городская клиническая больница города Ульяновска»

Актуальность темы. Синкопальные состояния в практике врача-педиатра встречаются довольно часто и наблюдаются в среднем в 3–4 случаях на 1000 населения. Частота обмороков у детей в возрасте до 18 лет составляет 15%. Аритмогенные обмороки в структуре синкопальных состояний составляют 11–14%. Актуальность проблемы синкопальных состояний у детей связана со значительной их распространённостью и высоким риском развития жизнеугрожающих состояний.

Цель работы – привлечь внимание врачей к проблеме выявления пароксизмальной тахикардии у детей с обмороками.

Методы исследования. Клинический случай, девочка П., 14 лет, экстренно поступила в неврологическое отделение с жалобами на предобморочное состояние, нарушения поведения, учащенное сердцебиение. Отмечались изменения по ЭКГ: пароксизмальная тахикардия. В дальнейшем переведена в отделение кардиологии.

Результаты. Девочка П., 14 лет, поступила 15.11.2021 в кардиологическое отделение ДГКБ в экстренном порядке с жалобами на приступы учащенного сердцебиения, обморочные состояния, головокружения; нарушение поведения. Из анамнеза: жалобы с июля 2020 г. на чувство сердцебиения, головокружения 2 раза в месяц, проходящие самостоятельно. Со слов пациентки, с июля 2021 г. участились эпизоды тахикардии до 2 раз в неделю. Отмечает 2 синкопальных состояния: 20.07.2021 – при заборе крови из вены, 30.09.2021 – обморочное состояние в положении сидя с эпизодом тахикардии. Наблюдается психиатром с диагнозом: «F 92.8 Смешанное расстройство поведения и эмоционально депрессивный эпизод?». С 13.10.21 принимала Хлорпротиксен, затем 12.11.21 отменен.

12.11.21 поступила по СМП с жалобами на учащенное сердцебиение, предобморочное состояние. По ЭКГ (12.11.21, бригадой СМП): пароксизмальная наджелудочковая тахикардия, нормограмма, ЧСС 156 уд/мин, ЭКГ (12.11.21 в приемном покое ДГКБ): выраженная аритмия, парные НЖЭ, ЧСС 88-115 уд/мин, затем ритм восстановился до синусового самостоятельно, ЧСС 89 уд/мин. Находилась на стационарном лечении в ПНО №2 ДГКБ с 12.11.21 по 15.11.21 с диагнозом: «Синдром вегетативной дисфункции пубертатного периода, по смешанному типу, перманентно-пароксизмального течения, период обострения. Нарушение сердечного ритма, пароксизмальная наджелудочковая тахикардия, лабильная суправентрикулярная экстрасистолия. НК0. Проведено лечение: нейрокард в/в, тералиджен, фенибут. Пациентка переведена с ПНО №2 в отд. кардиологии 15.11.21. ЭхоКГ: ПМК 1 степени, недостаточность МК 1 степени. Открытое овальное окно. ХМЭКГ (18.11.21): регистрировалась синусовая брадикардия с средней ЧСС днем – 74 в мин средней ЧСС, ночью – 53 в мин; синусовая аритмия; эпизоды СА блокады 2 степени, 44 одиночных и 15 эпизодов НЖЭ; 3 коротких эпизода пароксизмальной НЖТ и 1 эпизод длительностью 6 мин с макс ЧСС 180 в мин. В ноябре 2021 г. была подготовлена выписка в центр нарушений сердечного ритма г. Москвы, где находилась на лечении с 22.02 по 14.03. 2022 г с диагнозом «пароксизмальная наджелудочковая тахикардия» (предположительно ПАВУРТ). Инвазивное ЭФИ от 02.03.2022 г. Данных за наличие ДПЖС не получено. Получены данные за продольную диссоциацию АВ соединения. Принимая во внимание частые, клинически значимые приступы тахикардии, принято назначение антиаритмической терапии, назначен сотагексал 120 мг/сут (соталол).

Выводы. Врач должен всегда иметь в виду даже минимальную вероятность наличия у больного синкопальных состояний кардиогенной природы.

Своевременное выявление и динамический контроль факторов риска возникновения жизнеугрожающих аритмий, внезапной сердечной смерти в детском возрасте – трудная клиническая задача, решение которой требует чётких последовательных действий на всех этапах, начиная с анализа анамнестических данных и заканчивая применением современных диагностических алгоритмов.

Т.В. Павхун, Т.Г. Боц

ТРУДНОСТИ И ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ МАНИФЕСТНОГО СИНДРОМА ВОЛЬФА-ПАРКИНСОНА-УАЙТА

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

Актуальность темы. Синдром WPW характеризуется наличием приступов пароксизмальной тахикардии по механизму «re-entry» (повторный вход волны возбуждения) по дополнительному (врожденному) атриовентрикулярному соединению. На ЭКГ у таких пациентов, как правило, есть характерные изменения: наличие дельта-волны, расширенный QRS-комплекс и укороченный интервал PQ (PR). Выделяют 4 типа синдрома WPW.

1. Манифестирующий – постоянно присутствует Δ-волна.
2. Интермиттирующий – транзиторное появление и исчезновение Δ-волны.
3. Латентный – выявляется при проведении предсердной электро-стимуляции, пробе с аденозином.
4. Скрытый – когда нет Δ-волны на ЭКГ и при проведении пред-сердной электростимуляции.

WPW встречается у 0,04– 0,31% детей против 0,15% у взрослых, в возрасте от 20 до 30 лет отмечено более 70% случаев. В литературе описано 2 возрастных пика встречаемости синдрома: 1-й год жизни и период пре- и пубертата – 10–15 лет. При втором пике заболеваемости отмечается четкое преобладание мальчиков. У 40–65% пациентов отмечаются приступы тахикардий. Развитие пароксизма ФП с проведением по дополнительному пути может привести к чрезвычайно быстрой тахикардии с высокой ЧСС, что представляет угрозу для жизни.

Методы исследования: представление клинического случая ребенка с манифестным синдромом WPW.

Результаты. Ребенок О., 15 лет, при поступлении жалобы на приступы тахикардии.

Из анамнеза известно, что беременность протекала на фоне носительства ЦМВ. ВПГ развивался в соответствии с возрастом. С 1 года на ЭКГ регистрировался феномен WPW. Обмороков, приступов тахикардии не было. С 3 лет появились приступы бледности, слабости, одышки. Направлен на консультацию к кардиологу, проведено ЭХОКС, органической патологии сердца, аномалий

развития не выявлено. Мальчик занимался в спортивной секции в умеренном режиме, ежегодно осматривался кардиологом, проводилось ХМЭКГ, на котором WPW регистрировался непостоянно. В течение 2021 года резкий скачок роста, а также ребенок начал активно посещать тренажерный зал. В июле 2021 г. по результатам ХМЭКГ WPW не зафиксирован, но у ребенка появились жалобы на приступы сердцебиения с внезапным началом и окончанием, сопровождающиеся потемнением в глазах, одышкой, давящими болями в области сердца. В феврале 2022 г. после контрольного обследования ребенок был направлен в Детский Центр нарушения сердечного ритма НИКИ педиатрии им. академика Ю.Е. Вельтищева ГБОУВПО РНИМУ им. И.М. Пирогова МЗ России. После проведения обследования в аритмологическом центре летом 2022 г. WPW не зафиксировано. Было принято решение отложить проведение ЭФИ и РЧА до фиксации на ЭКГ приступа наджелудочковой тахикардии. С этой целью предложено использовать кардио-флешку. С сентября 2022 г. по январь 2023 г. субъективно зарегистрировано 2 приступа тахикардии, которые не были зафиксированы на пленке. Принято решение о проведении многочасового ХМЭКГ. Во время исследования был зарегистрирован пароксизм устойчивой ортодромной реципрокной АВ-тахикардии с участием дополнительных проводящих путей с ЧСС 270 ударов в минуту.

Выводы. Данное клиническое наблюдение демонстрирует сложность диагностики приступов наджелудочковой тахикардии у детей с синдромом WPW, необходимости длительного мониторинга ЭКГ у таких пациентов методом многочасового холтеровского мониторинга или с использованием кардио-флешек с последующим проведением хирургического лечения, как профилактика жизнеугрожающих состояний, а также развитие аритмогенной кардиомиопатии.

Б.А. Ибрагимов, А.Л. Малых, Д.А. Малых, О.О. Беденко

**ТЕЧЕНИЕ РАННЕГО ПОСТВАКЦИНАЛЬНОГО
ПЕРИОДА У ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЫХ ВЗРОСЛЫХ
ПОСЛЕ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ НОВОЙ
КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ:
ПРОДОЛЖЕНИЕ СЛЕДУЕТ**

**ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска»
ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»
ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский
университет МЗ РФ»**

Актуальность. Пандемия новой коронавирусной инфекции (НКИ), начавшаяся в 2019 г., уже в начале 2020 г. приобрела всемирный характер. COVID-19 сегодня является одним из самых тяжелых инфекционных заболеваний, охватившим все возрастные категории населения, включая детей, подростков и молодых взрослых. По данным сайта <https://стопкоронавирус.рф/> за 51 неделю 2022 года заболеваемость в детской и подростковой популяции составила в РФ 15,8 на 100 тысяч населения, а число переболевших пациентов до 18 лет, как указывает А.В. Горелов (2022), составило 19,1%. Систематический обзор, проведенный Znhatri D. (2021), показал, что вирус SARS-CoV-2 вовлекает в патологический процесс все основные органы и системы, в первую очередь, сердечно-сосудистую, мочевыводящую и нервную системы. Поэтому актуальность плановой вакцинации против COVID-19 у подростков и молодых взрослых не вызывает никаких сомнений. Кроме того, неизученность механизмов вакцинального процесса «Гам-Ковид-ВАК-М» («ГКВ-М») и «Спутник V» по оценке нежелательных реакций после вакцинации, что связано «с отсутствием данных о защитном титре антител и продолжительности защиты от заражения COVID-19» (из инструкции по медицинскому применению лекарственных препаратов). Требуется дополнительное изучение механизма действия вакцин и течения раннего поствакцинального периода.

В связи с этим **целью данной работы** являлось изучение особенностей проявления нежелательных явлений, выявленных при использовании «ГКВ-М» у подростков и «Спутник V» у молодых взрослых, которые регистрировались нами в первые 5 суток после вакцинации.

Методы исследования. Нами проведено проспективное и ретроспективное исследования с 2 марта 2022 г. по 1 декабря 2022 г. (9 месяцев). Под нашим наблюдением находились 20 подростков в возрасте от 13 до 18 лет, находившихся на медицинском обслуживании ГУЗ «ЦКГБ г. Ульяновска». Средний возраст обследованных составил 15 [13,6; 16,8] лет. Среди вакцинированных подростков «ГКВ-М» 18 (60%) – девочки и 4 (40%) – мальчики. Кроме того, в исследование был включен 21 студент педагогического колледжа и университета в возрасте от 18 до 22 лет. Их средний возраст составил 19,7 [18,2; 21,3]. Из них 19 (90,4%) – девушки, 2 (9,6%) – юноши ($p < 0,02$). Им была также проведена двукратная вакцинация лекарственным препаратом «Спутник-V», произведенного в НИИ ЭМ имени Н.Ф. Гамалеи. Всеми подростками и молодыми взрослыми или их законными представителями было оформлено добровольное согласие на проведение вакцинации и обработку персональных данных. Всем пациентам были взяты в течении двух месяцев общеклинические анализы крови. 41 пациенту был проведен иммунохроматографический экспресс тест с определением антител SARS-COV-2 в назофарингиальном мазке (COVID-Ag-экспресс), произведенного в ООО «Экспресс мануфактория» (Москва). Из инструментальных методов: 32 (78,0%) обследованным было проведено ЭКГ и 28 (68,3%) – ультразвуковое исследование органов брюшной полости (аппарат ESAOTE S.p.1 – Италия). Статистическую обработку числового материала проводили с использованием статистического пакета Statistica 7.0 (Star Soft США). Для оценки различий показателей был применен критерий χ^2 Пирсона. Результат считали статистически значимым при $p < 0,05$.

Результаты. Анамнез истории развития подростков показал, что у 15 (75,0%) прививаемых были выявлены различные морфофункциональные изменения сердечно-сосудистой систем, которые, в том числе у 3 (15,0%) подростков, проявлялись удлинением интервала PQ. У 7 (35,0%) прививаемых к 16 годам сформировался синдром вегетативной дисфункции, который у 5 (25,0%) проявлялся нарушением по симпатическому типу и у 2 (4,9%) – по парасимпатическому типу. Кроме того, у 9 (43,0%) привитых подростков в анамнезе жизни были выявлены резидуальная энцефалопатия, проявлявшаяся у прививаемых различными психологическими, учебными и коммуникативными расстройствами. У молодых взрослых структура первичной заболеваемости была иная: только у 4 (23,5%) были установлены различные отклонения в состоянии здоровья ($p < 0,003$; $\chi^2 18,52$). Анализ нежелательных реакций (НР) на вакцинацию «ГКВ-М» показал у 11 (55,0%) прививаемых удлинение дневного сна после прививки на 2-4 часа и более. Это сочеталось

у 9 (45,0%) подростков с выраженной слабостью, разбитостью, которые сохранялись до 3 дней. У 7 (35,0%) подростков отмечалась головная боль в лобно-теменной области, которая у 5 (25,0%) исчезала без применения лекарственных препаратов. У 4 (20,0%) прививаемых выявлялась умеренно-выраженная болезненность в месте вакцинации без визуальных выраженных кожных проявлений воспаления. У подростков, получивших двукратную вакцинацию «ГКВ-М», достоверно чаще регистрировались общие НР, которые преобладали над местными реакциями ($p < 0,003$; $\chi^2 = 21,570$). Структура и распространённость НР у студентов образовательных организаций носила иной характер. В структуре НР регистрировались у 15 (71,0%) привитых общие НР, проявлявшиеся выраженной слабостью в сочетании с головными болями высокой степени интенсивности, с продолжительностью от 3 часов до 3-5 дней. Эти НР со стороны ЦНС у 8 (38,1%) сочетались с повышением температуры до 39°C . При этом сочетание 3 этих симптомов обнаружилось у 8 (38,1%) студентов. Местные НР нами были обнаружены у 12 (57,1%) привитых. Они проявлялись у 7 (33,3%) болью в месте инъекции в сочетании с умеренной кожной гиперестезией, которая сохранялась до 24 часов. Повторные вакцинации протекали аналогично первому поствакцинальному периоду.

Выводы. Проведенное исследование показало хорошую переносимость изучаемых векторных вакцин подростками и молодыми взрослыми. Анализ полученных результатов показал, что у 55% прививаемых до 18 лет отмечались общие нежелательные реакции. Они носили недлительный, нестойкий характер. Вакцина «Спутник V» у 71,4% молодых взрослых достоверно чаще вызывала общие нежелательные реакции, длительностью до 5–7 дней. Это требует дальнейшего наблюдения и анализа.

*В.Г. Караулова, Н.Н. Рогожина, Л.Ю. Лукичева,
М.Н. Сорокина*

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ

ГУЗ «Центр общественного здоровья и медицинской профилактики
Ульяновской области»

Здоровье – главная человеческая ценность, один из важных компонентов человеческой жизни и одно из главных условий успешного экономического и социального развития. В 2022 году Центр общественного здоровья совместно с ведущими ВУЗами региона запустил исследовательский проект «Мониторинг здоровья студентов высших учебных заведений Ульяновской области».

Цель исследования – изучение распространённости поведенческих факторов риска неинфекционных заболеваний (курение табака, потребление алкоголя, нерациональное питание, недостаточная физическая активность и другие) среди студенческой молодежи. Объект исследования – студенческая молодежь высших учебных заведений региона в возрасте от 16 до 22 лет. Предмет исследования – факторы риска неинфекционных хронических заболеваний у студенческой молодежи высших учебных заведений Ульяновской области. Инструмент проведения исследования сопоставим с алгоритмом проведения эпидемиологического мониторинга факторов риска неинфекционных заболеваний, разработанным НМИЦТиПМ Минздрава России. Исследование состояло из двух этапов: индивидуальное анкетирование и скрининговое обследование на базе Центра здоровья. В исследовании «Мониторинг здоровья студентов высших учебных заведений Ульяновской области» приняли участие 338 студентов высших учебных заведений Ульяновской области: УлГПУ им. И.Н. Ульянова (102 человека); УлГТУ (100 человек); УлГАУ им. П.А. Столыпина (136 человек). Выборка репрезентативна по полу и возрасту и отражает основные тенденции в сфере здоровья студенческой молодежи.

По результатам проведенного исследования были получены следующие **выводы**.

1. Студенческая молодежь не учитывает влияние факторов риска неинфекционных заболеваний при оценке своего здоровья. 89% студентов оценивают свое здоровье как хорошее, при этом 43% студентов вообще не жалуются на свое

- здоровье, возникшие проблемы удается решить самостоятельно 46% опрошенных.
- По результатам скринингового обследования, проведённого Центром здоровья, у 54% респондентов были выявлены следующие факторы риска развития неинфекционных заболеваний: недостаточная физическая активность (37%); курение (в т.ч. электронных сигарет) – 28%; избыточная масса тела (23%), нерациональное питание. Проведенный опрос показал, что 13% опрошенных студентов никогда не завтракают, а 32% иногда пропускают завтрак. Основная часть опрошенных студентов предпочитают проводить время в гаджетах (снижение остроты зрения выявлено по результатам скрининга у 39% студентов). По данным анкетирования, ежедневно занимаются физической культурой и спортом 14% студентов, 2-3 раза в неделю – 43% студентов, 3-4 раза в месяц – 11% респондентов и один раз в месяц – 6%. 19% участников совсем не занимаются физической культурой и спортом. Несоблюдение элементарных основ ЗОЖ может привести к неблагоприятным последствиям.
 - Наличие хронических заболеваний выявлено по результатам анкетирования у 25% респондентов. Топ-3 хронических заболеваний студенческой молодежи: болезни органов дыхания (36%), болезни эндокринной системы (21%), болезни системы кровообращения (13%). Независимо от установки современной молодежи о личной ответственности за свое здоровье, 56% участников опроса, которые имеют хронические заболевания, не наблюдаются у врача по данным опроса. В ходе скринингового обследования у студентов не были выявлены такие серьезные заболевания как сахарный диабет, артериальная гипертензия, однако были зафиксированы предпосылки развития заболеваний: повышенное артериальное давление (9%), повышенный уровень холестерина (8%), повышенный уровень глюкозы в крови (3%).

С целью сохранения здоровья студентов и профилактики развития рисков хронических неинфекционных заболеваний работа с ведущими ВУЗами региона в рамках проекта «Мониторинг здоровья студентов высших учебных заведений Ульяновской области» будет продолжена в 2023 году.

В.Г. Караулова, Л.Ю. Кирилина, М.Н. Сорокина

**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ
ИССЛЕДОВАНИЯ «ДИСТАНЦИОННЫЙ КОНТРОЛЬ
ВЕСА ТЕЛА» В УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ
В 2020-2022 ГГ.**

**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 исследовании 2020-2022 годов были включены 300 человек, из которых полностью завершили участие 273 человека. 27 участников не смогли продолжить участие в проекте по различным причинам. Выборка включала в себя мужчин и женщин в возрасте от 18 до 60 лет с индексом массы тела (ИМТ) от 27 до 37 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 2020-2021 годах, так и в 2022 году большинство участников проекта добились хороших результатов. Снижения массы тела до целевого уровня (5% от исходного) достигли 55% участников (54% участников 2020 года, 60% участников 2021 года). За 2022 год почти каждый участник похудел, в среднем, на 5,5 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 6–10 см – в 2022 году, 6–8 см – в 2021 году, 5-7 см – в 2020 году.

За время проекта по анализу дневников питания участников отмечено, что изменился и рацион питания: снизилось потребление жиров (особенно продуктов со «скрытым жиром»), быстрых углеводов и мучных изделий. Употребление же овощей (клетчатки), бобовых, несладких фруктов увеличилось.

За весь период проекта с 2020 по 2022 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 2022 году отмечается возрастание физической активности до 8–15 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.

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 персонализированного 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.

А.Ю. Любаев, Н.П. Сусина, В.А. Шмойлова, В.Б. Волкова

ИССЛЕДОВАНИЕ ДИНАМИКИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ УЧАЩИХСЯ ЗА ПЕРИОД ОБУЧЕНИЯ С 1 ПО 5 КЛАСС

ГУЗ «Областной врачебно-физкультурный диспансер»

В последние десятилетия контингент «тучных» людей значительно «омолодился» за счет увеличения числа детей и подростков, имеющих избыточную массу тела и ожирение. Если избыточная масса тела рассматривается как фактор риска развития неинфекционных заболеваний населения (болезни системы кровообращения, сахарный диабет, атеросклероз, остеоартриты), то ожирение является хроническим заболеванием, приводящим к развитию ряда осложнений, снижающих качество жизни и ее продолжительность. По данным ВОЗ, наличие ожирения в детстве в значительной степени прогнозирует его и во взрослой жизни, причем степень ожирения усугубляется.

Цель работы – анализ показателей физического развития и распространенности детского ожирения среди учащихся.

Объект исследования: учащиеся 2010 года рождения, которые в 2018 г. пошли в первый класс.

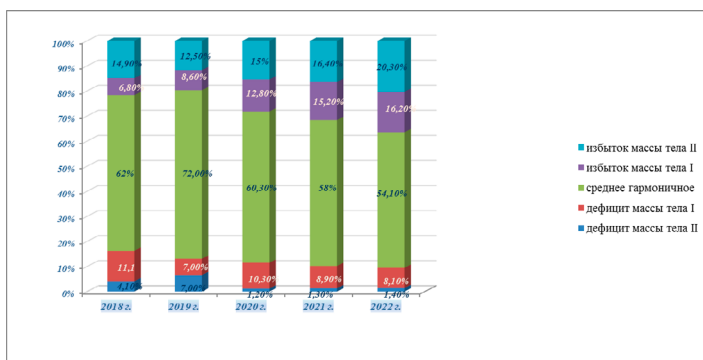
Задачи.

1. Проанализировать динамику изменений показателей физического развития учащихся образовательной школы на примере одной параллели за пятилетний период обучения.
2. Определить связь динамики изменений показателей физического развития с физической активностью.

Методы исследования. Начало исследования – март 2018 г. В исследовании приняли участие 74 первоклассника одной из общеобразовательных школ, 46 мальчиков (62,2%) и 28 девочек (37,8%). Оценка физического и морфофункционального развития проводилась ежегодно на протяжении 5 лет с использованием метода стандартов и индексов, разработанных институтом повышения квалификации и переподготовки работников образования при УГПУ им. И. Н. Ульянова.

Результаты исследования представлены в следующей диаграмме, из которой наглядно видно, что в 2018г. в первом классе было выявлено 16 человек с отклонением физического развития в сторону избыточной массы тела (5 чел. – 6,8%) и ожирения (11 чел. – 14,9%). С третьего класса и в последующие годы отмечается рост этих показателей. На март 2022 г.

избыточную массу тела уже имеют 12 чел. (16,2%), а ожирение – 15 чел. (20,3%), из них 10 мальчиков (66,7%) и 5 девочек (33,3%).



В первом классе посещаемость спортивных секций детьми составляла 81%. Во втором классе на фоне регулярной двигательной активности отмечается снижение % детей с ожирением (на 2,4%). За период с 2020 г. по 2022 г. занятия в спортивных секциях по различным причинам бросили 31 чел., что составило 41,9%. На март 2022 г. регулярно занимаются физической активностью (спортивные секции и физкультурно-оздоровительные кружки) только 22 человека – 29,7%.

Из 15 детей, имеющих ожирение, только 5 человек (33,3%) посещают спортивные секции (вольная борьба, футбол), 2 (13,3%) ребенка занимаются в физкультурно-оздоровительном кружке «Спортивные игры». Таким образом, достаточная двигательная активность присутствует лишь у 46,6% детей. Несколько слов следует сказать о психологическом состоянии детей с ожирением: они стесняются своего внешнего вида, замкнуты.

Выводы. Проблема распространенности избыточной массы тела и ожирения среди детей школьного возраста на сегодняшний день актуальна и имеет четкую связь с увеличением «школьного стажа» детей; увеличение числа детей, имеющих избыточную массу тела и ожирение, соответствует началу пубертатного периода у детей, причем ожирение в два раза чаще встречается у мальчиков (2:1); прослеживается четкая корреляция между увеличением процента учащихся с ожирением и снижением/прекращением физической активности у данного контингента детей; детям, страдающим ожирением, необходима комплексная реабилитация, включающая коррекцию питания, эндокринного статуса, а также соответствующее психологическое сопровождение и адекватная физическая активность.

В.Г. Караулова, С.Н. Милашина, О.В. Рябинкина

ПРОВЕДЕНИЕ ИНФОРМАЦИОННО-КОММУНИКАЦИОННОЙ КАМПАНИИ ПО ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ НА ПРИМЕРЕ ПРОЕКТА «СПРОСИТЕ ДОКТОРА»

ГУЗ «Центр общественного здоровья и медицинской профилактики Ульяновской области»

Актуальность. Основная цель федерального проекта «Укрепление общественного здоровья» нацпроекта «Демография» – увеличение доли граждан, ведущих здоровый образ жизни и формирование у жителей региона ответственного отношения к своему здоровью. В связи с этим назрела необходимость создать информационную площадку для открытого диалога по вопросам здравоохранения, формирования приоритетов здорового образа жизни у населения, способствующую сохранению и укреплению здоровья, а также дающую возможность получить ответы на интересующие вопросы и оперативно разрешить возникающие проблемы в сфере здравоохранения. Такой площадкой стала еженедельная рубрика «Спросите доктора», которая позволила жителям региона максимально оперативно получить ответы на интересующие вопросы в сфере здравоохранения.

Цель исследования – оценить эффективность работы информационного проекта «Спросите доктора», включая актуальность обсуждаемых тем и вопросов, охват населения и общественный отклик.

Методы исследования. Для оценки эффективности работы проекта «Спросите доктора» применен метод статистического анализа посещаемости информационной площадки и количества задаваемых вопросов, который может дать представление об актуальности и полезности для населения.

При поддержке Правительства Ульяновской области, Ассоциации содействия развитию здравоохранения «Медицинская Палата Ульяновской области» и регионального Центра общественного здоровья проводится еженедельная часовая прямая трансляция рубрики «Спросите доктора» на официальных страницах в социальных сетях Правительства Ульяновской области (ВКонтакте и Одноклассники) и официальном сайте ИД «УлПравда».

В качестве спикеров выступают представители и главные внештатные специалисты Министерства здравоохранения

Ульяновской области, ведущие медицинские специалисты учреждений здравоохранения, сотрудники Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Ульяновской области, преподаватели медицинского факультета им. Т.З. Биктимирова Ульяновского государственного университета.

В программе рассматриваются актуальные вопросы профилактики и лечения заболеваний по основным нозологиям: сердечно-сосудистых, онкологических, эндокринных, гастроэнтерологических, стоматологических, аллергических, дерматологических, респираторных, инфекционных (туберкулеза, гепатитов, ВИЧ-инфекции). Обсуждаются темы здорового питания и отказа от излишеств в еде, повышения уровня физической активности, вредного воздействия на организм психоактивных веществ: алкоголя, табакокурения и других никотинсодержащих продуктов, наркотиков, современные методики борьбы с пагубными зависимостями.

За три дня до старта прямой трансляции в СМИ и социальных сетях размещается информация о теме очередного эфира. Сбор вопросов проходит в три этапа. Заочный – в анонсе, который размещается в СМИ, указана возможность оставить свое предложение и вопрос. Онлайн – зрители прямого эфира имеют возможность публиковать комментарии и вопросы под видеотрансляцией, а ведущие медицинские специалисты (спикеры), соответственно, кратко комментируют и отвечают на вопрос в течение 2-5 минут. Развернутый ответ от экспертов публикуется в течение 12 часов. Анкетирование – предложения по интересующим темам для будущих выпусков жители Ульяновской области могут оставить в анонимном опросе, который размещен в группах медицинских организаций. Обращения направляются на электронную почту и по телефону горячей линии Министерства здравоохранения Ульяновской области. Все вопросы обрабатываются специалистами регионального Центра общественного здоровья.

В 2020–2023 гг. проведено 123 эфира (34 – в 2020 году, 42 – в 2021 году, 47 – в 2022 году), их просмотрели 4 318 265 человек (1 340 324 – в 2020 году, 1 457 453 – в 2021 году, 1 520 488 – в 2022 году). За три года в программе приняли участие 242 ведущих медицинских специалиста Ульяновской области, которые ответили на 1475 вопросов жителей региона. Анализ показывает, что в среднем каждый эфир просматривают порядка 35 000 человек.

Таблица №1.

Год	Количество эфиров	Количество спикеров	Количество просмотров	Количество вопросов	Количество времени онлайн-общения
2020	34	68	1 340 324	408	2040 минут
2021	42	84	1 457 453	503	2520 минут
2022	47	90	1 520 488	564	2820 минут

Выводы. Прямые трансляции в настоящее время приобрели актуальность. Они стали популярным трендом. Благодаря прямым эфирам рубрики «Спросите доктора» стал возможен открытый диалог между жителями Ульяновской области и медицинскими специалистами региона. Широкий охват аудитории доказывает, что темы диалога актуальны и злободневны.

Кроме этого, записи эфиров доступны к просмотру в любое удобное время. Каждый житель региона может посмотреть уже прошедшие эфиры на интересующие его темы в режиме записи.

Таким образом, прямые онлайн трансляции смело можно назвать инструментом, который позволяет видеть обратную связь и эффективно продвигать актуальные темы здравоохранения на просторах интернета.

В.Г. Караулова, А.А. Макарова, Т.В. Туркина

О РЕАЛИЗАЦИИ РЕГИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА «ЗДОРОВЫЙ ВЫБОР»

**ГУЗ «Центр общественного здоровья и медицинской профилактики
Ульяновской области»**

Актуальность проблемы. Хронические неинфекционные заболевания (ХНИЗ) – болезни, которые не распространяются и не заразны, но вызваны аллергией, длительным заболеванием, наследственными заболеваниями, неправильным питанием, низкой физической активностью, вредными привычками. В основе развития неинфекционных заболеваний лежат потенциально опасные для здоровья человека факторы поведенческого, генетического,

экологического, социального характера, повышающие вероятность развития заболеваний, их прогрессирование и неблагоприятный исход.

Под данным ВОЗ, каждый год от ХНИЗ умирает 41 млн чел., что составляет 74% всех случаев смерти в мире. Для того, чтобы предотвратить повышение уровня смертности из-за ХНИЗ, необходимо вводить профилактические меры. Пропаганда ЗОЖ невозможна без диалога, направленного на объяснение необходимости проведения тех или иных профилактических или лечебных процедур. Кроме того, профилактика многих заболеваний невозможна без изменения образа жизни. Очень важно, чтобы профилактическая деятельность была адресной.

Так, с марта 2021 года для студентов ВУЗов реализуется проект «Здоровый выбор», направленный на повышение информированности о факторах риска развития ХНИЗ, формирование принципов ЗОЖ, изменение отношения индивидуума к состоянию собственного здоровья и осмыслению здоровья как основополагающей человеческой ценности.

Цели и задачи проекта – формирование системы мотивации студентов к ЗОЖ, включая здоровое питание и отказ от вредных привычек, посредством проведения профилактических лекций. Формирование устойчиво-негативного отношения к табаку, алкоголю, наркотическим веществам. Привлечение внимания студентов к обязательному прохождению медицинского осмотра с целью предупреждения развития ХНИЗ.

Методы проведения. Мероприятия для студентов по формированию устойчивых стереотипов ЗОЖ организуются и проводятся с привлечением главных внештатных специалистов МЗ УО. Для реализации проекта определены пять ВУЗов Ульяновской области: УлГУ, УлГПУ им. И.Н. Ульянова, УлГТУ, УИ ГА, УлГАУ им. П.А. Столыпина. Мероприятия до 2023 года в основном проводились в формате ВКС (ZOOM, Яндекс.Телемост).

С 2023 года проект переведен в очный формат, что значительно повышает качество и доступность лекций, исключаются случаи формального отношения к мероприятиям как со стороны лекторов, так и со стороны слушателей. Конечно, при неблагоприятной эпидемиологической ситуации всегда можно перенести мероприятие в онлайн-режим, чтобы профилактическая деятельность не приостанавливалась.

Результаты. В рамках проекта «Здоровый выбор» с марта 2021 по декабрь 2022 было проведено 18 занятий с общим охватом порядка 2600 человек. Освещены такие актуальные темы, как: «Профилактика

COVID-19», «Профилактика онкологии и туберкулеза», «Аллергия», «Влияние вредных привычек (алкоголя и вейпинга) на здоровье человека», «Сахарный диабет», «ВИЧ и СПИД», «ИППП».

Выводы. ЗОЖ – это не только сохранение здоровья, но и перспектива дальнейшей успешной работы, семейной жизни. Крайне важно создавать у студента культ здоровья, показывать всеми средствами красоту физического и психического совершенства. Здоровью надо учить, доводить информацию до сознания каждого студента. После участия в профилактических проектах, некоторые студенты осознанно корректируют свой образ жизни.

*А.Ю. Любаев, М.А. Степанова, И.Н. Фролова,
А.А. Бурлаков*

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ КУРЕНИЯ КАЛЬЯНА В СПОРТИВНОЙ СРЕДЕ. ПУТИ РЕШЕНИЯ

ГУЗ «Областной врачебно-физкультурный диспансер»

Кальян – это восточный курительный прибор, в котором табачный дым охлаждается, проходя через воду. Курение кальяна стало модным развлечением в увеселительных заведениях и у многих молодых людей. На сегодняшний день хорошо известно, что курение кальяна вредит здоровью человека не меньше, чем курение сигарет. Подсчитано, что вред одного сеанса кальяна равен вреду от выкуривания одной пачки сигарет. В его дыме содержится угарный газ, соли тяжелых металлов, бериллий, хром, кобальт, никель и другие химические соединения, способные вызвать различные заболевания, в том числе и онкологические. В организме курильщика накапливается высокая концентрация карбоксигемоглобина. Передающийся по кругу кальян существенно увеличивает риск заболеваний гингивитом, стоматитом, герпетической инфекцией, гепатитом, туберкулезом и другими инфекционными заболеваниями. Курение кальяна неблагоприятно влияет на состояние слизистых оболочек полости рта, пищевода, трахеи, бронхов, легких, желудка.

На углубленном медицинском осмотре спортсменов за истекший 2022 год оториноларингологом отделения спортивной медицины №1 Областного врачебно-физкультурного диспансера были выявлены 25 человек с изменениями слизистых оболочек задней стенки глотки, миндалин по типу ожогов слабыми химическими веществами.

Слизистые ротоглотки были ярко-малинового цвета, без отёка и воспалительного налёта, то есть без признаков, характерных для острой респираторной инфекции. Во время сбора анамнеза выяснилось, что все они имеют привычку курить кальян, которая сформировалась в течение последнего года. Периодичность курения составила 1-2 раза в неделю. Жалоб спортсмены не предъявляли. При их дальнейшем медицинском осмотре со стороны других органов и систем патологии не выявлено. По видам спорта спортсмены распределились следующим образом: 8 человек занимающиеся легкой атлетикой, волейболом – 4 человека, регби – 6 человек, баскетболом – 3 человека, футболом – 4 человека. Все они студенты высших и средних учебных заведений. Возраст варьирует от 17 лет до 21 года, пол мужской. Во время личной беседы с врачом спортсмены сообщили, что высоких результатов в спорте у них нет, разрядов не присвоено, большинство занимаются спортом нерегулярно. Оториноларингологу пообещали отказаться от вредной привычки. Дальнейшая диспансеризация, обязательная 2 раза в год, покажет серьезность их намерений.

Через кабинет оториноларинголога проходят все спортсмены, стоящие на учете в отделении спортивной медицины №1, поэтому 25 человек – небольшая цифра (всего за 2023 год прошли углубленный медосмотр 16 353 человека) в процентном соотношении это 0,001% от всех обследуемых. Но спорт и курение кальяна не совместимы, поэтому возникает необходимость создания для врачей и медсестер отделения спортивной медицины антикурительного образования в спортивной среде. Просвещением должны быть охвачены спортивные секции города, студенты высших и средних учебных заведений, колледжей, старшеклассники общеобразовательных школ. Активизировать разъяснительную работу о вреде курения кальяна можно, используя форму лекций, бесед, средств массовой информации, социальные сети. Мифы о безопасности кальяна, как о самом безопасном виде курения должны быть грамотно развенчаны. Это может стать мерой повышения уровня здоровья молодежи и существенно снизить риск возникновения в дальнейшем хронических заболеваний.

*М.В. Белянкин, М.В. Сухорукова, О.П. Зашихина,
А.Н. Аюгова*

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ПИЛОТНОГО ПРОЕКТА «ИНТЕНСИВНЫЙ КУРС ПСИХОТЕРАПИИ И ПСИХОКОРРЕКЦИИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ»

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая
наркологическая больница»

Актуальность. Основная цель диспансерного наблюдения помощь пациентам в достижении стойкой ремиссии и повышении качества жизни. Для этого пациенты должны обладать знаниями о признаках зависимости (болезни), видеть и признавать у себя признаки болезни, быть ответственными за формирование и проявление зависимости, обладать достаточным уровнем мотивации на трезвость. Чтобы свести к минимуму риск рецидивов, также важно, чтобы пациенты были более успешными и ответственными и в социальном и психологическом и духовном функционировании.

Описание исследования. Для решения поставленной задачи в работу с пациентами активно вовлечены врачи психиатры-наркологи и узкие специалисты (врачи-психотерапевты, медицинские психологи, специалисты по социальной работе). В качестве экспериментальной программы по усовершенствованию данной помощи был разработан «интенсивный курс психотерапии и психокоррекции в амбулаторных условиях». В рамках данной программы была налажена работа полипрофессиональной бригады специалистов. В состав бригады входили врач психиатр-нарколог, врач психотерапевт, медицинский психолог, медицинская сестра, специалист по социальной работе, социальный работник. Каждый из специалистов проводил индивидуальную и групповую работу с пациентами по своему направлению. Врач психиатр-нарколог организовывал контроль за состоянием пациентов. Индивидуальная, рациональная, семейная психотерапия проводилась силами врача-психотерапевта. Патопсихологическое обследование, психокоррекция с пациентами и с членами их семьи в том числе, проводилась медицинскими психологами. Тренинги, направленные на повышение социальной адаптации пациентов были организованы специалистами по социальной работе и социальными работниками. Дополнительно применялись процедуры опосредованной терапии.

Результаты и обсуждение. За период с 08.08.2022 года по 28.01.2023 года в интенсивной программе психотерапии и психокоррекции участвовали 31 человек, в возрасте от 16 до 52 лет, из них 3 женщины и 2 подростка.

В начале прохождения программы проводилась первичная диагностика пациентов. Использовалась батарея методик. В опроснике, разработанном в НИПНИ им. Бехтерева в 2011 году коллективом авторов: Ю.В. Рыбакова, Р.Д. Илюк, Е.М. Крупицкий, В.В. Бочаров, А.Я. Вукс, использовалась шкала информированности для определения уровня знаний о признаках зависимости. Методика «самооценка психологической адаптивности» помогала выявить уровень социально-психологической адаптивности личности. Также применялась госпитальная шкала HADS для выявления уровня тревоги и депрессии. По окончании прохождения курса пациенты исследовались по тем же методикам, с целью выявления динамики. При первичном исследовании выявлялись эмоциональные проблемы в виде клинически выраженной тревоги у 3 человек (9,6%), клинически выраженной депрессии у 2 человек (6,5%), субклинически выраженная тревога у 2 человек (6,5%), субклинически выраженная депрессия у 1 человека (3,2%). В результате у 8 человек диагностировано повышение тревоги и депрессии сверх нормы (25,8%). После прохождения программы при минимальной медикаментозной поддержке (препараты назначались только в случае клинически выраженных нарушений) очевидна положительная динамика. Только у одного человека сохранились проявления субклинически выраженной тревоги (3,2%) и у двоих – субклинически выраженной депрессии (6,5%). Данным пациентам рекомендовано самостоятельно продолжать использовать различные методы саморегуляции, освоенные на занятии (релаксации, дыхательные техники и медитации) в домашних условиях. При исследовании по шкале информированности на начальном этапе курса у 24 человек (74,3%) был выявлен средний уровень информированности, у 7 человек (25,7%) – высокий уровень. У 24 человек (74,3%) выявлен высокий уровень знаний о зависимости, у 7 человек (25,7%) – средний уровень. По результатам диагностики мотивации на отказ от потребления ПАВ при первичном исследовании у 3 человек (9,6%) выявлено отсутствие мотивации, амбивалентная мотивация выявлена у 16 человек (51,7%), адекватная мотивация – у 12 человек (38,7%). После прохождения программы у 12 человек (38,7%) выявлена амбивалентная мотивация, у 19 человек (61,3%) адекватная мотивация.

Вывод. По завершению прохождения интенсивного курса 1 человек из 31 продолжил лечение в стационарном отделении после срыва ремиссии, 30 человек (96,7%) находятся в трезвости, из них 1 человек (3,3%)

снят с диспансерного наблюдения с улучшением, 29 человек (96,8%) продолжают диспансерное наблюдение, из них у 15 человек (51,7%) подтвержденная ремиссия до 3 месяцев, у 11 человек (37,9%) подтвержденная ремиссия от 3 до 6 месяцев, у 1 человека (3,5%) ремиссия 1 год и более, 2 человека (6,9%) находятся в отделении амбулаторной медицинской реабилитации. Таким образом, программа доказывает свою эффективность и является хорошим рабочим инструментом в становлении уверенной ремиссии у пациентов и рабочей программой в предотвращении срыва.

К.С. Алиева, А.В. Криков, М.В. Белянкин, А.В. Дёмин

ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЛИЦ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ

**ГУЗ «Ульяновская областная клиническая
наркологическая больница»**

Современная действительность такова, что у престарелых людей гораздо чаще, нежели у людей молодого возраста, появляются психические болезни. К большому сожалению, организм не вырабатывает иммунитета к психологическим расстройствам. Нельзя дать никаких гарантий на то, кого затронут эти проблемы, а кого нет. В таких случаях нужно лишь проявлять особое внимание к отношению со своими престарелыми родственниками, к самому себе, обладать всей необходимой информацией о признаках психических заболеваний у пожилых людей и своевременно обращаться за профессиональной медицинской помощью.

Цель – выявить особенности возникновения и течения психотических, дементных расстройств у лиц пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы. Объектом исследования являлись 8 пациентов, которые находились на стационарном лечении в отделении ГУЗ УОКНБ.

Больные были разделены на следующие возрастные группы: 50-59 лет, 60-69 лет, пациенты были мужского пола. Максимальное количество психических расстройств было отмечено в возрастной группе 60–69 лет, что составило 75% (6 пациентов), а в возрасте 50–59 лет – 25%. У обследованных больных психические расстройства возникли на фоне злоупотребления алкоголем.

У всех пациентов психические нарушения на фоне синдрома зависимости, вызванного длительным злоупотреблением алкоголя.

У 100% в анамнезе имелась сопутствующая патология: ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь II-III ст., церебральный атеросклероз, дисциркуляторная энцефалопатия III ст., энцефалопатии смешанного генеза, алкогольные полинейропатии; у 25% – последствия перенесенного ОНМК; 12,5% пациентов страдали болезнью Паркинсона. В 75% случаев в анамнезе имелась черепно-мозговая травма.

Частую факторами, приводившими к возникновению психоза, были необоснованный прием препаратов ноотропного ряда со стимулирующим эффектом, такие как пирацетам, винпоцетин, актовегин на амбулаторном этапе, совместно с приемом препаратов снотворного ряда – феназепам, антидепрессантов, таких как amitриптилин, феварин с корвалолом.

В клинической картине психозов галлюцинаторная симптоматика не проявлялась. В 37,5% случаях присутствовала бредовая симптоматика: профессиональный бред, бред преследования, бредовые идеи ущерба.

В 62,5% психотические нарушения протекали на фоне спутанного сознания: дезориентированы в месте, времени, собственной личности.

В 25% отмечались эпизоды психомоторного возбуждения, сопровождавшиеся враждебностью и агрессивным поведением к родственникам.

Учитывая возраст и множество сопутствующих соматических заболеваний у данной группы больных, лечение проводилось с применением препаратов, обладающих наименьшим количеством побочных действий. Чаще всего использовались так называемые поведенческие нейролептики – хлорпротиксен (50%), сонapakс (37,5%), трифтазин (12,5%). Транквилизаторы (феназепам, элзепам, нитразепам) не использовались в период психоза т.к. у лиц старческого часто возможно формирование психомоторного возбуждения. С целью снижения уровня возбуждения применялись нейролептики – галоперидол, аминазин под контролем уровня артериального давления, частоты сердечных сокращений.

В 75% случаев пациенты получали препарат – акатинола мемантин.

Проведенное клиническое исследование позволило сделать следующие **выводы**.

К возникновению психических расстройств в старческом возрасте могут приводить необоснованные назначения антидепрессантов и ноотропных препаратов;

В клинике психических расстройств у лиц старческого возраста с сопутствующим диагнозом синдром зависимости, вызванный употреблением алкоголя, на протяжении длительного периода, с выраженным интеллектуально мнестическим снижением превалирует бредовая симптоматика на фоне нарушения сознания; дезориентация в месте, времени и собственной личности.

В лечении старческих психозов необходимо применять нейролептики, обладающие наименьшим количеством отрицательных побочных действий. Категорически не рекомендуется назначать пациентам старческого возраста препараты из группы нейролептиков – соннапакс (тиоридазин). На фоне длительного приема акатинола мемантина в поддерживающей дозе достигается максимальный эффект основной и сопутствующей терапии. Из препаратов антипсихотического направления предпочтение отдается препаратам хлорпротиксен.

*А.В. Астасенко, Ш.М. Абулханов, И.Н. Матейко,
В.К. Маринов*

РОЛЬ КАРБАМАЗЕПИНА В ПРЕДУПРЕЖДЕНИИ РАЗВИТИЯ АЛКОГОЛЬНОГО ДЕЛИРИЯ

**ГУЗ «Ульяновская областная клиническая наркологическая
больница»**

Следствием осложнения синдрома зависимости от алкоголя является абстинентный синдром, который возникает при снижении уровня алкоголя в крови и тканях организма после прекращения длительного употребления. При тяжелом течении абстинентного синдрома, в течение 12-72 часов воздержания от алкоголя, до 15% пациентов могут испытывать судорожные припадки. У 5-10% пациентов развивается алкогольный делирий. В настоящее время препаратами выбора как для лечения абстинентного синдрома от алкоголя, так и для предотвращения развития его тяжелых форм и осложнений являются бензодиазепины. Альтернативу бензодиазепинам в клинической практике составляют антиконвульсанты, например, карбамазепин. Препарат также обладает ГАМК-эргической активностью. В этой связи представляется актуальным применять данный препарат в качестве средства предупреждения развития делирия.

Методом исследования данной работы стала оценка 124 клинических случаев больных алкоголизмом, находившихся в условиях отделения неотложной наркологической помощи ГУЗ «Ульяновская областная клиническая наркологическая больница»

Результаты и обсуждение: средний возраст пациентов $41,1 \pm 7,5$ года, (диапазон 22–61 год), средний стаж зависимости $10,3 \pm 7,0$ года, (диапазон 1–30 лет), прошли стационарное лечение. Среди испытуемых было 14 женщин (11,3%) и 110 мужчин (88,7%). по МКБ-10 диагностирован

синдром зависимости от алкоголя, средняя стадия (F10.2). Запойная форма пьянства определялась у 100% больных. Сомато-неврологическая патология в той или иной степени присутствовала у всех больных.

В отделении неотложной наркологической помощи всем пациентам назначалась седативная терапия при поступлении в стационар (бензодиазепины), с целью купирования симптоматики абстиненции. Пациенты, в анамнезе которых судорожные приступы на фоне синдрома отмены алкоголя, получали дополнительно карбамазепин. В исследовании принимали участие 2 группы больных. I – поступившие вне острых психотических расстройств и не имевшие в анамнезе судорожные припадки (пациенты, не получавшие антиконвульсанты) – 72 человека. После поступления в стационар алкогольный делирий развился у 1 пациента. II группа – поступившие вне острых психотических расстройств, имевшие в анамнезе судорожные припадки (пациенты получали карбамазепин с момента поступления по 200 мг × 3 раза в сутки) – 52 человека.

После поступления в стационар алкогольный делирий развился у 2 пациентов.

По результатам исследования сделаны выводы, что нет убедительных доказательств эффективности карбамазепина для профилактики абстинентного синдрома с делирием, по сравнению с бензодиазепинами. Бензодиазепины остаются основным средством лечения абстинентного состояния от алкоголя и предупреждения развития осложнений.

А.А. Ахремочкин, А.И. Асадуллина

АНАЛИЗ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПОИСКА В ОТНОШЕНИИ ЛИЦ, СОВЕРШИВШИХ СЕКСУАЛЬНЫЕ ПРЕСТУПЛЕНИЯ ПРОТИВ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЕЙ

**ГКУЗ «Ульяновская областная клиническая
психиатрическая больница имени В.А. Копосова»**

Актуальность. По данным Генеральной прокуратуры Российской Федерации, количество преступлений сексуального характера в отношении детей за последние 10 лет увеличилось на 44% (с 9 524 – в 2010 году до 16 887 – в 2021 году). Часть из них совершается посредством информационной сети «Интернет»: социальные сети, мессенджеры. В сексологии используется такое понятие,

как груминг – деятельность, направленная на установление долговременного эмоционального контакта взрослого с ребенком, с целью завоевания доверия и последующего использования для удовлетворения своих сексуальных потребностей.

Цель исследования – определить частоту выявляемости расстройств сексуального влечения у лиц, совершивших сексуальные преступления против несовершеннолетних с использованием социальных сетей.

Материал и методы: клинико-патологический метод при обследовании подэкспертных, совершивших преступления против половой неприкосновенности детей; изучение материалов уголовного дела.

В период с 2018 г. По 2022 г. в отделении амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы ГКУЗ «УОКПБ им. В.А. Копосова» проведено около 180 комплексных судебно-психиатрических экспертиз с привлечением врача-сексолога. Из них 27 подэкспертных совершили преступления в отношении несовершеннолетних лиц, используя сети «Интернет».

	2018	2019	2020	2021	2022
Общее количество экспертиз с привлечением врача-сексолога	29	28	43	36	44
Количество экспертиз, преступления в которых совершены посредством сети «Интернет»	4	3	4	6	10
Доля преступлений, совершенных посредством сети «Интернет».	14%	11%	9%	17%	23%

Социальные сети позволили лицам, испытывающим сексуальное влечение к детям, возможность виртуального контакта, избавили от нужды знакомства на улице, обеспечили платформу, на которой лица с парафилией могут не спеша, вдумчиво и постепенно сформировать доверие у ребенка, вызвать к себе симпатию.

Вместе с тем, социальные сети дают возможность знакомства и осуществления преступной деятельности сексуального характера одновременно с несколькими детьми. Из приведенной ниже таблицы видно, что зачастую жертвами лиц, сексуальное влечение которых

направлено на детей, становятся сразу несколько человек. Наиболее наглядно иллюстрируют этот факт данные, полученные за 2022 год.

	2018	2019	2020	2021	2022
Общее количество	4	3	4	6	10
1 потерпевший	3	-	4	4	4
2 потерпевших	-	2	-	-	3
3 и более потерпевших	1	1	-	2	3

Результаты. Количество экспертиз с привлечением врача-сексолога в уголовных делах, связанных с преступлениями против половой неприкосновенности несовершеннолетних, увеличивается с каждым годом. Кроме того, повышается количество преступлений, совершенных против детей с помощью различных социальных сетей. Также отмечается нарастание доли интернет-преступлений, в особенности последние 3 года – с 9% до 23%. По данным за 2022 год, в 60% проведенных экспертиз потерпевшими были двое и более детей.

Выводы. Преступления против половой неприкосновенности детей, в том числе осуществленные посредством социальных сетей, актуализируются в проблему современного общества, с каждым годом выявляется тенденция к росту таких правонарушений. Развитие интернет-коммуникаций дает возможность лицам с парафилиями, в особенности педофильной и эфебофильной направленности, совершать преступные деяния в отношении сексуальной сферы детей, а зачастую одновременно нескольких, оставаясь «за ширмой» «фейкового» аккаунта. Задачи, с которыми сталкивается врач-сексолог при проведении экспертиз, требуют всестороннего, индивидуального и дифференциального подхода к их решению.

С.П. Блохина

АНАЛИЗ ХАРАКТЕРИСТИК ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ МОЗГА У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ В ПЕРИОД РЕМИССИИ ПРИПАДКОВ

«Ульяновская областная клиническая психиатрическая больница им. В.А. Копосова»

Актуальность. Анализ когерентных характеристик электрической активности мозга больных с нормальным типом ЭЭГ, который позволит выявить у них значительное снижение функциональной активности корковых зон диффузного характера, у больных с эпилепсией в стадии ремиссии.

Цель исследования – анализ характеристик электрической активности мозга у больных эпилепсией в период ремиссии припадков.

Методы исследования. Проведено ЭЭГ-исследование 1000 больных эпилепсией на стадии ремиссии припадков. Средний возраст 20–50 лет. В соответствии с современными диагностическими критериями эпилепсии и эпилептических припадков, в обследуемую группу вошли пациенты с симптоматической и условно-симптоматической парциальной эпилепсией и идиопатической генерализованной эпилепсией. Диагноз симптоматической эпилепсии был верифицирован анамнестически, с помощью ЭЭГ и эпилептолога. Средняя длительность заболевания до наступления ремиссии в среднем составила 5 лет. Из 1000 обследованных 900 принимали антиконвульсивную терапию, остальным пациентам терапия была завершена. Длительность ремиссии на фоне отсутствия лечения варьировала от 6 мес. до 5 лет. В контрольную группу вошли 50 здоровых испытуемых. ЭЭГ регистрировали с помощью электроэнцефалографа ЭЭГ-1200. Запись осуществляли монополярно, от симметричных лобных F3-4, центральных C3-4, теменных P3-4, затылочных O1-2, передне-височных F 7-8, средне-височных T3-4 и заднее-височных T5 и 6 корковых зон. Референтным электродом служили объединённые ушные электроды.

Результаты и обсуждения. ЭЭГ обследованных больных были различны по основным критериям оценки выраженности и топике ритмов и позволили выделить 3 группы. 1 группа – норма. Этот тип характеризуется доминированием альфа ритма с выраженными зональными различиями.

2 группа – десинхронизированный тип ЭЭГ. Этот тип, преимущественно дизритмичного типа с низкоамплитудной бета- и тета-активностью при нивелировании региональных различий по альфа-индексу.

Отмечалась в различной степени выраженности редукция альфа-ритма, на фоне которой более чётко обозначалась диффузная медленно-волновая активность. 3 группа – гиперсинхронный тип. Этот тип характеризуется усилением ритмики в альфа-диапазоне при нечётко представленных региональных различиях, а также наличием генерализованной залповой активности преимущественно альфа- и тета-ритмов. Запись велась на 32-канальном электроэнцефалографе Nihon Kohden Neurofax EEG 1200 K.

Заключение. Результаты проведенного исследования показали, что при визуальном анализе ЭЭГ нормальный тип выявляется в 40 % случаев у больных, достигших ремиссии припадков. Однако КОГ-анализ обнаружил у этих больных значительное снижение функциональной активности корковых зон диффузного характера. Наибольшее снижение синхронности генерации потенциалов выявлено во фронтальных и переднее-височных корковых зонах, а наименьшее – в теменно-центральных областях, что отражает повышенное влияние подкорковых образований мезодизэнцефального уровня на корковые зоны. В височных корковых областях, проекционных зонах комплекса лимбических образований выявлено нарушение межполушарного баланса с более высоким уровнем активности правой гемисферы. Этот факт, возможно, объясняет часто встречаемые у больных депрессивные расстройства, которые по глубине клинических проявлений соответствуют субдепрессивным расстройствам.

С.Б. Волкова, Д.В. Волков, М.В. Сухорукова, Л.Д. Богданова

ПСИХОТЕРАПИЯ КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ ТАБАКОЗАВИСМОСТИ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая
наркологическая больница»

Актуальность. Курение табака – важная проблема общественного здоровья. Особенно опасные последствия возникают, если курение начинается в подростковом возрасте. Согласно эпидемиологическим исследованиям, проведённым в России, установлено, что средний

возраст начала курения 11–13 лет. В стране, по минимальным подсчетам, курит каждый четвертый подросток, а каждый десятый к 15 годам уже имеет серьезную табачную зависимость. Профилактика табакокурения среди подростков направлена на сохранение здоровья, поэтому имеет первостепенное значение. Чтобы профилактика табакокурения среди подростков была полной, она проводится в двух направлениях. Первичная профилактика табакокурения направлена на предотвращение начала курения. Вторичная профилактика табакокурения направлена на прекращение курения у тех подростков, которые уже курят. Для усиления мер вторичной профилактики нужно выявить индивидуальные особенности курения каждого конкретного подростка. При психотерапевтическом подходе выявляются мишени психотерапевтического воздействия, и только после этого дальнейшая профилактическая работа становится эффективной. Отсюда с очевидностью вытекает ведущая роль методов психотерапевтического воздействия.

Цель исследования – установить влияние мотивационного интервьюирования, когнитивно-поведенческой психотерапии, психотерапевтического сопровождения у подростков, употребляющих табачную продукцию.

Материалы и методы. Оценка степени никотиновой зависимости выявлялась с помощью теста Фагерстрема. Оценка мотивации к курению. Определение метаболита никотина (котинина) в моче с помощью тест-полосок.

Проводилось мотивационное интервьюирование, в которое было включено: мотивация пациентов на адекватный по длительности курс психотерапии (как правило, не менее 3 месяцев), снижение страха перед синдромом отмены никотина, помощь курящему подростку в правильном распределении усилий и поддержании мотивации к изменениям. Мотивационное интервьюирование создает предпосылки к активному участию пациента в лечебном процессе. Проведение когнитивно-поведенческой терапии способствует выявлению неосознанных причин употребления табака, позволяет изменить убеждения и поведение. Обследование проходило в ГУЗ УОКНБ. В исследование включали подростков мужского пола (17 человек) и женского пола (11 человек) в возрасте от 13 до 18 лет, имеющих диагноз «употребление табака». Сравнивались результаты основной группы пациентов, с которыми проводилась комплексная психотерапевтическая работа, с контрольной группой. Обследованы 28 пациентов. Основная группа – 14 несовершеннолетних (возраст $15,4 \pm 1,2$ года) и группа контроля – 14 человек (возраст $16,8 \pm 1,5$ года), которые были сопоставимы по возрасту и полу. Общее время наблюдения пациентов

составило около 8 месяцев. В основной группе психотерапевтические занятия проводились ежемесячно. В индивидуальном порядке проводилось мотивационное консультирование, психообразовательные беседы, когнитивно-поведенческая психотерапия, помощь в овладении достаточно простыми техниками: переключение внимания и деятельности, отсрочка, выход из опасной ситуации. Пациенты обучались самонаблюдению для того, чтобы самостоятельно оценивать изменение своего состояния (лучше – осознавать влечение к курению). Группа контроля получала эпизодическое мотивационное психотерапевтическое сопровождение. Результаты исследования по тесту Фагерстрема в начале исследования выявлена очень слабая никотиновая зависимость в обеих группах. Основная группа: 90% 0-1 балл, 10% 0-2 балла. Контрольная группа: 100% 0-2 балла. Оценка мотивации к курению: среди преобладающих мотивов у лиц молодого возраста отмечались.

1. Манифестация собственной независимости и осознанного выбора риска – 25%.
2. Возможность манипулировать сигаретой в среде сверстников 18%.
3. Поддержку при нервном напряжении и получаемый расслабляющий эффект 47%.

В процессе психотерапии наблюдали достоверную положительную динамику в виде уменьшения потребления никотина, снижения нервного напряжения, осознания причин эмоциональной лабильности и умения её контролировать. По завершению периода наблюдения по тесту Фагерстрема выявлены: основная группа: 100% – 0 баллов, контрольная группа 100% 0-2 балла. В основной группе 85,7% подростков прекратили употребление никотина, 14,3% – значительно сократили потребление никотина (единичные эпизоды), что подтверждено результатами определения метаболита котинина в моче. На этом фоне в контрольной группе пациентов произошла незначительная положительная динамика: 21,4% - уменьшение числа выкуриваемых сигарет, 78,6% – без изменений.

Выводы. Как показали результаты проведенного исследования, индивидуальный психотерапевтический подход, направленный непосредственно на выявление мотивации к курению и способствующий разрешению причин, существенно увеличивают возможность прекратить употребление табака.

М.М. Еремеев, В.В. Акимов

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ЗУКЛОПЕНТИКСОЛ ДЕПО В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА-ПСИХИАТРА

ГКУЗ «Ульяновская областная клиническая психиатрическая
больница имени В.А. Копосова»

Актуальность. Использование антипсихотиков пролонгированной форме является важнейшим фактором достижения терапевтической ремиссии у пациентов, страдающих психическими расстройствами.

Цель – оценка эффективности и переносимости терапии инъекционной формы препарата Зуклопентиксол депо в амбулаторной практике участкового врача психиатра.

Материалы и методы. В исследование были включены 10 пациентов. Возраст составил от 35 до 67 лет, мужчины – 5 человек, женщины – 5 человек. Длительность заболевания составляла от 3 до 17 лет. 9 человек имели группу инвалидности по психическому заболеванию (4 человека – третью группу, 6 человек – вторую группу). Все пациенты страдали параноидной формой шизофрении, диагноз устанавливался в соответствии с критериями МКБ-10. В клинической картине заболевания у четырех пациентов ранее выявлялись псевдогаллюцинации (слышали «голоса» императивного либо комментирующего характера). У шести пациентов диагностировались бредовые идеи различного содержания. У одного пациента на фоне психотической симптоматики появлялись суицидальные намерения. У всех пациентов выявлялись нарушения мышления, а также характерные изменения личности по эндогенному типу. До назначения Зуклопентиксола депо пациенты получали регулярную поддерживающую терапию. Шесть человек получали препарат в таблетированной форме, четыре – в инъекционной депонированной. Перевод на лечение Зуклопентиксомом депо был обусловлен тем, что в определенный период препарат оставался единственной доступной депонированной формой нейролептиков в амбулаторной практике (отсутствовали препараты Галоперидол деканоат и Флуфеназин депо в аптечной сети), высокой терапевтической эффективностью Зуклопентиксола депо сочетающейся с безопасностью его применения и минимальной выраженностью побочных эффектов. Препарат Зуклопентиксол депо применялся у одного пациента в течение 3-х лет, у остальных девяти пациентов – в течение года. Средняя дозировка

составляла 200 мг (одна инъекция в месяц). Увеличение дозировки не требовалось. Проводился клинический анализ симптоматики, контроль за возможными побочными явлениями. Учитывались факты госпитализации на фоне проводимого лечения.

Результаты. В процессе лечения Зуклопентиксолом депо не было ни одного случая отказа от терапии. В ходе лечения отмечалась положительная динамика: постепенная редукция и дезактуализация бредовой симптоматики. Галлюцинаторные переживания проявлялись значительно реже и не определяли поведения пациента. Отсутствовали побочные явления в виде экстрапирамидных симптомов и эндокринных нарушений. Не возникало показаний для госпитализаций в психиатрический стационар.

Выводы.

1. Препарат Зуклопентиксол депо показал свою эффективность для поддерживающей терапии, как при замене в лечении с других пролонгированных препаратов, так и лиц, ранее их не получавших.
2. Применение препарата способствовало приверженности к лечению и, как результат, отсутствию эксацербации симптоматики и госпитализации в стационар.
3. В связи с недостаточной контрольной группой затруднительно предположить, одинаково ли эффективен препарат, независимо от гендерной принадлежности, возраста и длительности заболевания.

В.А. Кормишин, М.В. Белянкин

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ОТРАВЛЕНИЯ СУРРОГАТАМИ АЛКОГОЛЯ

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая
наркологическая больница»

Актуальность рассматриваемой проблемы. В настоящее время распространены отравления летучими токсикантами и суррогатами алкоголя.

Цель – систематизация отравлений летучими токсикантами среди наркологических пациентов.

Метод исследования – обзор статистических данных.

Нами был проанализирован период поступления больных за 2022 год. Поступило 7656 пациентов, из них с суррогатами алкоголя – 393.

Токсикант	Количество случаев
Метанол	«2» до 50 мг/л + этанол
Изопропанол	«0»
Пропанол	«0»
Бутиловые спирты	«0»
Амиловые спирты	«0»
Толуол и другие ароматические У.В. (бензол, ксилолы)	«2»
Алканы (метан, пропан, бутан, гексан, гептан)	«0»
Ацетон	«290» до 100 мг/л; «70» от 100 до 200 мг/л
Ацетон+изопропанол	«17» ацетон от 100 до 200 мг/л; изопропанол до 50 мг/л «9» ацетон выше 200 мг/л; изопропанол 50-150 мг/л «3» ацетон 200-500 мг/л; изопропанол от 200-700 мг/л

Основная масса – это ацетон, что требует анализа в данной ситуации.

К основным токсикантам, которые могут быть определены методом газовой хроматографии без предварительной изоляции это спирты (метиловый, этиловый, пропиловые, бутиловые, амиловые), ацетон, углеводороды (бензол, ксилол, толуол, гексан, гептан, бутан, пропан, этан, метан). Представители газов – метан, этан, пропан, бутан – могут быть употреблены методом «сниффинга» вдыхания газа от зажигалок и аэрозолей. За вышеуказанный период биоматериал пациентов с данным видом токсикомании в лабораторию не поступал, возможно, по причине быстрого выведения из организма. Бензол, толуол, ксилол (ароматические углеводороды) и пентан, гексан, гептан (алифатические углеводороды) в основном используются при токсикомании летучими растворителями. Так, например: «растворитель 646» содержит в своем составе толуол, ацетон, бутилацетат, бутиловый и этиловый спирты. «Уайт спирт» содержит 16% смеси толуола и ксилолов и 80% смеси гексана, гептана, пентана, октана. Данный вид токсикомании

достаточно деструктивен и скоротечен, поэтому количество пациентов с данным недугом варьируется около одного-двух в год. Отравления метанолом достаточно редки в силу того, что законодательно он запрещен в доступных смесях. Отравления амиловыми и бутиловыми спиртами крайне редки. В сивушном масле амиловых спиртов больше всего, но их меньшая летучесть и способность к хроматографированию затрудняет их определение в токсических концентрациях, иными словами, определяются они только при летальном отравлении. Изопропанол содержится в меньшем количестве в сивушных маслах, но в силу большей способности хроматографироваться определяется лучше.

Ацетон содержится в лако-красочных продуктах (случаи токсикомании достаточно редки), может входить в состав недоброкачественной алкогольной продукции, что за последние 20 лет встречается крайне редко, также быть маркером употребления изопропанола и образовываться биохимическим путем.

Основная масса «суррогатов» приходится на ацетон. Причем под экзогенное отравление можно подвести только комбинацию ацетона и изопропанола и токсическую концентрацию обоих веществ.

Вывод – анализ данных показал, что из общего числа положительных проб на «суррогаты» объективно положительные 12 из 393, то есть 3%, или 0,16% от общего количества проб 7656.

В.В. Крупченко, О.Ю. Мартынова, О.В. Гаврилина

**КОМБИНАЦИЯ ПРЕПАРАТА
«КАРИПРАЗИН» С «ТРАДИЦИОННЫМИ»
НЕЙРОЛЕПТИКАМИ С ЦЕЛЬЮ ВОЗДЕЙСТВИЯ
НА ДЕФИЦИТАРНУЮ СИМПТОМАТИКУ.
ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ**

**ГКУЗ «Ульяновская областная клиническая
психиатрическая больница имени В.А. Копосова»**

Клинический случай. Пациент С., 36 лет, обратился в августе 2022 г. с жалобами на выраженную апатию, нежелание чем-либо заниматься, отсутствие сил и энергии, увеличение массы тела. Из анамнеза известно следующее. Период раннего развития протекал без особенностей. В школу пошел своевременно, учился хорошо. С 13-летнего возраста проживал за границей. Окончив 10 классов,

поступил в университет, но проучившись 2 курса, обучение бросил. С 25-летнего возраста злоупотреблял марихуаной. В октябре 2017 г. впервые появились странности в поведении: стал беспокойным, бегал по улице раздетым, говорил нелепости, был многоречив. Был задержан полицией и доставлен в больницу, где после инъекции быстро успокоился. В последующем по назначению психиатра принимал непродолжительное время оланзапин. Родными был доставлен в г. Ульяновск, где состояние изменилось вновь – перестал спать ночами, был многоречив, суетлив, заявлял о своей гениальности, в связи с чем с 14.11.2017 по 22.12.2017 находился на лечении в психиатрическом стационаре с диагнозом: «острое полиморфное психотическое расстройство без симптомов шизофрении». После выписки некоторое время принимал поддерживающую терапию: левомепромазин 75 мг/сут, рисперидон 4 мг/сут. Но летом 2018 г. вновь уехал за границу, где вскоре прекратил поддерживающее лечение, в связи с чем психическое состояние ухудшилось: был возбужден, бегал голым по улице, был вновь задержан полицией и госпитализирован в психиатрическое отделение. В ноябре 2018 г. вернулся в г. Ульяновск, однако поддерживающую терапию не принимал, отмечал нарушение сна, колебания настроения, высказывал бредовые идеи по отношению к окружающим, в связи с чем с 18.02.2019 по 24.05.2019 вновь проходил стационарное лечение в психиатрической больнице. Выписан с диагнозом «шизофрения, параноидная форма, непрерывно-прогредиентное течение», была установлена 2 группа инвалидности, рекомендована поддерживающая терапия.

В 2021 г. отмечалось очередное обострение, в связи с чем находился на лечении в психиатрическом стационаре с 02.03.2021 по 28.04.2021. После выписки регулярно принимал поддерживающую терапию (карбамазепин 600 мг/сут, рисперидон 4 мг/сут, левомепромазин 100 мг/сут, флуфеназин 25 мг/мес. в/м). Отмечались нарастающая апатия, бездеятельность, безынициативность, практически перестал выходить из дома, большую часть времени проводил в постели, при этом сильно прибавил в весе, развилась артериальная гипертензия, лабораторно отмечались гипергликемия, дислипидемия. В связи с прогрессированием дефицитарных расстройств, а также в связи с ухудшением соматического состояния и лабораторных показателей в августе 2022 г. были снижены дозировки лекарственных препаратов, к лечению добавлены карипразин до 3 мг/сут, метформин, статины, антигипертензивные средства. Однако в сентябре 2022 г. психическое состояние начало ухудшаться – стал беспокойным, суетливым, многоречивым не по существу, перестал спать ночами, отказывался от приема пищи,

высказывал нелепые бредовые идеи, в итоге ночью ушел из дома, раздетым пришел в женское общежитие к незнакомой девушке, где вел себя нелепо. Был задержан полицией и в связи с неадекватным поведением бригадой скорой помощи доставлен в психиатрический стационар. Госпитализирован 21.09.2022. В отделении был возбужден, многоречив, говорил нелепости, высказывая бредовые идеи величия, гениальности, своей связи с космосом, много резонировал о необходимости употребления марихуаны. По мере выхода из психоза вновь стал отмечать сильную апатию, нарастающую в течение 4-х последних лет, в связи с чем к лечению снова добавлен карипразин в дозе 3 мг/с. На фоне проведенной терапии нейролептиками, транквилизаторами, нормотимиками состояние значительно улучшилось – стал спокойным, поведение приобрело упорядоченный характер, психотическая симптоматика купирована, бредовые идеи дезактуализировались, обманы восприятия не выявлялись, настроение выровнялось, а также редуцировалась апатия. Выписан в удовлетворительном состоянии 07.12.2022. После выписки продолжает регулярно принимать поддерживающую терапию: карипразин 3 мг/сут, левомепромазин 100 мг/сут, вальпроевая кислота 1500 мг/сут, флуфеназин 50 мг/3 недели в/м. При этом сам пациент отмечает значительное улучшение психического состояния: оставаясь спокойным в поведении, стал энергичнее и начал снова проявлять интерес к общению с окружающими, вновь начал заниматься творчеством, появились реальные планы на будущее. Также улучшилось соматическое состояние – уменьшилась масса тела, нормализовались углеводный и липидный обмен, стабилизировалось артериальное давление.

Вывод. Учитывая заметное уменьшение выраженности дефицитарной симптоматики и метаболических нарушений у данного пациента, можно сделать вывод об эффективности комбинации атипичного нейролептика карипразин с «традиционными» нейролептиками в терапии проявлений дефицитарных расстройств, а также метаболических нарушений. Данная схема лечения может быть эффективна в случаях сочетания выраженных продуктивных и дефицитарных проявлений шизофрении, когда монотерапии карипразином может быть недостаточно для купирования тяжелого психоза, а применение только «традиционных» нейролептиков не позволяет эффективно воздействовать на дефицитарные проявления.

*О.М. Некрасова, Э.А. Шайхалова, Е.В. Кельса,
А.В. Красавина*

ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая
наркологическая больница»

Актуальность. Одной из важных проблем современной наркологии является широкое вовлечение в алкоголизацию женщин. Предупреждение развития и преодоление тяжелых последствий женского алкоголизма как неадекватной поведенческой модели, повышение психологической ценности здоровья отдельных индивидов и общества в целом.

Целью исследования является изучение уровня и структуры изменений личности в клинически однородной группе женщин со средней (второй) стадией зависимости от алкоголя для оптимального подбора психотерапевтического воздействия, как группового, так и индивидуального.

Объектом исследования выступает личность женщин, больных алкоголизмом, на примере пациенток ГУЗ «Ульяновская областная клиническая наркологическая больница» (наркологическое отделение №2, закрытого типа) г. Ульяновска.

Предмет исследования – уровни и структура изменений личности женщин со сформировавшейся зависимостью от алкоголя.

Методы исследования. Нами применялся комплекс методов, включающий в себя: биографический и клинико-анамнестический методы; наблюдение, беседу, опрос, анализ литературы, математико-статистический метод, диагностические тесты.

В исследовании приняли участие 40 женщин в возрасте от 20 до 50 лет, больных алкоголизмом в разной степени, проходящих лечение на базе ГУЗ Ульяновская областная клиническая наркологическая больница (наркологическое отделение №2, закрытого типа) г. Ульяновска.

На основании проведенного эмпирического исследования были получены следующие результаты.

1. У женщин, больных алкоголизмом, отмечается большая выраженность личностных нарушений и более низкий уровень социально-психологической адаптации. Основой этого является противоречие между требованиями, которые

- общество предъявляет к личности женщин, и поведением, которое они демонстрируют.
2. Отягощенная наследственность наркологическим заболеваниями одного родителя отмечается у 30% пациенток, со стороны обоих родителей – у 20%, отсутствие отягощенности – у 50%. Наличие официального трудоустройства у опрошенных составляет 40%, наличие семьи – 60%, имеют свое жилье в собственности 80% пациенток, сохранность социально полезных связей отмечается у 40%.
 3. У большинства женщин, больных алкоголизмом, нарушено оптимальное соотношение маскулинных и фемининных качеств в структуре личности. Первый из них – маскулинизация и огрубление личности (25% больных), второй – гиперфеминизация личности (28%). Наряду с ними, существует группа женщин, больных алкоголизмом (47%), свободных от жесткой половой типизации поведения.
 4. Женщины, больные алкоголизмом, имеют предельно низкую самооценку и напряженный конфликт между реальным и идеальным представлением о себе в ее структуре. Наиболее выраженное повышение самооценки было отмечено у фемининных женщин, наименее – у маскулинных.
 5. Для женщин, подверженных зависимости от алкоголя, наиболее характерны гипертимный и демонстративный типы акцентуаций.

Выводы. На основании полученных результатов и с учетом выявленных уровней повреждения личности определены специальные задачи групповой и индивидуальной психотерапии женщин, больных алкоголизмом, которая позволяет повысить эффективность и добиться положительных результатов (полное воздержание от употребления алкоголя не менее 1 года и нормализация социального функционирования, психологического и эмоционального состояния).

А.С. Пашаева, М.В. Белянкин, Д.В. Волков, О.В. Ширшов

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГЕПАТОПРОТЕКТОРНОЙ ТЕРАПИИ У НАРКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ №1

**ГУЗ «Ульяновская областная клиническая
наркологическая больница»**

Актуальность. Проблема распространенности злоупотребления алкоголем и алкоголизма чрезвычайно актуальна для Российской Федерации и является не только медико-социальной, но и государственной. Использование алкоголя является ведущим фактором риска развития болезней во всем мире, с алкоголь-ассоциированными заболеваниями ассоциируется почти 10% смертей в мире среди населения в возрасте 15–49 лет. Согласно статистическим исследованиям, каждый второй россиянин старше 18 лет имеет проблемы с употреблением алкоголя и высокий риск развития алкогольных висцеропатий. Официальная заболеваемость алкоголизмом в 2017 году в России составила 1304,6 тыс. человек (Росстат). В связи с этим все более заметен рост частоты гастроэнтерологических заболеваний, среди которых особое место занимает алкогольная болезнь печени (АБП).

Актуальность проблемы заключается в высокой распространенности АБП и некоторых особенностях болезни, нередко затрудняющих работу врача в связи с минимальным количеством клинических симптомов или с их отсутствием. АБП развивается у 60–100% лиц, злоупотребляющих алкоголем и практически у каждого больного, страдающего алкоголизмом. В целом риск заболеваний печени возрастает с увеличением количества и длительностью употребления алкоголя.

Цель исследования – оценить частоту необходимости ввода гепатопротекторных препаратов и их эффективность у наркологических больных.

Методы исследования. Использованы статистические данные организационно-методического отдела ГУЗ УОКНБ и сравнение полученных результатов с положениями доступности и качества медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология», анализ медицинской карты стационарного больного.

Результаты. В исследование было включено 2470 пациентов – мужчин, из них 520 с установленным диагнозом «алкогольная

болезнь печени», остальные были включены в контрольную группу. Средний возраст составил 30–55 лет. Исследование проводилось на базе наркологического отделения №1 Ульяновской областной клинической наркологической больницы.

Пациентам с диагнозом «алкогольная болезнь печени» назначалась гепатопротекторная терапия на первый день пребывания в стационаре.

У пациентов основной группы уже через 2 недели лечения отмечалось достоверно более значимое снижение активности АлАТ, чем в группе контроля. Достоверные различия между группами сохранялись до конца терапии. Статистически значимое снижение среднего значения активности АсАТ наблюдалось через 2 недели терапии только в группе пациентов, получавших гепатопротекторную терапию. Введение гепатопротекторных препаратов приводило к положительной динамике показателей.

В результате наличия в штате наркологического отделения врача-терапевта были своевременно выявлены пациенты с АБП, не допущено возникновения длительного гепатотоксичного состояния. Значительно снизилось количество осложнений в процессе лечения.

Выводы. Использование гепатопротекторных препаратов в дополнение к полному отказу от алкоголя обеспечивает более значимое и быстрое снижение активности АлАТ и АсАТ, а также увеличивает частоту случаев положительной динамики показателей.

*Ю.А. Ревенкова, А.А. Вырин, Л.В. Кузнеченкова,
Н.Н. Боброва*

ОТНОШЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ И СОПУТСТВУЮЩИМ ДИАГНОЗОМ ТУБЕРКУЛЕЗ ЛЕГКИХ К ГИПЕРГИДРОЗУ, КАК ПОБОЧНОМУ ДЕЙСТВИЮ НЕЙРОЛЕПТИКОВ И ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ

**Ульяновская областная клиническая
психиатрическая больница им. В.А. Копосова»**

Актуальность. Отсутствие приверженности к приему поддерживающей терапии нейролептиками является основным фактором, препятствующим становлению качественной ремиссии у пациентов с психическими расстройствами. Среди биологических факторов этого нежелания – побочные эффекты нейролептической терапии. Повышение потливости часто присутствует в спектре сомато-вегетативных побочных эффектов нейролептиков.

Цель исследования – проанализировать отношение пациенток с различными психическими расстройствами и сопутствующим заболеванием «туберкулез легких», к гипергидрозу как побочному эффекту получаемой ими антипсихотической терапии в сочетании с противотуберкулезной химиотерапией (ПХТ).

Материалы и методы. Исследования проведены на материалах наблюдений 22 пациенток, страдающих различными психическими расстройствами и сопутствующим заболеванием туберкулез легких. Длительность заболевания от 3 лет до 20 лет. Данные пациентки получали оланзапин в дозах от 10 до 15 мг в сутки, рисперидон в дозах от 1 до 4 мг в сутки, хлорпромазин от 25 до 100 мг в сутки, галоперидол от 3 до 15 мг в сутки, либо их сочетание. С целью профилактики экстрапирамидных расстройств применялся тригексифенидил в дозах от 2 до 6 мг в сутки. Для лечения сопутствующего туберкулеза применялись: изониазид от 300 до 600 мг в сутки, пиперазинид от 750 мг до 1,5 г в сутки, протионамид от 750 мг до 1,5 г в сутки, этамбутол от 600 мг до 1200 мг в сутки.

Основными методами исследования были клинический, психопатологический с использованием клинического наблюдения, анализа анамнестических сведений и опроса женщин. В субъективных оценках

пациентов своего состояния использовался подход констатирующего характера, отвечавший задачам исследования. Использованная в работе модификация предполагала трёхбалльное ранжирование изучаемых признаков. 1 балл – незначительная, 2 – умеренная, 3 – высокая выраженность.

Результаты и обсуждение. Потливость является одним из сомато-вегетативных побочных явлений лечения антипсихотическими препаратами (могут быть такие побочные действия, как повышенное потоотделение и нестабильность артериального давления (АД)...). Для проверки этой гипотезы мы сделали выборку из 22-ти пациенток, от 27 до 65 лет, у которых имелся гипергидроз, возникший во время лечения антипсихотическими препаратами. Наибольшая интенсивность симптома отмечалась у более молодых женщин и у тех, кто страдал психическим расстройством не более 5 лет. Ни одна из пациенток не связывала гипергидроз с назначенной противотуберкулезной химиотерапией, так как потливость появилась у них до начала лечения заболевания легких. Гипергидроз выражался от интенсивного потоотделения до легкой увлажненности кожи. Интенсивная потливость наблюдалась в комплексе с психоэмоциональными, физическими нагрузками. У некоторых пациенток повышенный гипергидроз отмечался в связи с менопаузой, во время дистонических реакций. В отличие от других проявлений побочных эффектов антипсихотиков, появление гипергидроза не все пациентки связывали с лечением. Четверо из них (18,2%), не связывали данное нарушение с лечением и предполагали наличие соматического заболевания, в частности, туберкулеза легких. Данные пациентки были исключены из исследования. Таким образом, в опросе участвовали 18 пациенток. Результаты сравнения различий оценок гипергидроза, возникшего вследствие антипсихотической терапии, пациентками и врачами приведены в таблице №1.

Таблица №1. Сравнение оценок выраженности гипергидроза пациентками и врачами.

Оценка выраженности гипергидроза	1 балл	2 балла	3 балла	Средняя выраженность
Оценка врачами	8	8	2	1,67±0,17
Оценка больными	6	13	3	1,86±0,14
				P<0,1

Из таблицы №1 видно, что, хотя оценка выраженности гипергидроза пациентками была выше, чем оценка врачами, различия были статистически недостоверными. При интервьюировании пациенток было установлено, что гипергидроз в меньшей степени ассоциировался с психическим заболеванием и его лечением, а следовательно, и с опасениями стигматизации. В беседах с женщинами мы убедились, что повышение потливости не было для них сильным стрессовым фактором. Все они знали, что данный симптом бывает при различных респираторных заболеваниях и повышенной физической нагрузке.

Вывод. При оценке выраженности гипергидроза на фоне приема антипсихотических препаратов лицами с психическими расстройствами и врачами обнаруживается переоценка первыми данного симптома. Предположение об отсутствии социально стигматизирующих составляющих гипергидроза в оценках пациентками подтвердилось, как и общий принцип биопсихосоциальной структуры оценок симптомов больными.

М.М. Шевалдов, В.В. Акимов, О.В. Гаврилина

РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ ВРАЧАМИ- ПСИХИАТРАМИ ГРАЖДАНСКИХ ЛИЦ, ПРИБЫВШИХ ИЗ ЗОНЫ СВО В ПУНКТАХ ВРЕМЕННОГО РАЗМЕЩЕНИЯ ГРАЖДАН НА ТЕРРИТОРИИ УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ

**«Ульяновская областная клиническая
психиатрическая больница им. В.А. Копосова»**

Актуальность. В связи с проведением специальной военной операции на территории Украины (СВО), с февраля по март 2022 года на территорию Российской Федерации были эвакуированы гражданские лица (вынужденные переселенцы). Через пункты временного размещения (ПВР) Ульяновской области прошло 1160 человек. Согласно распоряжению Правительства Ульяновской области и Министерства здравоохранения Ульяновской области, всем гражданам этой категории оказывалась профилактическая, первичная и специализированная медицинская помощь. В рамках этого распоряжения также оказывалась помощь врачами-психиатрами, совместно с клиническими психологами ГКУЗ УОКПБ им. В.А. Копосова.

Цель исследования – провести статистический анализ и определить закономерности среди выявленных психических нозологий.

Материал и методы: клинико-диагностический метод, анкетирование, клиническая беседа. Обследовались гражданские лица прибывшие из зоны проведения СВО (вынужденные переселенцы).

Результаты: в пунктах временного размещения врачами-психиатрами ГКУЗ УОКПБ им. В.А. Копосова были осмотрены (добровольно и в соответствии с Законом о психиатрической помощи) 412 человек, из них 243 взрослых и 169 детей до 18 лет.

Диагноз при первичном обращении выставлен 30 взрослым и 11 детям. (12,3% и 6,5% соответственно)

Нозологическая структура	Шифры по МКБ-10	Число человек
Непсихотические р-ва эмоций и настроения	F30, F41-F45, F80-F88, F98	22
Эндогенные р-ва	F20-F23	3
Слабоумие	F70-72, F02	6
Органические р-ва	F06.6-F06.8, F07	10

Все пациенты были взяты под наблюдение участковыми врачами-психиатрами по месту временного проживания. Им была оказана амбулаторная помощь, а также проведено лечение в психиатрическом стационаре 9 человек, для которых оно оказалось повторным по анамнезу.

Кроме осмотра врачами-психиатрами, с 25.02.2022 года медицинские психологи ГКУЗ «УОКПБ им. В.А. Копосова» перешли в режим оказания психологической помощи по запросу, который мог быть инициирован как самими вынужденными переселенцами, проживающими в ПВР, так и специалистами, оказывающими им помощь различного характера.

Психологическая помощь была оказана всего 70 гражданам, в том числе 16 детям. Основными жалобами являлись: тревога, нарушение сна, пониженное настроение, неустойчивые эмоции. В связи с чем, клиническими психологами была проведена психотерапевтическая работа.

Выводы.

1. Большую часть выявленных психических заболеваний составляют непсихотические расстройства: тревожные, тревожно-депрессивные, астенические и адаптационные расстройства, характерные для острой фазы стресса.

2. Выявленные хронические психические заболевания представляют собой умственную отсталость, той или иной степени, а также эндогенные расстройства – во всех случаях они являются повторно подтверждёнными. Госпитализации связаны с обострениями хронических психических расстройств, вызванными отчасти внешними стрессогенными факторами. Приспособительные, адаптационные механизмы сильнее выражены у детей, чем у взрослых, что проявляется в процентном соотношении выявленных диагнозов и состояний в своих возрастных группах, а также заключениями, вынесенными при работе с клиническими психологами.

И.А. Сабитов, С.В. Губкина, М.И. Сабитов, М.В. Белянкин

ОЦЕНКА КОМОРБИДНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ПЕРИОД АДОЛИСЦЕНЦИИ

**ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»
ГУЗ «Ульяновская областная клиническая
наркологическая больница»**

Проблема психических расстройств, ассоциированных с аддиктивным поведением, в подростковом возрасте является одной из обсуждаемых в профессиональных сообществах психиатров и клинических психологов (Менделевич В.Д. с соавт., 2014). Они в современной научной литературе стали называться «психическими расстройствами периода адолесценции». Пандемическое распространение аддиктивных и коморбидных психических расстройств, наблюдаемое в последние годы, связано с массовой психотравматизацией молодежи в связи с изменением привычных жизненных стереотипов, пандемией COVID-19 и других общеизвестных факторов. Решение данной проблемы требует применения биопсихосоциального подхода (Незнанов Н.Г. с соавт., 2021) с широким доказательным применением методов психотерапии и психофармакологической коррекции.

В большинстве случаев в основе формирования аддиктивного расстройства лежат аддиктивное поведение, под которым понимают «разновидность девиантного поведения, характеризующегося ... чрезмерной и длительной фиксацией внимания на определенных видах деятельности или предметах (фетишах), становящихся сверхценными,

снижением или нарушением способности контролировать вовлеченность в какую-либо деятельность, а также невозможностью быть самостоятельным и свободным в выборе поведения» (Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В., 1996). Аддиктивное поведение является, по сути, универсальной основой формирования психических расстройств и аддикций различного спектра, при этом чрезвычайно часто наблюдается как сочетание, так и трансформация психических расстройств в аддикции и наоборот. Это обуславливает необходимость ранней диагностики, лечения и профилактики аддиктивного поведения, что приобретает особую актуальность в молодежной образовательной среде.

В данном исследовании приняли участие 245 человек в возрасте от 14 до 18 лет. Из них женщин – 39,29%, мужчин – 60,71%. Контрольную группу составили 217 человек. Выявленная в ходе исследования группа потребителей ПАВ составила 28 человек, из них 11 человек женского пола и 17 человек – мужского. Наряду со злоупотреблением психоактивных веществ, в данной группе достоверно наблюдались жалобы тревожного и депрессивного характера, у 14 человек отмечались проявления соматоформного психического расстройства, 12 из них состояли на «Д» учете у невролога, 3 – у психиатра, 5 – у психиатра-нарколога. В исследовании наряду с клинико-анамнестическим и психопатологическим методами применялся метод структурированного интервью с использованием модифицированного опросника Г.В. Лозовой (2007). Статистическая обработка данных проводилась с помощью компьютерной версии «Statistica v.8.0». У лиц, употребляющих наркотические вещества, склонность к химической аддикции была достоверно выше, чем в контрольной группе ($8,81 \pm 3,89$ и $6,55 \pm 2,63$ соответственно). Табачная зависимость составила $11,71 \pm 5,6$ баллов, алкогольная – $10,57 \pm 5,26$ и наркотическая – $10,36 \pm 4,52$ баллов. У лиц, употребляющих наркотические вещества, поведенческие аддикции наблюдались в меньшей степени по сравнению с контрольной группой, но несмотря на это, любовная зависимость составила ($17,6 \pm 4,16$), зависимость от здорового образа жизни ($15,96 \pm 4,27$) и телевизионная зависимость ($12,79 \pm 5,22$) демонстрировались чаще. У лиц, употребляющих наркотические вещества, пищевые аддикции наблюдались в большей степени ($13,71 \pm 3,97$) по сравнению с контрольной группой ($12,96 \pm 4,04$). У лиц женского пола, употребляющих наркотические вещества, химическая аддикция (табачная ($13,73 \pm 7,00$), алкогольная ($12,27 \pm 3,82$) и наркотическая ($10,82 \pm 4,94$)) достоверно более выражена, чем у лиц мужского пола ($10,18 \pm 3,79$ и $8,82 \pm 6,54$ соответственно).

У лиц женского пола, употребляющих наркотические вещества, преобладали любовная ($19,45 \pm 4,61$), телевизионная ($13,55 \pm 6,06$) и компьютерная зависимости ($11,82 \pm 4,96$). У лиц мужского пола, употребляющих наркотические вещества, более выражена зависимость от здорового образа жизни ($16,45 \pm 3,67$) и сексуальная зависимость ($11,09 \pm 4,34$) в сравнении с контрольной группой. У подростков, принимающих наркотические вещества, индекс пищевой зависимости значительно выражен, особенно у лиц женского пола ($16,55 \pm 2,94$).

Результаты проведенного исследования позволяют сделать следующие выводы.

1. В нашей выборке «проблемное потребление ПАВ» сочеталось с психическими расстройствами невротического круга, при этом большая часть респондентов наблюдалась хотя бы один раз у «профильных» специалистов.
2. Многообразные проявления химических и нехимических зависимостей маскировали и облегчали течения психических расстройств невротического круга и служили своеобразной «маской» нарастающей невротизации.
3. Отсутствие специализированной доступной психолого-психиатрической помощи в большинстве случаев усиливало проявления аддиктивного поведения, психоактивные вещества часто употреблялись подростками как «доступное лекарство».
4. Представляется целесообразным дальнейшее изучение феноменологии коморбидных психических и аддиктивных расстройств в период адолесценции с выработкой научно-обоснованных подходов к лечению и реабилитации.

Э.И. Майер, И.А. Сабитов, С.В. Губкина, М.И. Сабитов

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ПОСТИНСУЛЬТНЫХ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

**ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»,
ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»**

Депрессивные расстройства при инсульте признаются наиболее частым психическим осложнением, значительно замедляют восстановление утраченных неврологических функций (Parikh R., 1990) и увеличивают смертность больных в течение последующих лет (Astrom M., 1993; Lewis S., 2001). Факторами риска являются генетическая

предрасположенность, ранее перенесенный инсульт, локализация очагов в лобных отделах левого полушария головного мозга и субкортикальных отделах правого полушария (Дамулин И.В., 2020; Paolucci S. et al., 2003), высокий уровень образования, женский пол, речевые проблемы, социальная изоляция. Реабилитация после инсульта напрямую связана с регрессом депрессии (Godbout C.J., John J.S., 2002). Частота депрессивных расстройств у больных, выживших после инсульта колеблется от 11% до 61% (House A., 1991; Moris P.L., 1993), при этом около 60% больных выздоравливают в течении 1-4 месяцев после инсульта (Astrom M. et al., 1993), что может быть обусловлено реакцией личности на болезнь, а также поражением определенных мозговых структур с нарушением серотонинэргической передачи вследствие функционального дефицита серотонинэргической системы. Целью настоящего исследования являлось исследование распространенности, структуры и тяжести депрессивных расстройств у больных в остром периоде церебрального инсульта.

В исследовании приняли участие 25 больных в возрасте от 38 до 68 лет, из них 13 мужчин и 12 женщин, находившихся на стационарном лечении в отделении ГУЗ УОКБ и неврологическом отделении ЦК МСЧ. Диагноз в большинстве случаев был подтвержден данными КТ и МРТ. При оценке психического статуса для стандартизованной оценки расстройств использовали следующие методики: шкала Гамильтона для оценки депрессии – HDRS-21 (M.Hamilton, 1967), шкала минимальной оценки психического статуса (MMSE – M.Folstein и соавт., 1975) и тест рисования часов.

Депрессивные расстройства отмечались в разных возрастных группах, распределяясь по ним неравномерно, возраст оказывал неоднозначное влияние на заболеваемость. Максимальная частота депрессий наблюдалась у больных в возрасте 50–59 лет. Частота депрессий у женщин несколько превышала таковую у мужчин (53% против 47%). Наибольшая частота депрессий у женщин отмечалась в возрасте после 50 лет, тогда как в возрастном периоде до 50 лет депрессии чаще наблюдалась у мужчин. При изучении нозологической принадлежности постинсультных депрессивных расстройств были выделены следующие показатели: при локализации инсульта в ВББ частота встречаемости депрессий на 56% больше, чем при иной локализации. При поражении правого и левого полушарий головного мозга частота встречаемости депрессивных расстройств была одинакова (20%). По оценке тяжести депрессивных расстройств были получены следующие результаты: Отсутствие депрессии – 8 (32%) больных (средний балл по шкале Гамильтона – $3,25 \pm 0,5$); малый депрессивный эпизод – 12 (48%)

больных ($11 \pm 1,4$); большой депрессивный эпизод – 5 (20%) больных ($25,4 \pm 1,6$).

При локализации инсульта в правой гемисфере головного мозга пациенты чаще всего предъявляли жалобы на: бессонницу – 4 человека из 5 (6%); соматическую тревогу (сухость во рту, сердцебиение, головные боли, одышка, повышенное потоотделение) – 4 человека из 5 (8%); общие соматические симптомы (тяжесть в конечностях, спине, голове, мышечные боли, чувство утраты энергии) – 4 человека из 5 (8%); смена самочувствия в течении дня – 4 человека из 5 (8%). При локализации инсульта в левой гемисфере отмечались жалобы на: психическую тревогу (беспокойство по незначительным поводам) – 4 человека из 5 (12%), а также на ощущение несостоятельности, связанное с работой – 4 человека из 5 (12%). При локализации инсульта процесса в стволе мозга пациенты предъявляли жалобы на: общие соматические симптомы (тяжесть в конечностях, спине, голове, мышечные боли, чувство утраты энергии) – 9 человек из 13 (9%); ощущение несостоятельности, связанное с работой – 11 человека из 13 (11%). Оценка взаимосвязи локализации инсульта и психического статуса больных привела к получению следующих закономерностей: при локализации сосудистого процесса в ВББ у пациентов в 57% (8 больных) случаях наблюдались предметные когнитивные нарушения, в 22% (3) случаев – деменция умеренной степени выраженности, 14% (2) – деменция легкой степени выраженности, 7% (1) – тяжелая деменция. При локализации инсульта в правом полушарии головного мозга – в 40% случаев (2 больных) отмечалась деменция умеренной степени выраженности, а все остальные варианты встречаются в равных количествах (20%). При локализации инсульта в левом полушарии – все варианты встречались в равных количествах (20%).

Результаты проведенного исследования убедительно доказывают широкую распространенность депрессивных расстройств у больных в остром периоде церебрального инсульта (68%). Это сопровождается частым нарушением когнитивных функций, различной степени выраженности, не зависящей от топической локализации и возникающей, вероятней всего, как вследствие очагового поражения головного мозга, так и в результате депрессивного расстройства.

О.В. Сальникова, В.В. Саверкина

ОПЫТ АМБУЛАТОРНОГО ВРАЧА ПО ПРЕД- И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМУ ВЕДЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ СУСТАВОВ

ГУЗ «Городская поликлиника №4»

Актуальность. Одним из клинических признаков ревматических заболеваний, является суставной синдром, который может приводить больных к стойкой потере трудоспособности. Зачастую в этой ситуации способно помочь только эндопротезирование, поэтому в последние годы для реабилитации данной категории пациентов все чаще стали применяться хирургические методы лечения.

Цель исследования – изучение эпидемиологии, клинической характеристики пациентов с ревматическими заболеваниями, направленных на хирургическое лечение – тотальное эндопротезирование суставов, оценка их коморбидной патологии и проводимой терапии на территории обслуживания ГУЗ «Городская поликлиника №4» г. Ульяновска за 2011–2021 гг.

Методы исследования. Анализируются данные 53 пациентов, состоящих на диспансерном учете врача-ревматолога ГУЗ «Городская поликлиника №4».

Результаты. За период наблюдения 2011–2021 гг. общее число пациентов, направленных на оперативную коррекцию декомпенсированных стадий вторичного остеоартрита при ревматических заболеваниях, составило 53 человека. Все пациенты были направлены на тотальное эндопротезирование суставов. Большинство направленных составили лица в возрастной группе 51–60 лет – 19 человек (36%). Преимущественно пациенты были женского пола (41 человек – 77%). Из общего числа пациентов 18 человек (34%) были динамически направлены на оперативную коррекцию нескольких суставов, в связи с чем общее число направлений пациентов составило 77 случаев. Среди пораженных суставов имелось следующее распределение: коленные – 45 случаев (58%), тазобедренные – 25 случаев (33%), плечевые – 4 случая (5%), суставы кисти – 2 случая (3%), локтевой сустав – 1 случай (1%). Наибольшее число составили пациенты с ревматоидным артритом – 41 человек (77%). Все пациенты направлялись на оперативное лечение,

имея низкую активность заболевания на фоне проводимой базисной терапии. В случае группы пациентов с ревматоидным артритом пациенты получали терапию метотрексатом в 83% случаев (34 человека), 15% – лефлуномидом (6 человек), 2% – сульфасалазином (1 человек). Генно-инженерные биологические препараты были применены у 15% (6 человек), комбинацию с низкими дозами глюкокортикоидов получали 24% (10 пациентов). Среди обследованной группы сопутствующие заболевания имели 44 человека (83%). Наиболее частой коморбидной патологией явились заболевания сердечно-сосудистой системы – 34 человека (64%) и патология желудочно-кишечного тракта – 14 человек (26%). При направлении на операции сопутствующая патология также была скомпенсирована. Результаты оперативных вмешательств: среди 77 нуждающихся случаев прооперировано 64 (83%). Отказ пациента, обусловленный улучшением состояния, был в 13 случаях (17%). Случаев инфекционных, тромбозных осложнений проведенных операций, случаев перипротезных переломов, реэндопротезирования в исследуемой группе не зафиксировано.

Выводы.

1. Общее число пациентов, нуждающихся в оперативной коррекции декомпенсированных стадий вторичного остеоартрита является невысоким – 5%. Это связано со своевременным первичным выявлением данных патологий, обусловленное в том числе улучшением ранней диагностики заболевания, общим повышением эффективности лечения.
2. Пациенты, имеющие ревматические заболевания, направляемые на тотальное эндопротезирование суставов, были из различных возрастных и нозологических групп. Большинство случаев составили пациенты с ревматоидным артритом.
3. В большинстве случаев декомпенсация остеоартрита развивалась при поражении опорных суставов (коленных и тазобедренных).
4. Среди коморбидной патологии доминировали заболевания сердечно-сосудистой системы и патология ЖКТ.

Случаев осложнений проведенных операций, реэндопротезирования не зафиксировано.

Ю.В. Матейко

ЛОКАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ РЕВМАТОЛОГА

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»

Цель – показать эффективность и безопасность данного метода лечения ревматических заболеваний.

Материалы и методы: анализ статистических данных по локальной терапии амбулаторного приема ревматолога ГУЗ УОКБ и ревматологического отделения ГУЗ УОКБ за 2021-2022 гг.

Актуальность. Локальная терапия – неотъемлемая часть работы ревматолога, учитывая особенности специализации. Каждый ревматолог владеет методикой проведения данного вида лечения после прохождения специализированного курса обучения. Этот современный и эффективный метод лечения путем введения препаратов в полость пораженного сустава, энтезиса, фасциального футляра является дополнением к основному лечению и применяется при различных заболеваниях опорно-двигательного аппарата. При подобном способе введения лекарственного препарата биодоступность достигает 100%, препарат действует на пораженные ткани быстрее, чем при введении другими способами. При этом практически не оказывает системного воздействия на организм, а местные побочные реакции при условии соблюдения протокола манипуляции обычно легкие и быстропроходящие. Данный метод лечения позволяет уменьшить дозировку пероральных препаратов, принимаемых пациентом, что существенно снижает количество побочных эффектов от лекарств.

В настоящее время используются, помимо суспензий глюкокортикоидов, препараты гиалуроновой кислоты, полинуклеотиды, импланты коллагена, что позволяет расширить показания к локальной терапии у коморбидных пациентов (АГ, ИБС, СД), которым противопоказаны ГК.

В ревматологическом отделении и на амбулаторном приеме ревматолога ГУЗ УОКБ существуют фиксированные дни для проведения процедур. За 2021 в стационаре выполнено 973 манипуляции, за 2022 г. – 815, в амбулаторных условиях в 2021 г. – 576, в 2022 г. – 584. За весь период работы отделения и манипуляционного кабинета поликлиники в указанный период времени инфекционных осложнений не зарегистрировано.

Выводы: локальная терапия ревматических заболеваний является эффективным способом оказания помощи пациентам, позволяя в некоторых случаях избежать госпитализации, сократить сроки временной нетрудоспособности, ускорить реабилитацию и может широко применяться в амбулаторной практике ревматолога.

1. Ревматология: Национальное руководство/под ред. Е.Л. Насонова, В.А. Насоновой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – с.
2. Российские клинические рекомендации Ревматология под редакцией академика РАН Е.Л. Насонова. – Москва, издательская группа «Гэотар-Медиа». – 2019. – С. 17,58-59,87.

О.А. Александрова, Т.В. Лебедева, Е.С. Сердцева

ИМИДЖ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ КАК ЧАСТЬ ИМИДЖА ЛЕЧЕБНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

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

Актуальность. В настоящее время имидж профессии медицинской сестры как никогда актуален, поскольку он является одним из факторов успешности профессиональной деятельности и обеспечивает непосредственный авторитет среди пациентов и коллег. Имидж активно влияет на общественное мнение. Медицинские сестры воспринимаются как образованные, гуманные, отзывчивые и тактичные люди, требования к которым, соответственно, достаточно высоки. Крайне важно, чтобы люди не испытывали чувство страха, сомнения, а также неприязни при посещении лечебного учреждения.

Цель исследования – выявить основные составляющие имиджа медицинской сестры и его влияние на оценку лечебного учреждения.

Задача – провести опрос среди пациентов отделений ГУЗ УОКЦСВМП с целью оценки имиджа медицинской сестры.

Материалы и методы: проведён опрос 184 пациентов стационара.

Имидж – искусственный образ, формируемый в общественном или индивидуальном сознании средствами массовой коммуникации.

Имидж медицинской сестры существенно влияет на доверие пациента и эффективность достижения соответствия с ним при назначении диагностических или лечебных процедур.

Имидж делится на две главные части – подвижный и неподвижный.

Неподвижный имидж включает в себя: внешний вид, одежду, причёску, макияж (эстетику лица), эстетику рук, аксессуары (обувь, серьги), ароматы.

Подвижный имидж включает в себя: манеру поведения, пластику тела, мимику, речь, жесты, этику, этикет.

Взаимосвязь подвижного и неподвижного имиджа создаёт согласованность образа.

Результаты исследования. По результатам исследования можно сделать следующие выводы: 85% респондентов считают необходимым наличие у медицинских сестёр таких личных психологических качеств, как энтузиазм и гордость своей профессией;

уверенность в себе – вера в себя, в своё умение лечить пациентов; сильный характер – умение проявлять упорство и выполнять намеченные планы; порядочность, от которой иногда может зависеть жизнь пациентов; искренность, которая проявляется в честности с самим собой и пациентами; доброжелательность – умение видеть положительное во всех людях и во всех ситуациях; инициатива, которая включает в себя персональную ответственность за свои действия и настроение; оптимизм – понимание важности позитивного мышления и позитивных убеждений; аффилиация – потребность в установлении и сохранении добрых отношений с пациентами.

По мнению 93% респондентов, к числу профессиональных психологических качеств медицинских работников стоит отнести следующие: психологическая поддержка пациентов; индивидуальное общение медработника с пациентами; общение с пациентами различных возрастных групп; общение с пациентами, длительно находящимися в стационаре; поддержка общего доброжелательного настроения медперсонала, его терпимость и готовность помочь; осуществление психологического ухода за умирающими; обучение пациентов регулированию своего эмоционального состояния.

Выводы. Современное развитие здравоохранения предъявляет к медицинским сёстрам высокие требования, в особенности к их психологически личным качествам. Поэтому медицинская сестра, занимаясь самовоспитанием, должна ориентироваться на модель личности современного специалиста-медика (так называемую профессиограмму), в которой обобщены не только необходимые знания, умения и навыки, но и профессионально важные личностные свойства.

Если у пациентов сформируется позитивный образ медицинской сестры, то будет больше положительных отзывов о специалисте, а также вырастет его авторитет. В этом случае пациенты смогут доверить лечебному учреждению свою главную ценность – здоровье.

Таким образом, высокая оценка медицинских сестёр пациентами позволит значительно повысить уровень доверия к медицинским услугам, оказываемым в лечебном учреждении.

О.А. Александрова, Т.В. Лебедева, М.А. Угарина

СУИЦИД В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

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

Актуальность. Каждый человек имеет право на нормальную жизнедеятельность, и никто не может этому помешать. Данное право установлено Конституцией Российской Федерации, которая выделяет в качестве главной ценности государства жизнь и здоровье своих граждан. К сожалению, по тем или иным причинам люди часто добровольно сводят счёты с жизнью. По данным ВОЗ, в 2022 году Россия находилась в первой десятке стран по общему коэффициенту смертности от самоубийств (общее число умерших в течение календарного года по отношению к среднегодовой численности населения). По статистике четверть всех случаев самоубийств приходилась на людей старше 65 лет.

Цель исследования – выявить причины, которые толкают пожилых людей на самоубийство.

Задача – провести опрос среди пациентов токсикологического отделения ГУЗ УОКЦСВМП им. Е.М. Чучкалова.

Материалы и методы: проведён опрос 38 пациентов, госпитализированных в токсикологическое отделение.

В токсикологическом отделении нередко встречаются пожилые люди с отравлениями с целью суицида: медикаментами, кислотами и щелочами, бытовым и угарным газом, ядовитыми веществами.

Путём опроса пациентов были выявлены следующие причины высокого суицидального риска среди пожилых людей: психопатология – депрессия, тревожное расстройство, деменция; наличие длительного тяжёлого, хронического или неизлечимого заболевания; стресс-факторы (политические, социально-экономические), которые делают людей более восприимчивыми к самоубийству. Ближе к старости стрессовыми событиями жизни очень часто становятся тяжёлые утраты. Смерть близких родственников (особенно супруга/супруги) и друзей является наиболее важным фактором, ускоряющим суицид.

В дисгармоничных, дезинтегрированных семьях родственники собственноручно доводят пожилых людей до самоубийства,

перекладывая на них ответственность за все возникшие трудности. Как правило, в группе риска находятся самые ранимые и наименее агрессивные члены семьи, не имеющие возможность постоять за себя или что-то возразить.

Риск суицидов также высок у больных алкоголизмом. Длительное злоупотребление алкоголем способствует усилению депрессии, чувства вины и психической боли, что часто предшествует суициду. Алкоголь также усиливает агрессивность, которая может привести к саморазрушению, если оборачивается на самого себя. Больные алкоголизмом могут не стремиться убить себя сознательно, однако разрушительное поведение значительно сокращает их жизнь.

К признакам возможного суицидального поведения следует отнести: резкое изменение стиля общения; наличие сильных эмоциональных переживаний; нарушение сна и аппетита; потеря интереса к окружающему миру; подготовка предметов, способных стать орудием самоубийства; приведение в порядок личных записей; раздаривание любимых вещей и предметов.

Результаты и выводы. Для предотвращения попыток самоубийств среди пожилых людей, необходимо применение целого комплекса мер на уровне общества: ограничение доступа к орудиям самоубийства (медикаменты, оружие); раннее выявление, обследование, ведение и последующее сопровождение лиц, страдающих суицидальными формами поведения; взаимодействие со средствами массовой информации для освещения вышеуказанной проблемы.

Равнодушие окружающих, одиночество и безденежное положение – главные причины, заставляющие пожилых людей принимать страшное решение. Раннее выявление проблем и их купирование позволит сократить частоту самоубийств среди возрастного населения.

Л.С. Васильева, Е.А. Алмакаева, В.В. Бакиев

ВНУТРИМОЗГОВЫЕ ГИПЕРТЕНЗИВНЫЕ ГЕМАТОМЫ. РОЛЬ ОПЕРАЦИОННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»

Актуальность. Острое нарушение мозгового кровообращения является третьей причиной смертности населения после сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний. В структуре инсульта кровоизлияние в мозг составляет от 4 до 30%. Летальность при геморрагическом инсульте достигает 40–50%, а инвалидизация – 70–80%.

Геморрагический инсульт – группа заболеваний, сопровождающихся кровоизлиянием в мозг или его оболочки. На практике под геморрагическим инсультом чаще понимают кровоизлияние в мозг вследствие гипертонической болезни или атеросклероза, так называемые гипертензивные гематомы. Кровоизлияние бывает: субарахноидальное, паренхиматозное, вентрикулярное, смешанное. Объединяет все геморрагические инсульты острое, внезапное начало.

Клиническая картина: острое начало, часто на фоне активной деятельности, сильная головная боль, тошнота, рвота, быстрое развитие очаговых симптомов, быстрое развитие нарушений сознания, гиперемия лица, возбуждение, высокое артериальное давление.

При поступлении в стационар пациента осматривает невролог, нейрохирург, назначается компьютерная томография, только после этого назначается консервативное или хирургическое лечение. За последние 20 лет был проведен ряд исследований, в том числе рандомизированных, многоцентровых, проспективных и ретроспективных, посвященных вопросам лечения пациентов с геморрагическим инсультом. На основании полученных результатов оказалось, что ни одно исследование не показало убедительных преимуществ хирургического лечения над консервативным, вне зависимости от используемых методов вмешательства. Отдаленные функциональные исходы среди выживших больных были практически одинаковыми в группах оперированных и пролеченных консервативно.

Обоснование показаний к операции при геморрагическом инсульте: локализация внутримозговой гематомы, объем внутримозговой гематомы, состояние пациента, наличие сопутствующих заболеваний.

Хирургическая активность при геморрагическом инсульте составляет около 10%. Ежегодное предполагаемое количество больных с геморрагическим инсультом в Ульяновской области – 390 человек, требует хирургического лечения около 39 пациентов. Роль операционной медицинской сестры заключается в обеспечении инфекционной безопасности пациентов и медицинского персонала; соблюдения персоналом, находящимся в операционной, правил асептики и антисептики, рациональном использовании дорогостоящего оборудования, своевременном обеспечении участников хирургической бригады необходимым инструментарием, шовным, перевязочным материалом и медикаментами. Важнейшее значение на этом этапе оказания хирургической помощи приобретает адекватная и компетентная ассистенция операционной медсестры, как непосредственного члена специализированной операционной бригады.

В настоящее время операционная медицинская сестра должна иметь высокий профессиональный уровень, знать ход и этапы операции и быть готовой к увеличению ее объема, уметь четко ориентироваться в сложных ситуациях. Операционная медицинская сестра признается как уникальная личность, самостоятельно выполняющая круг определенных обязанностей, её роль исключительно велика и ответственна.

Г.А. Волкова, Г.М. Тушева, Н.О. Соломянная

**РАЗВИТИЕ И ПОДДЕРЖКА
ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ В ПОЛИКЛИНИКЕ
ПО ОБСЛУЖИВАНИЮ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ
ГУЗ «ЦЕНТРАЛЬНАЯ ГОРОДСКАЯ
КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА Г. УЛЬЯНОВСКА**

ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска»

В современном мире ежегодно учёными и лаборантами-бактериологами выявляются штаммы новых инфекций. Инфекционные болезни преследуют человека на протяжении всей его истории. Известно множество примеров тяжелых последствий, нанесенных эпидемиями гриппа, натуральной оспы, чумы, холеры. Пандемия COVID-19 – текущая пандемия, вызванная распространением коронавируса SARS-CoV-2. Как решить эту проблему? Профилактика инфекционных болезней – одно из стратегических направлений

политики государства в области здравоохранения. Вакцинопрофилактика зарекомендовала себя одним из наиболее эффективных инструментов обеспечения эпидемиологического благополучия населения. В XX веке продолжительность жизни увеличилась на 25 лет, и на 80% это заслуга вакцинации.

Цель исследования – определение роли медицинской сестры в вопросах продвижения вакцинации среди населения.

Методы исследования.

1. Метод теоретического анализа нормативной документации, регламентирующей проведение прививок детям до 18 лет.
2. Обзор и изучение материалов обучающего курса по основам иммунопрофилактики для среднего медицинского персонала, подготовленного автономной некоммерческой организацией «Коллективный иммунитет» по развитию и поддержке вакцинопрофилактики при содействии Фонда президентских грантов и Ассоциации медицинских сестер России.

Результаты исследования. Изучена нормативная документация, регламентирующая проведение прививок детям до 18 лет, проведен анализ статей о роли медицинской сестры при вакцинации детей, подтверждающих важность проведения вакцинации в принципе, определена необходимость обучения медицинских сестер для понимания важности вакцинации и коммуникативных навыков и определение значения медсестры в понимании родителями важности проводимой вакцинации и как специалиста сестринского дела по продвижению иммунизации детского населения зоны обслуживания и в стране, в целом.

Изучая особенности и практическую значимость медицинской сестры в обучающем курсе, в поликлинике по обслуживанию детского населения ГУЗ «ЦГКБ г. Ульяновска» конкретизировали и сформировали для себя план работы по ликвидации дефицита знаний средних медицинских работников в вопросах вакцинации и подобрали практические предложения по совершенствованию разъяснительной работы медицинской сестры с родителями о необходимости иммунопрофилактики. Сформировали обучающую презентацию по расширению кругозора теоретических знаний специалистов сестринского дела и ликвидации дефицита знаний о вакцинопрофилактике среди населения.

Определен план работы по развитию и поддержке вакцинопрофилактики в поликлинике по обслуживанию детского населения ГУЗ «ЦГКБ г. Ульяновска».

1. Основы иммунопрофилактики.
2. Механизм заражения инфекцией.
3. Классификация вакцин, согласно национальному календарю (приказ МЗ РФ №1122н от 06.12.21 «Об утверждении национального календаря профилактических прививок, календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям и порядка проведения профилактических прививок»).
4. Финальный состав вакцин.
5. Основные функции медицинской сестры прививочного кабинета.
6. Требования к хранению и транспортировке вакцин. «Условия транспортирования и хранения медицинских иммунологических препаратов». Сан Пин 3.3686-21 (редактирование от 25.05.22г).
7. Экстренная иммунопрофилактика.
8. Порядок проведения прививок.
9. Ошибки в интервалах.
10. Снижение боли во время вакцинации - важная стратегия в борьбе с сомнениями в вакцинации.
11. Рекомендации медработнику и родителям для проведения успешной вакцинации.
12. Поствакцинальные реакции на вакцины.
13. Вакцинация и аллергия.
14. Как разговаривать о вакцинации с сомневающимися.

Сейчас уже можно обоснованно утверждать, что для проявления компетентности в вопросах вакцинопрофилактики важно не только приобрести знания, но и продуктивно использовать их в профессиональной деятельности. Именно сестринский персонал, который наиболее тесно контактирует с населением на амбулаторном этапе, должен быть достаточно компетентным в вопросах вакцинопрофилактики. Средний медицинский персонал вносит свой вклад в перелом негативных тенденций восприятия вакцинации, в повышение авторитета медиков в вопросах здоровья.

Выводы: существующие на сегодняшний день представления о роли медицинской сестры в вопросах продвижения вакцинации среди населения остаются весьма неоднозначными, но абсолютно важными, и изучение влияния специалиста сестринского дела на охват массовой иммунизацией является одной из актуальных задач современного здравоохранения.

Г.В. Воробьева, С.А. Солдатова, И.С. Иванова

РОЛЬ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ В ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЕ ЛПУ

ГУЗ «Городская поликлиника №5»

Стресс, избыточное питание, вредные привычки, низкая физическая активность порождают развитие ряда таких тяжелых неинфекционных заболеваний: сердечно-сосудистые, онкологические, бронхолегочные, сахарный диабет, – которые способны привести к инвалидизации и смертности населения. На протяжении последних 10 лет значительно увеличилась заболеваемость и смертность от данных заболеваний.

Основным направлением в снижении смертности является профилактика, направленная на модификацию известных факторов риска и раннее выявление болезней.

Проанализировав результаты диспансеризации, проведенной в 2022 году в ГУЗ «Городская поликлиника №5», видно: численность населения всего 34 700 человек, прикрепленного населения – 32100 человек. В 2022 году прошли диспансеризацию 7 797 человек. Распространенность факторов риска составила: гиперхолестеринемия – 4 186 человек (53,6%), избыточная масса тела – 2 828 человек (36,2%), ожирение – 2 444 (31,3%), нерациональное питание – 1 839 человек (23,5%), гипергликемия – 1 441 (18,4%), низкая физическая активность – 1 112 (14,2%), курение табака – 531 (6,8%), риск пагубного потребления алкоголя выявлен у 63 человек (0,8%).

Факторы риска, обусловленные поведением, приводят к биологическим факторам риска: ожирению, артериальной гипертензии, в результате чего повышается заболеваемость и смертность от неинфекционных заболеваний.

Для реализации профилактических мероприятий в лечебном учреждении существуют школы здоровья, где с пациентами проводятся занятия в форме круглого стола, проведения лекции, индивидуальных бесед, демонстрация наглядного материала, обеспечение населения информационными материалами. Эта работа направлена на формирование мотивации отказа от вредных привычек, обучение основам диетического питания, повышение приверженности пациентов к терапии существующих заболеваний (артериальная гипертензия, сахарный диабет, бронхиальная

астма, хроническая обструктивная болезнь легких) обучение самоконтролю.

За 2022 год в школах здоровья было обучено всего 864 человек, из них в школе отказа от курения – 329 человек, в школе артериальной гипертензии – 256 человек, в школе бронхиальной астмы – 145 человек, в школе сахарного диабета – 134 человека

Пациенты с факторами риска стоят на «Д» учете с целью предотвращения заболевания. Ежегодно формируется план мероприятий, посвященный профилактической деятельности – это площадки здоровья, радиолекции, демонстрации фильмов.

Влияние на факторы риска приводит к снижению заболеваемости, раннему выявлению заболеваний, предотвращает развитие тяжелых форм, необратимых форм заболеваний, снижает инвалидизацию и общую смертность. В связи с этим неопределима роль диспансеризации как одного из важнейших профилактических инструментов здравоохранения.

Коронавирусная инфекция внесла свои коррективы в плановую профилактическую работу медицинских организаций. Этим обусловлено снижение мотивации пациентов в прохождении диспансеризации, снизилось количество профилактических посещений в поликлинике. Поэтому нашей задачей остается работа с населением по пропаганде здорового образа жизни, разъяснение о необходимости регулярного прохождения диспансеризации.

Успех диспансеризации, безусловно, зависит от профессионализма и неравнодушия медицинских работников, но не в меньшей степени и от самих пациентов, их желания быть здоровыми и активными.

О.В. Унянина, Л.А. Гаранина

**ОРГАНИЗАЦИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
В ГУЗ «ЧЕРДАКЛИНСКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА»**

ГУЗ «Чердаклинская районная больница»

Актуальность. Начало XXI века знаменуется глобальным старением населения, ростом онкологической заболеваемости, увеличением числа больных с хроническими прогрессирующими заболеваниями, что приводит к появлению большой группы incurable больных,

испытывающих сильнейшие страдания и нуждающихся в адекватной комплексной медико-социальной и паллиативной помощи.

Паллиативная помощь – направление медицинской и социальной деятельности, целью которой является улучшение качества жизни инкурабельных пациентов и их семей посредством предупреждения и облегчения их страданий, благодаря раннему выявлению, тщательной оценке и купированию боли и других симптомов: физических, психологических и духовных.

Цели исследования.

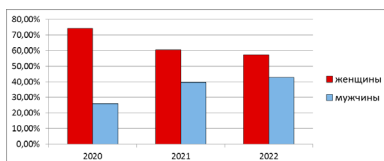
1. Провести анализ организации оказания паллиативной помощи в ГУЗ «Чердаклинская РБ» за период с 2020 г. по 2022 г., сделать выводы и разработать мероприятия направленные на повышение уровня оказания паллиативной помощи в ГУЗ «Чердаклинская РБ».
2. Провести опрос-анкетирование, тестирование с целью выявления доступности и актуальности оказания паллиативной помощи населению МО «Чердаклинский район».

Методы исследования.

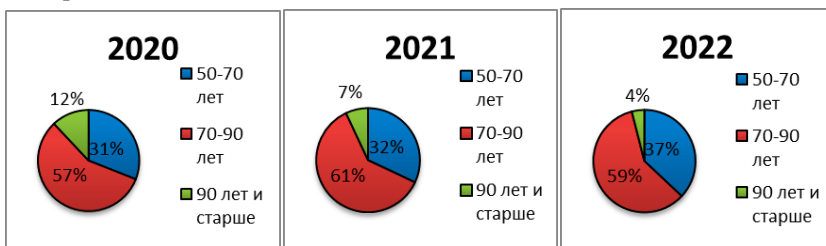
1. Анализ литературы по теме исследования.
2. Количественный и качественный анализ результатов работы по оказанию паллиативной медицинской помощи в ГУЗ «Чердаклинская РБ» за период с 2020 г. по 2022 г. (анализ работы коек паллиативной помощи в Октябрьской и Белоярской участковых больницах).
3. Опрос-анкетирование родственников инкурабельных пациентов, тестирование.

Результаты исследования.

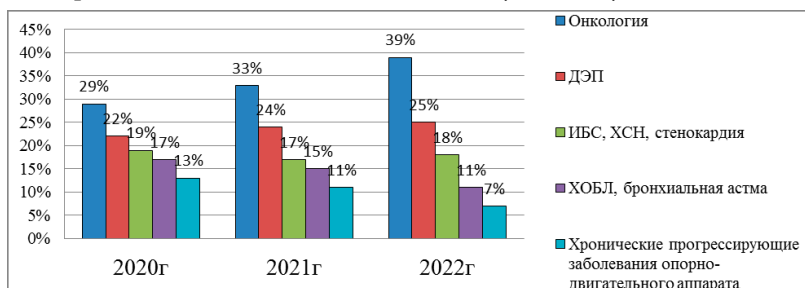
1. Сравнение общего количества пациентов, находящихся на койках сестринского ухода паллиативной помощи показало, что за период с 2020 г. по 2022 г. количество возросло с 154 до 173 (на 11%).
2. Процентное соотношение мужчин и женщин показало, что доля госпитализированных на койки сестринского ухода женщин преобладает над мужчинами в течение всех исследуемых периодов.



Проанализировав процентное соотношение по возрастам, мы выявили, что среди пациентов преобладает доля пациентов в возрасте от 70 до 90 лет.



Процентное соотношение по основному диагнозу.



Анализ показал, что количество пациентов с онкологическими заболеваниями выросло на 10%; с хронической обструктивной болезнью легких, бронхиальной астмой и хроническими прогрессирующими заболеваниями опорно-двигательного аппарата уменьшилось на 6%.

Смертность за период с 2020 г по 2022 г возросла на 2,3% (с 0,6% до 2,9%).

По результатам опроса-анкетирования: 99,1% родственников инкурабельных пациентов оценили пользу паллиативной помощи в стационарных условиях, получили знания и навыки по уходу за тяжелобольными.

Выводы. По результатам исследований можно сделать следующие выводы: численность людей, ежегодно нуждающихся в паллиативной помощи, увеличивается – это люди от 60 лет и старше; основная группа пациентов нуждающихся в паллиативной помощи – это пациенты с онкологическими и с хроническими прогрессирующими заболеваниями; причиной увеличения смертности является увеличение доли запущенных онкологических случаев, что указывает на то, что необходимо усилить работу амбулаторной службы по раннему выявлению онкопатологий среди населения района.

Проанализировав все данные проведенного исследования, для сотрудников нашей больницы (фельдшеров фельдшерско-акушерских пунктов, среднего персонала первичного звена, медицинских сестер отделений сестринского ухода Октябрьской и Белоярской участковых больниц), нами были разработаны лекционные материалы и проведены семинарские занятия по оказанию паллиативной помощи населению, памятки «Профилактика пролежней» и «Профилактика падений». Были разработаны и изданы буклеты, тест-опросники для родственников инкурабельных пациентов, для оценки качества оказания паллиативной помощи в районе.

В результате проведенного анализа состояния и доступности паллиативной помощи на сегодняшний день, можно сделать следующее заключение, что, несмотря на значительное внимание к паллиативной помощи вопрос о ее доступности по-прежнему остается весьма актуальным. Паллиативная помощь – это важнейшее направление развития здравоохранения современной России.

Н.В. Дурманова

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ СЕСТРИНСКИЙ УХОД – ЗАЛОГ УСПЕШНОГО ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ ПАЦИЕНТА

ГУЗ «Городская больница №2»

Проблема организации сестринского ухода за лицами пожилого и старческого возраста, одинокими пациентами, нуждающихся по состоянию здоровья в медицинском уходе, при отсутствии возможности организовать уход на дому, одиноким пациентам – до решения вопросов жизнеустройства или помещения их в стационарные учреждения социального обслуживания (в дома престарелых) в настоящее время продолжает оставаться актуальной.

Профессиональный сестринский уход – это сложный и ответственный процесс, который требует от специалистов со средним медицинским образованием знаний и отработанных навыков для оказания максимально качественного ухода. Для эффективной организации работы отделения сестринского ухода была поставлена задача, целью которой является изучение роли медицинской сестры в оказании качественного сестринского ухода за пациентами.

С целью повышения доступности медицинской помощи пациентам, нуждающимся в круглосуточном сестринском уходе, при отсутствии медицинских показаний для постоянного наблюдения врача, в ГУЗ «Городская больница №2» в 2014 году организовано отделение сестринского ухода на 25 койко-мест, которое располагается по адресу: пр. Нариманова, д. 99.

Для достижения качественного оказания сестринского ухода мы используем следующие направления.

Первое и самое важное направление, которое показывает эффективность в оказании сестринского ухода – это психотерапевтическое. Психологически комфортный климат обладает мощнейшим лечебным воздействием. Особое внимание уделяется одиноким пациентам, которые планируются в дальнейшем переводиться из отделения в стационарные учреждения социального обслуживания (в дома престарелых, дома-интернаты). Пациенту очень важно, чтобы медицинская сестра поняла его и разделила его чувства, проявила внимание и заботу о нём. Именно это дает ему ощущение облегчения и душевного спокойствия. Вся психотерапевтическая деятельность медицинской сестры, прежде всего, должна быть направлена на такой сложный патопсихологический комплекс, каким является внутреннее состояние пациента.

Второе направление – это организация работы отделения. В отделении функционирует восемь палат, за каждой палатой закреплены: медицинская сестра палатная, медицинская сестра процедурной и санитарка палатная, которые проводят наблюдение за состоянием пациентов, осуществляют уход, проводят профилактику образования пролежней и т.д. в соответствии со своими функциональными обязанностями. С целью улучшения качества жизни пациентов особое внимание придаётся не только лечебным мероприятиям, но и повышению уровня медицинской грамотности пациентов, что помогает им легче приспосабливаться к состоянию своего здоровья. Для этого в отделении еженедельно проводятся профилактические беседы с пациентами.

Третье направление – оказание качества ухода. Прежде всего, он состоит из комплекса мероприятий, направленного на обеспечение всестороннего обслуживания больных, создание надлежащих гигиенических условий, способствующих неосложненному течению заболеваний, облегчению страданий, скорейшему выздоровлению, предотвращению и своевременному выявлению осложнений, а также выполнение врачебных назначений и ряда необходимых действий.

Заключение. Создание благоприятных условий для пациента, психологически комфортного климата, деликатное и тактичное отношение к нему, готовность оказать помощь в любую минуту, умение работать с пациентом как с личностью, обладающим индивидуальными особенностями, характером, а не как с объектом манипуляций, являются обязательными условиями оказания качественного сестринского ухода, от которого будет зависеть течение болезни, качество и продолжительность жизни таких больных.

Эффективная реализация данных трех направлений и профессионализм медицинских сестер – залог успешного выздоровления пациента.

М.В. Заложных, Т.В. Горбунова, Т.А. Моисеева

РАБОТА МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ С ПАЦИЕНТАМИ В УСЛОВИЯХ ДИСПАНСЕРНОГО ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

ГКУЗ «Ульяновская областная клиническая психиатрическая
больница им. В.А. Копосова»

Актуальность: в работе врача-психиатра значительную часть времени приёма занимает клиническая беседа, разъяснение информации, и создание доверительных отношений с пациентом и его родственниками. С точки зрения пациента, врач и медицинская сестра, являются единым субъектом, который взаимодействует с ним. Тем самым, качество работы медицинской сестры и её вовлеченность в процесс лечения, оказывают прямое влияние на отношение пациента к лечению, и на качество оказываемой помощи врачом.

Цель – иллюстрация работы медицинской сестры с пациентами в условиях диспансерного психиатрического отделения.

В условиях диспансерного отделения (кабинета) первый контакт пациента с медицинским персоналом и, в частности, с медсестрой имеет особо принципиальное значение и направлен на расположение (создание доверия) к медицинскому персоналу, а также создание партнерских отношений и приверженности к лечению (комплаенс).

Важным в работе медсестры с психически больными является умение понять их настроение, спектр чувств, запрос на помощь (даже если тот выражается через негативные проявления, либо скрыт проявлениями болезни). Поддержка со стороны медсестры, её искреннее

сочувствие и понимание оказывают большое влияние на пациента, что, в свою очередь, облегчает непосредственную работу врача. Так как пациент уже находится в зоне эмоционального комфорта, не опасаясь и не стыдясь своего состояния, и ему легче открыться, построить беседу с врачом.

Совершенно неприемлемо обращение «больной», без имени, или пренебрежительное, по диагнозу (идиот, невротик, шизофреник) как на приёме, так и в беседе с коллегами. При всей открытости к пациентам, медсестра постоянно должна помнить, что партнерские отношения с больными не должны переходить в панибратские: ведущая роль всегда остается за ней. Тем самым показывая, что они с врачом составляют тандем и действуют в единых интересах, не могут нарушить рекомендации или подвергнуть сомнению авторитет друг друга. Пациент всегда должен быть уверен, что их беседы носят конфиденциальный характер, поэтому медсестра должна помочь соблюсти закрытость этих бесед, в том числе, от других пациентов, обеспечить безопасность приёма.

В некоторых случаях медсестра выступает проводником между пациентом и врачом: «переводить» смысл сказанного обеими сторонами, являясь представителем и посредником каждой из сторон поочередно, вычленять главное из всей беседы или обращения, с разрешения врача задавать дополнительные вопросы, в случае, если доктор испытывает трудности в установлении контакта с пациентом, или последний имеет некие предвзятые отношения ко врачу в силу своей болезни. Разговоры о диагнозе, особенностях заболевания не могут выходить за рамки, обозначенные лечащим врачом. Это относится и к беседам медсестры с родственниками пациентов.

Работа медицинской сестры психиатрического участка и консультативного приема имеет свои особенности: нередки случаи, когда по своей доброте и инициативе медсестра продолжает рабочее общение с пациентом и его семьёй вне приёмного времени: повторяет и напоминает данные на приёме рекомендации, извещает врача о критичных изменениях здоровья пациента, предупреждает об изменении времени приёма, а также помогает решить возникшие вопросы, которые по тем или иным причинам не удалось решить за время приёма.

Вывод: работа медицинской сестры в психиатрическом амбулаторном отделении (кабинете) заключается не только в исполнении прямых должностных обязанностей и инструкций, но и в создании удобных для пациента условий врачебного приёма,

поддержке и контроле эмоционального состояния пациента, исполнении делегированных врачебных полномочий (беседа, разъяснения по лечению, ведение части медицинской документации).

*И.П. Иванова, И.А. Кулькова, В.Ю. Золотнова,
М.А. Магомедов*

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ВУЛЬГАРНЫМ ПСОРИАЗОМ

ГУЗ «Областной клинический кожно-венерологический диспансер»

Актуальность. Псориаз – хроническое заболевание кожи мультифакториальной природы с доминирующим значением в развитии генетических факторов с частыми патологическими изменениями опорно-двигательного аппарата. В развитии псориаза значение имеют наследственная предрасположенность, нарушения функции иммунной, эндокринной, нервной систем, неблагоприятное воздействие факторов внешней среды. К числу провоцирующих факторов относят психоэмоциональное перенапряжение, хронические инфекции (чаще стрептококковые), злоупотребление алкоголем, прием лекарственных средств. Псориаз относится к числу наиболее распространенных заболеваний кожи и по литературным данным встречается у 1-2% населения стран.

Цель исследования – изучить роль медицинской сестры в оказании медицинской помощи пациентам, страдающим псориазом.

Результаты. Проблемы пациентов, страдающих псориазом, весьма многочисленны и многообразны. При этом необходимо отметить, что они не ограничиваются только проблемами, связанными с поражением непосредственно кожи, а отражают системный характер патологии. Существенную роль в лечебном процессе больных псориазом играет правильная организация сестринского процесса. Сестринский процесс предусматривает четкую схему действий, выполняемых медсестрой по отношению к пациенту с целью предупреждения, облегчения, уменьшения и сведения клинических проявлений данного дерматоза. Задача медицинской сестры заключается в организации и оказании сестринской помощи, выполнении плана ухода за пациентами, страдающими псориазом, выполнении врачебных назначений. Характерной чертой является то, что у пациентов с псориазом, наряду

с соматическими патологиями, отмечаются и устойчивые нарушения психического статуса. Изменение качества жизни в первую очередь подразумевает изменение их социальной активности. Различают три степени социальной активности. Первая степень – низкая социальная активность – это пенсионеры, безработные, инвалиды (25,4%). Вторая степень – средняя социальная активность (38,9%). В эту группу были отнесены лица, чьи профессии не связаны с общественной деятельностью (например, электрик, механик и др.). Третью группу (высокая социальная активность) составили больные псориазом (35,7%), которые в силу своей профессии вынуждены активно общаться с людьми, следовательно, болезнь их «ранит» сильнее. Существенное влияние на качество жизни больных оказывали клинические проявления псориаза (тяжесть и распространённость псориазического процесса, локализация высыпаний, частота обострений и т. д.).

При назначении лечения учитывается стадия и сезонная форма дерматоза, роль конкретных патогенетических факторов, морфология и локализация сыпи, общее состояние пациента. В терапии псориазических проявлений медицинская сестра является важным исполнителем лечебного процесса. Местное лечение псориаза сводится к применению таких наружных форм, как кератолитические мази (2% салициловая мазь, 5% салициловая мазь, 10% салициловая мазь), применяемые в зависимости от стадии псориаза, наружные средства, содержащие аналоги витамина D₃ в сочетании с кортикостероидами (кальцитриол и бетаметазон дипропионат), препараты, содержащие цинк пиритион активированный. Проведение физиотерапевтического лечения – фототерапии – является патогенетически обоснованным методом лечения и реабилитации больных псориазом. Для лечения псориаза применяют методы средневолновой фототерапии (УФВ/УФВ-311) и методы ПУВА-терапии. В выполнении данных методов лечения также огромная роль принадлежит среднему медицинскому персоналу. Правильно выполненная процедура ускоряет процесс выздоровления пациента.

Выводы. Медицинская сестра участвует в лечебном процессе, выполняя врачебные назначения, оказывает помощь в решении физиологических, психологических проблем пациента, принимает участие в обучении пациента и его родственников правилам ухода за кожей, профилактическим мерам, что способствует благоприятному исходу заболевания и повышает качество жизни пациента.

Т.Д. Казеева

РОЛЬ МОРФОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ

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

Патологоанатомическое (гистологическое) исследование – наиболее точный метод прижизненной диагностики многих заболеваний, который позволяет поставить правильный диагноз, определяет характер процесса (доброкачественный/злокачественный), уточнить вид или подвид раковой опухоли, распространенность опухолевого процесса.

Целями исследований операционного и биопсийного материала являются: подтверждение или уточнение поставленного диагноза; установление верного диагноза в спорных вопросах; определение наличия опухоли на ранней стадии заболевания; изучение динамики роста злокачественного новообразования; осуществление дифференциальной диагностики изучаемых патологических процессов; определение наличия разрастания и распространения опухоли; анализ изменений, происходящих в тканях больного в ходе лечения.

Несмотря на широкий диагностический спектр клинических исследований, морфологический диагноз является наиболее информативным и играет важную роль при выборе наиболее подходящей лечебной программы для больных.

Качество морфологического исследования зависит от ряда причин: профессионализм и опыт лаборантов; техническая оснащенность патологоанатомических отделений, позволяющая частично автоматизировать технологический процесс и ускорить получение результата исследований; квалификация врача патологоанатома.

Отделение оснащено базовым современным оборудованием, применяемым на всех этапах приготовления гистологических препаратов: специализированный стол для вырезки; аппарат для автоматической гистологической проводки операционного и биопсийного материала; модульная система заливки парафином; санными и ротационными микротомами; автоматическое устройство для окрашивания срезов тканей; ультразвуковой декальцинатор.

Для общего понимания структуры прижизненных морфологических исследований, за исключением плацент, приводим данные за 2021 и 2022 год в таблице.

Количество выполненных патоморфологических исследований.

Локализация	2021 год	2022 год
Кожа	214	173
Костная ткань	49	55
Суставная сумка и капсула суставов	23	20
Лимфоузлы	12	12
Миндалины и аденоиды	149	131
Полость рта	68	53
Почки и мочеточники	10	10
Ткани брюшины	106	114
Мягкие ткани	22	29
Органы пищеварения	486	420
Органы дыхания	12	12
Ткани матки	262	308
Придатки матки и молочная железа	27	31
Яичко и придаток яичка	111	139
Болезни глаз и его придаточного аппарата	13	19

Среди общего объёма морфологических исследований доброкачественных новообразований выявлено 375 случаев, злокачественных новообразований выявлено 12 случаев.

Как видно из представленной структуры исследований значительное место занимают новообразования, в том числе и злокачественные различной локализации, что требует тщательного анализа, представленного на исследование операционного и биопсийного материала.

Операционный и биопсионный материал с последующим гистологическим исследованием играет важную роль при выборе наиболее подходящей лечебной программы для больных, страдающих злокачественными новообразованиями, в гастроэнтерологии, оториноларингологии, гинекологии, урологии, онкогематологии, пульмонологии, нефрологии, а также абдоминальной и торакальной хирургии и многих других разделах современной медицины.

С.Н. Ключникова, Л.И. Блохина, Н.Ф. Абдуллова

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПОВЫШЕНИИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

ГУЗ «Областной Центр профилактики и борьбы со СПИД»

Актуальность. Течение эпидемии ВИЧ-инфекции на данный момент таково, что количество пациентов, нуждающихся в антиретровирусной терапии, растет. Существенным фактором, влияющим на эффективность терапии, является приверженность лечению, т.е. соблюдение режима приема лекарственных препаратов.

Цель исследования – улучшение качества оказания помощи пациентам с ВИЧ-инфекцией, повышение приверженности лечению.

Метод исследования – анализ работы среднего медицинского персонала ГУЗ Центр СПИД.

Лекарственные средства, которые применяют для лечения ВИЧ, называются антиретровирусными препаратами (АРВ-препараты). Они предназначены для того, чтобы воздействовать на вирус и сохранить иммунную систему пациента. АРВ-терапия не излечивает от ВИЧ-инфекции, а дает пациентам возможность прожить более долгую и здоровую жизнь, предотвратить развитие многих заболеваний, связанных со СПИД и улучшить качество жизни.

Для того чтобы начать лечение, пациент должен принять статус, другими словами стать «хозяином» инфекции. Если человек осознает заболевание и смиряется с ним, то в большинстве случаев он будет быстрее идти на контакт. Необходима постоянная работа с больными для формирования у них стойкой мотивации для приверженности лечению и, как следствие, изменения образа жизни.

Для обеспечения социальной поддержки необходимы взаимоотношения медицинской сестры и пациента, основанные на доверии, уважении и понимании, способствующие повышению приверженности, удовлетворенности пациентов и улучшению состояния здоровья. Пациент является полноправным членом команды. Необходимо активно (например, по телефону) выяснять у пациента, выполняет ли он рекомендации. Использование эффективных стратегий повышения приверженности пациентов лечению может способствовать улучшению контроля над течением заболевания, снижению риска осложнений. Поэтому, в первую очередь, медицинские сестры стараются сформировать

доверительный контакт с пациентом, информировать его о видах помощи, доступности этой помощи.

Только медицинская сестра, ежедневно общаясь с больным, знает, какие могут быть препятствия в соблюдении режима и устранять или минимизировать их. Она расспрашивает пациентов о проблемах приёма лекарств, предлагая помощь тем, кто в ней нуждается. Помощь включает в себя, как рисование схем приема лекарств, так и рекомендации по использованию «таблетниц». На каждом приеме медицинская сестра проводит беседу с пациентом о проблемах приверженности и побочных эффектах. Психологическая поддержка дает возможность преодолеть тревогу и страх. Люди, охваченные этими чувствами, не способны ни воспринимать информацию, ни принимать решения, ни рационально действовать.

Вывод. Роль среднего медицинского персонала в психологическом сопровождении медикаментозной терапии социально опасных заболеваний неопценима. Можно сказать, что отношения между медработником и больным являются основой любой лечебной деятельности. Современные реалии жизни таковы, что постепенно происходит изменение старых стереотипов о «медсестре – помощнике врача». Наступила необходимость в «медсестре – ассистенте врача и помощнике пациенту». Медицинская сестра играет активную роль в судьбе пациента – это и морально-информационное сопровождение, и обращение к родственникам пациента в случае необходимости. Именно ресурс сестринского кадра должен быть направлен на информирование пациента, проведение контроля над лечением больного и удержание его в системе лечения.

Э.Р. Кондрашкина, Т.В. Лебедева, И.Р. Куликов

МАЛОИНВАЗИВНЫЙ МЕТОД ОПЕРАЦИЙ ГЛАЗАМИ ОПЕРАЦИОННОЙ МЕДСЕСТРЫ

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

Актуальность. Современная малоинвазивная хирургия позволяет проводить сложнейшие операции с минимальным повреждением кожных покровов, тем самым уменьшая опасность послеоперационных осложнений, снижая выраженные болезненные ощущения после операции, минимизируя риск образования спаечного

процесса, уменьшая период восстановления пациента в условиях стационара.

Выполнение современных малоинвазивных операций диктует необходимость высококвалифицированных действий бригады, в которой операционная медицинская сестра играет важную роль, является помощником хирурга, обеспечивает безопасность и комфортность сложного многопланового вмешательства. Постепенно происходит изменение старых стереотипов, операционная сестра сейчас выполняет роль настоящего ассистента хирурга, она должна знать ход предстоящей операции, знать каждый этап, должна быть готова к переходу операции открытым способом, кроме того, она должна знать техническое устройство лапароскопического оборудования, особенности обработки используемого инструментария. В операционном отделении работает 23 операционные медицинские сестры, из них 70% имеют высшую квалификационную категорию.

В настоящее время малоинвазивные технологии заметно оттеснили традиционные методы. За прошедший 2022 год было проведено 2 757 операций различной степени сложности, 90% всех операций проведены малоинвазивным методом: из них 383 – на органах малого таза, 881 – на органах мочеполовой системы и 1 493 – на органах брюшной полости.

Гистероскопия сегодня получила широкое применение в гинекологии, этот метод считается золотым стандартом при диагностике различных патологий матки для уточнения диагноза и контроля за лечением. Гистрорезектоскопическая миомэктомия – это операция по удалению миомы с сохранением матки, такая операция предпочтительна для женщин, которые планируют беременность и для женщин, желающих сохранить менструальную функцию.

С 2021 года малоинвазивным методом проводится продольная резекция желудка (SLEEVE – резекция, рукавная резекция), одна из новейших методик эффективной борьбы с ожирением. В ходе операции хирург удаляет лишнюю часть желудка – дно и тело, оставшиеся края сшивает специальным эндоскопическим аппаратом. Суть операции в том, что удаляют ту часть желудка, где происходит выработка гормона голода, благодаря этому у пациентов снижается аппетит, быстрее наступает насыщение, постепенно снижается вес. С момента внедрения и до настоящего времени выполнено 95 операций.

Малоинвазивные методы используют в лечении заболеваний мочевого пузыря, мочекаменной болезни, предстательной железы. Нефролитотрипсия – предпочтительный способ лечения почечнокаменной болезни, когда полностью неинвазивные методы

не дают результата. Чрезкожная нефролитотрипсия предполагает введение нефроскопа через небольшой разрез в поясничной области, с помощью тонкой трубки инструмент доставляется в полость почки, и под воздействием лазерных импульсов конкремент дробится на мелкие фракции, которые извлекаются из органа или выводятся естественным путем. На сегодняшний день в нашем учреждении произведено более 90 малоинвазивных вмешательств таким методом.

Выводы. Малоинвазивные операции в силу нанесения минимальных повреждений мягким тканям резко снижают уровень инфекционных осложнений, кроме того минимизация доступа приводит также к экономии финансовых средств, так как снижается длительность пребывания в стационаре, а значит, и количество расходуемого материала и медикаментов.

О.А. Нестерова, Н.Г. Кузьмина, Н.О. Соломянная

ПРОФИЛАКТИКА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У СОТРУДНИКОВ РЕГИСТРАТУРЫ

ГУЗ «Центральная городская больница г. Ульяновска»

Профессиональное или эмоциональное выгорание – это синдром, развивающийся на фоне хронического стресса и ведущий к истощению эмоционально-энергических и личностных ресурсов работающего человека. Медицинский персонал ежедневно сталкивается с проблемами пациентов, негативными эмоциями с их стороны и со стороны их родственников. Несмотря на это, необходимо быть обходительным и терпеливым, чтобы не накалять обстановку.

Цель исследования – выявить риск распространения синдрома эмоционального выгорания среди медицинских регистраторов.

Гипотеза исследования: постоянное нахождение в сложной психоэмоциональной обстановке, которая может приводить к появлению синдрома эмоционального выгорания.

Задачи исследования.

1. Выяснить предпосылки, симптомы, причины, приводящие к синдрому эмоционального выгорания.
2. Разработать рекомендации по оптимизации условий труда, профилактике стресса и профессионального выгорания.

Методы исследования: наблюдения, анкетирование, беседы.

В начале исследования был использован метод наблюдения. Анализировалась работа медрегистраторов: фиксировались конфликтные ситуации при работе с пациентами, в коллективе, при разговоре по телефону. При наблюдении за эмоциональным состоянием сотрудников отмечались: раздражительность, безразличие, смена настроений, апатия. Из бесед, проводимых медрегистраторами, выявлены причины данного состояния. Факторами развития эмоционального выгорания являются: работа в однообразном и напряженном ритме; высокая степень эмоциональной нагрузки при взаимодействии с пациентами; отсутствие понимания ценности своей работы и ожидаемого должного вознаграждения за выполненную работу.

Следующим этапом было проведение анкетирования. Было опрошено 18 женщин – медицинских работников в возрасте: от 18 лет до 29 лет – 0 чел.; от 30 лет до 39 лет – 3 чел.; от 40 до 49 – 5 чел.; от 50 лет до 59 лет – 5 чел.; старше 60 лет – 5 чел. По стажу работы: от 1 до 3-х лет – 0 чел. от 3-х до 5-ти лет – 1 чел., больше 5-ти лет – 17 чел. Уровень эмоциональной напряженности по данному анкетированию: высокий – 3 чел. (16,7%); средний – 11 чел. (61,1%), низкий – 4 чел. (22,2%).

Преобладает средний уровень эмоционального стресса, что соответствует уровню для занятого и много работающего профессионала – показания к принятию профилактических мер для предупреждения нарастания симптомов стресса и коррекции существующего состояния сотрудников.

Была проведена оптимизация работы: разработан алгоритм обращения медрегистраторов с пациентами, алгоритм движения амбулаторной карты, проведена цветная маркировка амбулаторных карт по участкам, выделено два окна регистратуры для записи в другие ЛПУ и вызова врача на дом. Выведение администратора в холл сократило число пациентов около окон, освободило регистраторов от консультативных вопросов и распределения потоков пациентов. В первых трех окнах убрали телефон, чтобы медрегистратор не отвлекался на телефонные звонки, а отвечал на вопросы пациентов при личном обращении. Запись на сдачу анализов и инструментальное обследование ведется на приеме у врача, благодаря чему сокращается количество пациентов в регистратуре. Перераспределено количество регистраторов с сторону увеличения в первую смену в связи с большим потоком посетителей в первой половине дня.

Даны профилактические рекомендации: сон не менее 8 часов, правильное питание, занятия спортом, сауна, массаж, хобби, разделение профессиональной и частной жизни. Для улучшения эмоционального

состояния сотрудников ввели систему поощрений, поступило предложение проводить неформальные совместные вечера отдыха (посещение музеев, театра). В комнате персонала во время технического перерыва проводились релаксационные упражнения, дыхательная гимнастика, распитие травяного чая, рисование, 5-минутные прогулки на свежем воздухе.

После проведения занятий и повторного анкетирования у медрегистраторов снизился уровень эмоционального стресса (на 90%), улучшилось настроение (на 85%), уменьшилось количество конфликтных ситуаций (на 50%).

Заключение. При правильной организации рабочего процесса, проведении профилактических занятий на рабочем месте и в домашних условиях отмечаются ожидаемо значимые результаты: повышение эмоциональной устойчивости, готовность к психологическим нагрузкам, улучшение климата в коллективе, ответственность, креативность в работе, профессиональная компетентность.

Е.Р. Пицхелаури, С.Ф. Руссова

ВЛИЯНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (SARS-COV-2), ПЕРЕНЕСЕННОЙ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ, НА ТЕЧЕНИЕ РОДОВ И СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННОГО. РОЛЬ АКУШЕРКИ

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

Актуальность проблемы влияния COVID-19, перенесенной во время беременности, на течение родов и состояние новорожденного высока, поскольку определяет состояние родильниц и уровень перинатальной заболеваемости новорожденных.

Цель исследования – проанализировать особенности течения родов у женщин, перенесших COVID-19 во время беременности и периода ранней постнатальной адаптации у их новорожденных детей.

Анализ по родам (таб.1)

ВСЕГО	2021 г.	2022 г.
Родов	2803	2616
Родильниц, перенесших COVID-19 во время беременности	116	321
Родильниц, перенесших COVID-19 во время в 1 триместре	25	64
Родильниц, перенесших COVID-19 во время в 2 триместре	53	183
Родильниц, перенесших COVID-19 во время в 3 триместре	38	74

Течение беременности (таб.2)

ВСЕГО	2021г	2022г
Без особенностей	47	83
Фетоплацентарная недостаточность	111	309
Анемия	48	123
Артериальная гипертензия	11	42
Гестационный сахарный диабет	16	56
Ожирение	41	89
Отеки, вызванные беременностью	42	49
Презекламсия	5	11
Многоводие/маловодие	8/ 4	24/ 11
Кольпит	53	137
Отслойка плаценты	2	3

Течение родов и раннего послеродового периода (таб.3)

ВСЕГО	2021г	2022г
Роды путем операции кесарева сечения	14	36
Роды через естественные родовые пути	102	285
Без особенностей	111	310
Кровотечение	4	9
Ручное обследование полости матки	5	11
Гемотрансфузии	1	2

Состояние новорожденных (таб.4)

ВСЕГО	2021г	2022г
Переведены на второй этап выхаживания	32	46
Гипоксическое нарушение ЦНС	30	45
Внутриутробная пневмония	2	39
Неонатальная желтуха	8	19
Подтвержденных случаев COVID-19	0	1
8-9 баллов по шкале Апгар	83	211
7-8 баллов по шкале Апгар	20	86
6-7 баллов по шкале Апгар	7	12
5-6 баллов по шкале Апгар	4	6
4-1 баллов по шкале Апгар	2	5
Перинатальные потери	1	3

Выводы: женщины, перенесшие COVID-19 во время беременности, чаще имеют осложнения в родах и в раннем послеродовом периоде, риск преждевременных родов и рождения детей с внутриутробными аномалиями.

Профилактика любой респираторной инфекции у беременных женщин очень важна для уменьшения риска осложнений в родах и в раннем послеродовом периоде.

Л.А. Сосина

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ОТДЕЛЕНИЯ СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ

ГУЗ «Областной врачебно-физкультурный диспансер»

Важную роль в решении проблем, связанных со здоровьем граждан, занимающихся физической культурой и спортом, призвана решать специальная врачебно-физкультурная служба.

Деятельность врачебно-физкультурного диспансера направлена на выполнение Стратегии развития физической культуры и спорта в Российской Федерации на период до 2030 года, утверждённой распоряжением Правительства РФ от 24.11.2020 №3081-р. Всего в стратегии 11 приоритетных направлений, охватывающих все виды спорта – как профессиональные, так и любительские. В их числе – развитие

инфраструктуры, формирование спортивного резерва, внедрение инновационных технологий в подготовку спортсменов, международное сотрудничество. Стратегия ориентирована на достижение национальной цели по сохранению здоровья и благополучия людей.

Функционал среднего медицинского персонала ГУЗ ОВФД первоочередно определяется положениями приказа Минздрава России от 23 октября 2020 г. №1144н. В соответствии с вышеуказанным приказом Министерства здравоохранения РФ работники спортивной медицины осуществляют функции, которые условно можно разделить на группы: проведение диспансеризации лиц, занимающихся физической культурой и спортом; учёт и проведение врачебных комиссий спортсменов; обслуживание спортивных мероприятий и соревнований; реабилитация лиц, занимающихся физкультурой и спортом.

Диспансеризация включает в себя осуществление систематического контроля состояния здоровья лиц, занимающихся физкультурой и спортом, включая врачебно-педагогические наблюдения. Периодичный контроль способствует профилактике заболеваний и травм, повышению эффективности использования средств физической культуры, в том числе лечебной физкультуры, для сохранения и восстановления здоровья населения. Кроме того, средний медицинский персонал учреждений спортивного профиля принимает участие в медико-педагогической части спортивного отбора лиц при зачислении в учреждения и организации физкультурно-спортивной направленности, проведение консультаций по выбору вида спорта, спортивной специализации на основании данных, полученных в результате обследования и тестирования.

Второй, но не менее важной группой функций медицинской сестры в спортивной медицине является организация медицинских осмотров лиц, занимающихся физической культурой и спортом. В неразрывной связи с врачами различных специальностей принимается решение вопроса о допуске к занятиям физической культурой и спортом и/или к выполнению нормативов испытаний (тестов) комплекса ГТО, выдача медицинских заключений о допуске.

Несмотря на сложную общественную ситуацию, связанную с санкциями и СВО, в регионе так же, как и по всей стране, продолжают проводиться крупные спортивные мероприятия различного уровня (местного, регионального, межрегионального, всероссийского и международного). В 2022 году было проведено 179 спортивных мероприятий, вовлечено более 26 тысяч человек. Это были соревнования как регионального, так и всероссийского, а также международного характера. В их числе – Международный чемпионат по художественной гимнастике, 3-й Международный фестиваль по борьбе САМБО,

8-я Всероссийская летняя Универсиада, Всероссийский ЗаБег, Всероссийские соревнования по пляжному волейболу, 12-й Всероссийский фестиваль студенческого спорта, Международный турнир по КАРАТЭ «Юный Самурай» и другие.

Что касается медицинского обеспечения спортивных соревнований врачевно-сестринскими бригадами, врач по спортивной медицине на правах главного врача соревнований (ответственного медицинского работника), а также медсестра спортивной медицины участвуют в работе мандатной комиссии, проверяют наличие медицинских документов, предоставляющих право спортсменам на участие в соревнованиях. При травмах оказывается необходимая медицинская помощь. С целью профилактики спортивного травматизма оценивается состояние места проведения состязания, погодные условия, необходимые защитные приспособления спортсменов.

Таким образом, средние медицинские работники врачевно-физкультурного диспансера играют основную роль в медицинском обеспечении спорта и физической культуры, реабилитации лиц, занимающихся физкультурой и спортом (лечебная физкультура, массаж, физиотерапевтические процедуры), привлечение населения к занятиям физической культурой с целью профилактики заболеваний, укрепления и сохранения здоровья и физической активности. Благодаря работе специалистов спортивной медицины повышается популярность здорового образа жизни и занятий спортом.

Н.В. Сотникова

ОРГАНИЗАЦИЯ СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

**ГУЗ «Городская клиническая больница
святого апостола Андрея Первозванного»**

Актуальность. В настоящее время отмечается повышенное внимание к семьям с детьми, страдающим детским церебральным параличом, который относится к числу наиболее распространенных патологий центральной нервной системы у детей.

За детьми с детским церебральным параличом требуется постоянный уход. Болезнь постепенно прогрессирует, в связи с этим появляются новые симптомы, усугубляющие состояние больного. Эффективная реабилитация детей с детским церебральным параличом

включает в себя комплекс мероприятий, в котором уделяется внимание не только физическому, но и умственному развитию ребенка, приобретению навыков самостоятельности и социальной адаптации.

Эффективность оказания сестринской помощи определяется своевременностью, взаимосвязанностью, непрерывностью, преемственностью в работе различных звеньев. Медицинская сестра должна знать мероприятия по профилактике заболеваний нервной системы у детей; факторы риска, способствующие возникновению заболеваний нервной системы; клинические проявления детского церебрального паралича; этические принципы общения с больными детским церебральным параличом и многое другое.

При работе с детьми с детским церебральным параличом медицинская сестра должна уметь осуществлять сестринский процесс и оценивать результаты ухода, обеспечить инфекционную безопасность. Медицинская сестра должна следить за соблюдением правил общего ухода за детьми с детским церебральным параличом.

Медицинская сестра дает рекомендации родителям по технике воспитания детей, больных детским церебральным параличом, а также по правильному подбору одежды и средств гигиены для ребенка с детским церебральным параличом, по поводу техники кормления ребенка с детским церебральным параличом.

Цели исследования.

1. Описать основные характеристики детского церебрального паралича, специфику физического развития детей с детским церебральным параличом.
2. Обозначить направления и методы лечения, ухода и физической реабилитации детей больных детским церебральным параличом.
3. Выявить роль сестринского персонала в организации ухода для детей больных детским церебральным параличом.
4. Провести анализ факторов, которые влияют на эффективность сестринской помощи детям больных с детским церебральным параличом.

Методы исследования.

1. Классификация полученной информации.
2. Метод анкетирования родителей детей с детским церебральным параличом.
3. Метод анкетирования медицинских сотрудников, работающих с детьми с детским церебральным параличом.

Выводы. Разработан план реабилитации детей с детским церебральным параличом в ООМПДОУ. Внедрены в работу

рекомендации для среднего медицинского персонала по уходу, питанию, подготовки к диагностическим процедурам, к лечебным процедурам с детьми с детским церебральным параличом. Организована «Школа родителей детей с ДЦП», которая позволила выявить и скорректировать медицинские, социальные и психологические проблемы семьи, в которой были разработаны методические пособия, брошюры, инструкции для родителей.

Г.С. Хайсянова, С.Ю. Васильчева

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОВЕДЕНИИ НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ ПАЦИЕНТАМ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ХИМИОТЕРАПИИ

ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Нутритивная поддержка – система лечебного питания с помощью, которой можно противодействовать прогрессированию потери веса и истощению, которые сопутствуют болезни. Большинство пациентов со злокачественными новообразованиями сталкивается с такими проблемами, как потеря веса, снижение аппетита. Нарушение питания может служить причиной изменения схемы химиотерапии, влиять на результаты лечения, снижать качество жизни. Нутритивная недостаточность у пациентов со злокачественными новообразованиями встречается в 85% случаев. У 20% пациентов истощение организма негативно сказывается на эффективности лечения и дальнейшей реабилитации. Нарастающая потеря веса – неотъемлемый компонент прогрессирования болезни. В процессе противоопухолевого лечения значимая потеря веса (более 10%) возникает у 45% больных. Потеря веса 5% во время лечения уже ассоциируется с ухудшением прогноза лечения. Поэтому вопросами питания наряду с врачом должна заниматься медицинская сестра.

Цель исследования – выявить роль медицинской сестры в проведении нутритивной поддержки пациентам с онкологическими заболеваниями при проведении химиотерапии.

Методы исследования: опрос, наблюдение, анкетирование. Нутритивную поддержку необходимо назначать за 7–10 дней до начала химиотерапии, не дожидаясь осложнений. Поскольку при легкой степени питательной недостаточности проще стабилизировать

нутритивный статус и предотвратить тяжелое истощение и продолжать до нормализации питательного статуса. С помощью нутритивной поддержки обеспечивают калораж 25–30 ккал/кг в сутки, высокую суточную дозу белка – не меньше 1-1,5 г/кг. Потребность в белке у пациентов со злокачественными новообразованиями возрастает вдвое. Скрининг нутритивного статуса должен применяться также на амбулаторном этапе, т.к. у каждого третьего развивается тяжелое истощение. Для назначения нутритивной поддержки применяют скрининг и мониторинг: своевременное выявление пациентов из группы риска от прогрессирующей потери массы тела. Для этого используют опросники, антропометрические и лабораторные показатели для имеющейся недостаточности питания. Показания к нутритивной поддержке при химиотерапии: индекс массы тела меньше 20 кг/м², потеря более 5% массы тела за 6 месяцев, гипопроотеинемия меньше 60 г/л или гипоальбуминемия меньше 30 г/л, энтеропатия средней и тяжелой степени. Применяют различные виды нутритивной поддержки: сипинг, энтеральное питание, парентеральное питание. Сипинг: пероральный прием лечебного питания маленькими глотками (50–100 мл/ч) между основными приемами пищи. В основном применяется данный вид нутритивной поддержки. Энтеральное питание: (через назогастральный зонд или стому). Парентеральное питание: нутриенты вводятся непосредственно в кровеносное русло. Основными составляющими парентерального питания являются: 20% растворы углеводов, 10–20% жировые эмульсии, растворы кристаллических аминокислот, комплексы микроэлементов. Результаты. Ежемесячно из 85 пациентов, получающих химиотерапию, 5 нуждались в нутритивной поддержке. Применялось питание с высоким содержанием белка (18 г, как в 3 яйцах) и энергии (306 ккал) в малом объеме (125 мл), 437 мг кальция (столько содержится в 3 стаканах молока), 2,7 мг железа (как в 100 г говядины), 38 мг витамина С (как в одном лимоне) и еще 15 минералов и 14 витаминов. Всего за 2022 год пациенты получили 1200 флаконов нутридринк компакт протеина по 125 мл с различными вкусовыми добавками: со вкусом шоколада, персик-манго, клубники, с учетом вкусовых предпочтений. По данным опроса, после применения нутритивной поддержки в течение всего процесса лечения улучшилось состояние, восстановилась масса тела у 95%, уменьшились проявления тошноты и рвоты, улучшился аппетит у 96% респондентов.

Выводы. Профессионально организованная нутритивная поддержка при проведении химиотерапии предотвращает белково-энергетическую недостаточность, улучшает переносимость лечения,

повышает качество жизни. Важное значение в обеспечении процесса нутритивной поддержки принадлежит медицинской сестре – вовремя заметить возникшую необходимость в нутритивной поддержке, регулярно ее обеспечивать, следить за состоянием пациентов, возникновением тошноты и рвоты, аппетитом и весом, профессионально консультировать по вопросам лечебного и рационального питания.

С.Н. Шарова

ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ БЕРЕЖЛИВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ГУЗ «ДЕТСКАЯ ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА ГОРОДА УЛЬЯНОВСКА

ГУЗ «Детская городская клиническая больница города Ульяновска»

В октябре 2016 года по инициативе Управления по внутренней политике Администрации Президента Российской Федерации стартовал пилотный проект – по совершенствованию системы оказания первичной медико-санитарной помощи «Бережливая поликлиника». Реализация проекта запланирована на период 2019–2024 года включительно. В создании и тиражировании «новой модели медицинской организации», оказывающей первичную медико-санитарную помощь, планируется участие 85 субъектов Российской Федерации, более 6,5 тысяч поликлиник будут использовать бережливые технологии в своей деятельности. В Ульяновской области бережливые технологии в здравоохранении впервые начали применяться на базе ГУЗ «Детская городская клиническая больница города Ульяновска» совместно с Госкорпорацией «Росатом» с 2021 года в рамках проекта «Эффективный регион», реализуемый Правительством Ульяновской области.

Что же такое бережливое производство? Бережливое производство в здравоохранении – это концепция создания и развития такой системы охраны здоровья граждан, которая позволяет достичь наилучшего уровня качества, затраты и сроков оказания медицинской помощи, а соответственно устойчивого развития данной системы.

Выбраны несколько проектов: «Оптимизация работы картоохранилища», «Оптимизация работы картотеки прививочного кабинета», «Оптимизация работы Ресепшен», «Оптимизация работы кабинета ультразвуковой диагностики», «Оптимизация работы поликлиники при вакцинации детей от COVID-19».

Основная цель проекта – повышение эффективности деятельности поликлиники и уровня удовлетворенности пациентов доступностью и качеством оказания медицинской помощи, упрощение логистики и записи на прием к врачу, сокращение времени пребывания пациентов в учреждении, разделение потоков пациентов, устранение существующих временных, финансовых и иных потерь. Были сформированы команды – рабочие группы каждого проекта, карточки проектов, в которых поставлены цели и плановые эффекты, выявление проблем, задач и пути решения. Проведена большая работа по выявлению текущих и целевых показателей, составлены планы мероприятий по достижению целевого состояния проектов, обозначены сроки их исполнения. Руководитель каждого проекта предоставлял и защищал достигнутые целевые показатели. В нашей больнице создан проектный офис по этому направлению, руководители подразделений и сотрудники вовлечены в проектную деятельность. Персонал больницы регулярно проходят обучение по использованию элементов бережливого производства, 42 сотрудника учреждения прошли обучение на фабрике процессов в Региональном Центре Компетенции, 54 медицинских регистратора прошли тренинги по профессиональным навыкам общения с пациентами.

Разработан пакет методик на базе реализованных проектов, ведутся работы по наполнению этих методик своими примерами. Список проектов в ходе реализации постоянно обновляется и расширяется, что положительно сказывается на работе больницы и общем уровне удовлетворенности населения. Организована работа по созданию базы лучших практик. В нашей больнице уже совершенствована работа Call-центра, что способствовало сокращению времени дозвона пациентов. Разработаны речевые алгоритмы общения пациента при обращении в регистратуру или Call-центр. В поликлиниках внедрена система цветowych указателей, что позволяет быстро найти нужный кабинет. ГУЗ «Детская городская клиническая больница города Ульяновска» получила статус «Образец регионального уровня». По итогам проведенной работы учреждение стало первым в регионе образцом применения «бережливого производства» среди всех государственных учреждений и четвертым учреждением в России, получившим подобный статус.

Н.В. Шибилит, Е.В. Григорьева

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ГУЗ «НОВОСПАССКАЯ РБ»

ГУЗ «Новоспасская районная больница»

Актуальность. В настоящее время частота онкологических заболеваний с каждым годом возрастает. В среднем за год заболевают 10 000 000 человек, в день – 28 089 человек, из них 1600 – россияне. И речь идет только о тех, кому поставлен диагноз. Фактическая цифра больных раком еще выше. Каждый год в нашей стране 300 000 человек умирает от рака. Из них 54% – мужчины, 46% – женщины. Причина высокой смертности – поздняя диагностика опухолей из-за того, что пациент боится обращаться к врачу. По статистике больных раком спасает прежде всего своевременная диагностика. 90% пациентов, у которых онкологию выявили на ранней стадии, успешно излечиваются и живут долгие годы в состоянии ремиссии. Поэтому вопрос о является актуальным.

С целью обеспечения территориальной и транспортной доступности для пациентов при получении медицинской помощи, ранней диагностики и профилактики онкологических заболеваний, в 2021 году в рамках реализации регионального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями», в ГУЗ «Новоспасская РБ» открыт Центр амбулаторной онкологической помощи, для обслуживания населения пяти близлежащих районов (95 тысяч населения). Основными задачами Центра являются увеличение доступности проведения исследований с целью обследования пациентов с подозрением на злокачественные новообразования, приближение проведения лекарственного противоопухолевого лечения к месту жительства пациента, организация полноценного диспансерного наблюдения пациентов с онкологическими заболеваниями, способствующего своевременному выявлению рецидивов заболевания и их лечению, улучшение качества жизни и увеличение выживаемости пациентов с онкологическими заболеваниями, в том числе имеющих тяжелое течение основного заболевания или сопутствующую патологию.

При подозрении или выявлении у пациента онкопатологии, врачи-терапевты, врачи общей практики, средние медицинские работники в установленном порядке направляют пациента на консультацию в центр амбулаторной онкологической помощи. В центре работают

врачи онкологи, врач онколог-химиотерапевт, врач ультразвуковой диагностики, врач-эндоскопист, а также специалисты со средним медицинским образованием. В день осуществляется приём 15–20 человек. По назначению проводятся такие исследования, как магнитно-резонансная томография, компьютерная томография, маммография, снимки сразу же расшифровываются врачами рентгенологами. В эндоскопическом отделении проводится видеозофагогастродуоденоскопия, видеофиброколоноскопия, фибробронхоскопия, в том числе под наркозом. В 2022 году в Центр амбулаторной онкологической помощи обратилось 1 187 человек, выполнено 1 187 обследований, выявлено 13 человек с впервые выявленной онкопатологией.

Кроме того, в Центре проводят высокоуровневую химиотерапию дорогостоящими препаратами. За прошедший год выполнено 78 случаев.

В дальнейшем планируется внедрение в работу новой методики удаления доброкачественных новообразований, проведение биопсии под ультразвуковым контролем, что позволит точно визуализировать патологическое новообразование, а также кровоток вокруг него.

Выводы. Диагностика рака на ранних стадиях повышает вероятность хорошего ответа на лечение, увеличивает шансы пациента на выживание и позволяет использовать менее дорогостоящие методы лечения, а скорейшее начало лечения позволяет значительным образом улучшить жизнь онкологических пациентов.

Е.В. Шонина, К.В. Литвинова, И.Н. Перепелкина

СВОЕВРЕМЕННАЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ КАК ОТВЕТСТВЕННЫЙ ШАГ К СВОЕМУ ЗДОРОВЬЮ

ГУЗ «Городская поликлиника №4»

Актуальность. Жизнь в 21 веке ставит перед нами много новых проблем, среди которых самой актуальной на сегодняшний день является проблема сохранения и укрепления здоровья. В настоящее время в Российской Федерации сохраняются негативные тенденции в состоянии здоровья населения. Падает рождаемость, остаются высокими показатели общей смертности и связанная с ними естественная убыль населения.

Здоровье человека зависит от генетики, факторов среды (экология, тяжелые условия труда, военные конфликты и т.д.) и от поведения самого человека. Вредные привычки способны разрушить физическое и

психическое здоровье человека. Проверить свое здоровье можно с помощью профилактических осмотров и диспансеризации, которые помогают предотвратить развитие заболеваний, а также диагностировать заболевания на ранней стадии для скорейшего начала их лечения.

Цель – рассмотреть эффективность своевременного прохождения диспансеризации для выявления признаков хронических неинфекционных заболеваний на ранних стадиях.

Задачи: предупреждение возникновения заболеваний, активное выявление заболеваний и патологических состояний на ранних стадиях, своевременное лечение выявленных заболеваний, проведение реабилитационных мероприятий, активная санитарно-просветительная работа среди населения.

Материал и методы. В ходе обследования на первом этапе были использованы такие методы, как опрос, антропометрия, определение ИМТ, измерение АД, уровня общего холестерина, уровня глюкозы в крови, определение сердечно-сосудистого риска, проведение индивидуального профилактического консультирования, ЭКГ, посещение всеми женщинами смотрового кабинета, флюорография, измерение внутриглазного давления, маммография, исследование кала на скрытую кровь.

На втором этапе диспансеризации проводились: осмотр узкими специалистами, дуплексное сканирование брахицефальных артерий, колоноскопия, спирометрия, эзофагогастродуоденоскопия, КТ легких, флюорография легких, углубленное профилактическое консультирование.

Результаты. В ходе проведенной диспансеризации определенных групп взрослого населения с 01.01.2022 по 31.12.2022 год на первом этапе выявлено впервые 931 заболевание: болезни системы кровообращения – 680 человек (из них гипертоническая болезнь – 369 чел.); сахарный диабет – 64 чел.; болезни органов дыхания – 54 чел.; болезни органов пищеварения – 80 чел.; онкологические заболевания – 26 чел.

На втором этапе диспансеризации определенных групп взрослого населения проведено: осмотр врача-невролога – 79; дуплексное сканирование брахицефальных артерий – 35; осмотр (консультация) врача-хирурга или врача-уролога – 36; осмотр (консультация) врача-хирурга или врача-колопроктолога, включая проведение ректороманоскопии – 210; колоноскопия – 34; эзофагогастродуоденоскопия – 56; спирометрия – 3257; осмотр (консультация) врача акушера-гинеколога – 2 314; осмотр (консультация) врача-оториноларинголога – 64; осмотр (консультация) врача-офтальмолога – 80; индивидуальное или групповое

углубленное профилактическое консультирование – 5 248. Дальнейшее наблюдение за пациентами проводится профильными специалистами.

Вывод. Ежегодное прохождение диспансеризации и профилактических осмотров позволяет выявить хронические неинфекционные заболевания на ранних стадиях, тем самым предотвращая риск тяжелых осложнений, ведущих к инвалидизации, а в некоторых случаях – к летальному исходу.

Д.А. Золотарёв, А.М. Имангулов

ПРИМЕНЕНИЕ ЭБРАНТИЛА У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКИМ КРИЗОМ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая станция
скорой медицинской помощи»

Важным фактором снижения сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности является эффективный контроль за артериальной гипертензией – самой распространенной патологией, определяющей высокую обращаемость на скорую медицинскую помощь.

В Российской Федерации примерно в 20% случаев причиной вызова СМП является гипертонический криз. По разным регионам гипертонический криз составляет от 7% до 25%. Особенно опасен осложненный гипертонический криз, который встречается у 3% всех неотложных состояний, связанных с артериальной гипертензией.

Цель исследования – при гипертоническом кризе необходимы неотложные мероприятия по купированию развившихся острых и критических проявлений, стабилизации АД, что свидетельствует о необходимости совершенствования догоспитального этапа оказания медицинской помощи больным.

Материалы и методы: по статистическим данным ГУЗ УОКССМП за последние 3 года отмечается уменьшение общего количества вызовов и их уменьшение по поводу артериальной гипертензии. Клинические рекомендации по купированию осложненного гипертонического криза предлагают снижать АД с первых минут в зависимости от клинических проявлений. При неосложненном гипертоническом кризе скорость снижения АД не должна превышать 25% за первые 2 часа, с последующим достижением целевого АД в течение нескольких часов (не более 24–48 ч.) от начала терапии. Парентеральная терапия более управляема, чем пероральный или сублингвальный прием препаратов. Надо учитывать индивидуальные особенности пациентов: ассоциированные заболевания, особенно у пожилых больных, фармакодинамику лекарственных препаратов, понимания патофизиологических процессов в наиболее уязвимых органах, как миокард и головной мозг, прежде всего при осложненном гипертоническом кризе и основываться на принципах доказательной медицины. Эбрантил (урапидил) – препарат, обладающий двойным механизмом действия: блокирует постсинаптические альфа-1 адренорецепторы,

таким образом, блокирует сосудосуживающее действие катехоламинов (периферическое действие); регулирует центральный механизм поддержания сосудистого тонуса и обладает слабым бета-адреноблокирующим действием (центральное действие). После внутривенного введения урапидила наблюдается двухфазное снижение концентрации препарата: сначала – быстрое снижение (альфа-фаза), а затем – медленное (бета-фаза). Эффективные свойства Эбрантила подтверждаются в ряде исследований, осуществленных в рамках международных протоколов.

В исследование были включены 121 больной гипертоническим кризом (неосложненным и осложненным) за период с февраля по октябрь 2022 года. Возраст пациентов варьировал от 19 до 83 лет, составив в среднем 66 лет. Критериями включения были: лица старше 18 лет; САД более 210 мм рт. ст. и/или ДАД более 110 мм рт.ст., наличие гипертонического криза. Критериями исключения явились ОКС, АКШ, тяжелая почечная недостаточность, беременность. Все вышеперечисленные случаи были исключены путем сбора анамнеза, объективного обследования и регистрации ЭКГ. Проводился анализ факторов риска гипертоническом кризе. Особое внимание уделялось артериальной гипертензии, ИБС и СД. При наличии всех критериев включения и отсутствии критериев исключения и после получения устного согласия больного Эбрантил вводили внутривенно, начиная с дозы 25 мг. При недостаточном снижении АД добавляли через 2 минуты еще 25 мг (согласно инструкции). При эффективности урапидила при купировании гипертонического криза, успешным считалось снижение САД на 20–25% и/или ДАД ниже 100 мм рт. ст.

За период с февраля по октябрь 2022 года на территории ПСМП №3 в исследование включено 121 больной с гипертоническим кризом: 20 чел. (16,5%) мужчин и 101 чел. (83,5%) женщин. Больные с неосложненным гипертоническим кризом составили 107 чел. (88,4%): мужчины – 18 чел. (14,9%); женщины – 89 чел. (73,5%). Пациентов с осложненным гипертоническим кризом было 14 чел. (11,6%): мужчины – 2 чел. (1,6%); женщины – 12 чел. (10%). Средний возраст больных составил 65,7 лет: мужчины – 65 лет (от 31 до 81 г.); женщины – 69 лет (от 19 до 83 г.). Результаты исследования показали, что наибольшее количество больных в возрастных группах: 50–59 лет – 14 чел. (11,5%); 60–69 лет – 26 чел. (21,5%); 70–79 лет – 48 чел. (39,8%); старше 80 лет – 21 чел. (17,4%). Итак, гипертонический криз регистрировался чаще у лиц в возрасте старше 50 лет и составил 109 чел. (90,2%), но больше всего у пациентов в группе 70–79 лет – 48 чел. (39,8%). Из ассоциированных заболеваний в анамнезе выявлено наличие артериальной гипертензии у 115 (95%) больных. На развитие гипертонического криза существенное влияние

оказывает «стаж» (продолжительность) артериальной гипертензии, который составил 14,6 лет: мужчины – 10,7 лет; женщины – 15,3 лет. Среди пациентов сочетание АГ с другими факторами риска также оказалось высоким: ДЭ – 53 чел. (43,8%); ИБС – 17 чел. (14%); ОНМК – 15 чел. (12,4%); СД – 13 чел. (10,7%); ожирение – 13 чел. (10,7%). Отягощенный наследственно-семейный анамнез отмечен у 67 чел. (55,3%) пациентов.

Таким образом, представленные данные свидетельствуют о первоочередной значимости артериальной гипертензии и влиянии других модифицируемых факторов риска на развитие гипертонического криза.

В амбулаторных условиях принимали медикаментозную терапию (регулярно и эпизодически) – 100 чел. (82,6%) пациентов, в основном ИАПФ – 49,5%, причем один препарат – 51,2%.

Больные гипертоническим кризом предъявляли жалобы: церебральные – 84 чел. (73%); кардиальные – 46 чел. (12,7%); невротические и признаки вегетативной дисфункции – 28 чел. (7,7%); нарушения зрения – 18 чел. (5%); прочие – 6 чел. (1,6%). Самыми частыми жалобами больных были: головная боль – 98 чел. (27,1%); головокружение – 78 чел. (21,5%); тошнота и рвота – 64 чел. (17,6%); боли за грудиной – 37 чел. (10,2%); слабость – 17 чел. (4,7%).

Результаты: таким образом, полученные данные позволяют констатировать, что после введения Эбрантила у больных количество жалоб значительно уменьшилось и составило 6,4%. Средние значения уровня АД до лечения составили: САД – 227,8 мм рт. ст. (от 215 до 300 мм рт. ст.); ДАД – 123,8 мм рт. ст. (от 115 до 160 мм рт. ст.). После внутривенного введения 25 мг Эбрантила уровень АД: САД – 173,5 мм рт. ст.; ДАД – 94,8 мм рт. ст.; а после 50 мг: САД – 170,6 мм рт. ст.; ДАД – 89,6 мм рт. ст. Среднединамическое АД (АД_{ср}) является важнейшей гемодинамической характеристикой системы кровообращения. За норму принято от 60–70 до 150 мм рт. ст. При первичном осмотре АД_{ср} составило 159 мм рт. ст., а после введения 25 мг Эбрантила – 121 мм рт. ст.; 50 мг – 117 мм рт.ст. Таким образом, Эбрантил эффективно снижал уровень АД при гипертоническом кризе (основной симптом), как систолического, так и диастолического, в зависимости от дозы: 25 мг – САД на 23,8%; ДАД на 23,4%; 50 мг – САД на 25,1%; ДАД на 27,6%. Среднединамическое АД с 159 мм рт. ст. снизилось до нормальных значений (121 и 117 мм рт. ст.).

Исследование показало, что средняя ЧСС до лечения 81,6 от 54 до 150 уд/мин), а после введения Эбрантила: 25 мг – 77,4 уд/мин; (от 56 до 92 уд/мин); 50 мг – 74,8 уд/мин. (от 54 до 88 уд/мин.). Таким образом, Эбрантил практически не влиял на ЧСС, которая после

введения 25 мг и 50 мг уменьшилась на 4,2 уд/мин (5,1%) и на 6,8 уд/мин (8,3%), соответственно.

На догоспитальном этапе в условиях скорой медицинской помощи основным лекарственным препаратом у больных с гипертоническим кризом являлся Эбрантил. В 93,4% случаев приемлемый клинический результат получили при внутривенном введении 25 мг, а в 6,6% – 50 мг, соответственно.

После проведенной терапии Эбрантилом больные отметили субъективное улучшение в 98,3% случаев. Таким образом, больным с гипертоническим кризом, как неосложненным, так и осложненным, проводилась адекватная терапия, особенно гипотензивная, влияющая положительно на купирование гипертонического криза.

Выводы.

1. Эбрантил является достаточно эффективным, управляемым гипотензивным препаратом, качественно улучшающий клинические проявления при купировании гипертонического криза в условиях скорой медицинской помощи.
2. Эбрантил не вызывает значимых клинических побочных эффектов, в том числе и клинической гипотензии.
3. Эбрантил является альтернативным препаратом короткого действия для лечения гипертонического криза, поскольку он не уступает другим антигипертензивным средствам для внутривенного введения, применяемых на догоспитальном этапе.
4. Полученные результаты позволяют рекомендовать применение препарата Эбрантил для купирования гипертонического криза, в том числе и у пожилых пациентов, в условиях скорой медицинской помощи.

Е.Д. Берч

ОПАСНОСТЬ ОТРАВЛЕНИЯ ГРИБАМИ

**ГУЗ «Ульяновская областная клиническая станция
скорой медицинской помощи»**

Актуальность. Отравление грибами происходит в результате употребления диких разновидностей грибов, содержащих различные формы токсинов. Среди этих токсинов грибы, содержащие аматоксин, известны значительной заболеваемостью и смертностью от печеночной токсичности и отсроченного гастроэнтерита. Отравление грибами возникает при употреблении в пищу ядовитых грибов, содержащих

токсины, ответственные за различные синдромные проявления, и некоторые из них имеют высокую смертность. Потребление лесных грибов в России вызывает большое количество отравлений. Однако известно, что некоторые дикорастущие грибы ядовиты, особенно те, которые содержат аматоксины, что приводит к молниеносному гепатиту. Точная распространенность отравления грибами в нашей стране не принималась во внимание, поскольку такие отравления редки или о них не сообщается.

Материалы и методы: всего с января 2015 г. по декабрь 2022 г. было госпитализировано 44 пациента с отравлением грибами, из них 23 мужчины (52%) и 21 женщина (48%), средний возраст 20,13 года ($SD \pm 15,39$). Возраст пострадавших колебался от 2 до 60 лет. Основным источником дикорастущих грибов пациенты или родственники сами собирали их для употребления в пищу. В нашем исследовании было выявлено шесть клинических синдромов, причем наиболее частым был острый гастроэнтерит (38%), за ним следовали печеночная недостаточность и отсроченный гастроэнтерит (43%). Из 17 больных с «отсроченным токсическим поражением печени и синдромом отсроченного гастроэнтерита» 10 больных (58%) скончались в связи с осложнениями фульминантного гепатита. У большинства этих пациентов симптомы проявлялись поздно (через 6 часов) и, следовательно, откладывалась госпитализация. Однако ни один из пациентов с другими синдромами не умер. Сравнительный анализ двух синдромов «Отсроченная гепатотоксичность и отсроченный гастроэнтерит» и «острый гастроэнтерит» показывает, что тяжесть первого больше в плане осложнений кровотечения, энцефалопатии, гипогликемии, острого повреждения почек, потребности в ИВЛ.

Насколько известно из литературы, во всем мире насчитывается более 10 000 видов грибов. Однако известно, что лишь небольшой процент ядовит. Известно, что в нашей стране встречается более 1200 видов грибов, из них более 500 видов являются токсичными и содержат летальные микотоксины, вызывающие различные типы клинических синдромов. Отсроченная токсичность для печени и отсроченный гастроэнтерит, вызванные аматоксином и филлотоксином, обнаруженным в видах грибов *Amanita*, *Lepiota* и *Galerina*, являются причиной до 30% смертности. Судороги, отсроченный гастроэнтерит и гепатотоксичность, вызванные гиромитрином, обнаруженным у видов *Gyromitra*, видов *Sarcosphaera* и на виды *Suathipodia* приходится до 10% смертности. Отсроченный рабдомиолиз и отсроченная энцефалопатия с почечной недостаточностью вызванные неизвестным токсином, составляют до 25% и 27% смертности соответственно.

Результаты: в нашем наблюдении исследования наш диагноз был основан также на представлении клинического синдрома. Смертельные случаи отравления грибами были связаны с отсроченной токсичностью печени и синдромом отсроченного гастроэнтерита, вероятно, вызванными токсинами печени (аматоксинами и филлотоксинами), обнаруженными в грибах *Amanita*, *Lepiota* и *Galerina*. Младшие возрастные группы страдают больше, возможно, потому, что они неосознанно собирают и потребляют ядовитые грибы, по сравнению с пожилыми людьми, у которых есть знания предков о типах ядовитых грибов. У всех 17 больных был тяжелый гепатит с осложнениями в виде кровотечения и энцефалопатии. Уровень летальности достигал 58%, что указывает на то, что пациенты с ассоциированным синдромом подвержены более высокому риску смерти и, следовательно, должны лечиться с особой осторожностью. Мы также отметили наличие других синдромов, которые, однако, не являются фатальными и требуют дополнительной поддерживающей терапии. Клиническая картина отравления грибами помогает предвидеть, являются ли потребляемые грибы ядовитыми и опасными для жизни. Большинство сообщений о случаях заболевания были диагностированы на основании клинического анамнеза и клинических проявлений, поскольку идентификация грибов опытным микологом не всегда доступна, а также проводится анализ токсинов. Смертельная доза (ЛД₅₀) аманитина или альфа-аматоксина может составлять всего 0,4–0,8 мг/кг для человека, что соответствует приблизительно двум шляпкам гриба. Один гриб содержит 10 мг токсина, что достаточно для летального исхода. Смертность в нашей когорте пациентов – это те, у кого отсрочено начало гепатита и поздно поступили в больницу. Таким образом, гепатит и позднее обращение являются важными прогностическими факторами исхода отравления грибами. Специфические тесты на токсины в сыворотке включают высокоэффективную жидкостную хроматографию с обращенной фазой, капиллярный электрофорез в сочетании с масс-спектрометрией и жидкостную хроматографию в сочетании с масс-спектрометрией или тандемную масс-спектрометрию. Токсины в моче можно определить с помощью твердофазного иммуоферментного анализа (ИФА), радиоиммуноанализа и высокоэффективной световой хроматографии. Тем не менее, эти тесты ограничены и не легко доступный. Для других антиоксидантов, таких как N-Эффективность ацетилцистеина (NAC), витамина С еще не доказана. В недавнем системном обзоре, проведенном Jiaming Liu et al., была показана эффективность лечения NAC в сочетании с другими видами терапии у пациентов с отравлением аматоксином. Мы также отметили, что климат играет важную роль

в росте этих дикорастущих ядовитых грибов. Осадки, температура и влажность являются факторами, влияющими на рост дикорастущих грибов. Разнообразию видов деревьев и климатических факторов в нашем штате благоприятствует присутствию эктомикоризных грибов, что указывает на то, что это эндемичная зона для таких грибов. Дикие грибы (виды *Amanita*, *Lepiota* и *Galerina*) представляют собой эктомикоризные грибы, произрастающие в смешанных лиственных и хвойных лесах, со средней температурой 23–24°C, относительной влажностью > 80% и количеством осадков > 200 мм, которые хорошо растут в лесах и легко доступны для сбора. Следовательно, важно знать о существовании таких дикорастущих ядовитых грибов. Раннее медицинское вмешательство, которое можно легко провести в периферийных медицинских центрах, как упоминалось в обсуждении, снизило смертность и органную недостаточность, о чем свидетельствует упоминание литературы в части обсуждения. Поэтому мы считаем, что врачи первичного звена могут сыграть большую роль в спасении жизней пациентов со смертельным отравлением грибами в нужное время. Ограничения нашего исследования заключаются в следующем. Во-первых, это было ретроспективное исследование. Во-вторых, отсутствовали специфические диагностические тесты, и нельзя было провести анализ мочи и крови пациента на токсины. В-третьих, диагноз синдрома был основан на истории болезни и клинической картине. Наконец, число случаев отравления грибами также невелико, что усложняет демонстрацию значимости клинических признаков в исходах лечения пациентов.

Заключение: наше исследование показало, что некоторые дикие грибы съедобны, а некоторые нет. Отсроченная токсичность для печени и отсроченный гастроэнтерит приводят к наибольшему количеству смертельных случаев среди дикорастущих грибов. Известно, что климатические факторы (температура, количество осадков и влажность) способствуют росту дикорастущих ядовитых грибов. Если не доказано, все поздние случаи отравления грибами с гепатитом следует рассматривать как отравление аматоксином, которое приводит к летальному исходу. Следует рассмотреть немедленную реанимационную и агрессивную терапию для предотвращения повреждения органов. Ранняя весна, сезон дождей и осень – ожидаемое время таких случаев. Осведомленность о существовании таких грибов в этой части нашей страны следует пропагандировать, чтобы предотвратить возникновение смерти от отравления грибами.

С.А. Зязянов

ОСОБЕННОСТИ ВЫБОРА ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА БРИГАДАМИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая станция
скорой медицинской помощи»

Цель исследования – проанализировать особенности дифференциальной диагностики гипертонического криза и выбора алгоритма лечения бригадами скорой медицинской помощи.

Материал и методы. В исследование включено 112 больных с гипертонической болезнью, осложненной гипертоническим кризом, которым оказывалась скорая медицинская помощь бригадами Центральной подстанции скорой медицинской помощи ГУЗ УОКССМП за период с 2021 по 2022 гг. 38 (33,9%) пациентов были направлены в дежурные отделения стационаров г. Ульяновска. 16 (14,2%) больных после оказанной помощи не удалось достигнуть положительного эффекта, от госпитализации отказались. 48 (42,8%) после оказанной помощи с положительного результатом, оставлены дома. 10 (8,9%) отказались от медицинской помощи полностью.

Обследовано 112 пациентов с гипертоническим кризом, включая 40 мужчины (35,7%) и 72 женщины (64,2%) в возрасте от 24 до 84 лет (средний возраст – $60,9 \pm 14,1$ лет). Всем пациентам оказывалась скорая медицинская помощь согласно приказу Минздрава России от 05.07.2016 года №470н «Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при гипертонии».

Результаты исследования. Обращает внимание значительное число поздних обращений за медицинской помощью при развитии гипертонического криза. Время от начала оказания медицинской помощи с момента развития гипертонического криза только у 52 пациентов (46,4%) составило до 1 часа. В остальных случаях была задержка с началом лечения: у 35 пациентов (31,3%) – до 2-х часов, у 25 человек (22,3%) – от 2 до 5 часов. Из анамнеза установлено, что пациенты не используют гипотензивные препараты повседневно – 52 случая (46,4%). Не принимали гипотензивные препараты до приезда бригады скорой помощи 41 человек (36,6%). Из арсенала стандартной укладки фельдшера скорой медицинской помощи укомплектованного гипотензивными препаратами из разных фармакологических групп

при внутривенной терапии применялись: вазодилататоры в 57,1%, α -1 адреноблокаторы – 30% (Урапидил, Клофелин).

Для монотерапии использовались: вазодилататоры в 32,9%, α -1 адреноблокаторы – 24,3%. Использовалась таблетированная форма препаратов: Моксонидин, Каптоприл, Метопролол, Нифедипин. Комбинированная терапия из двух препаратов (парентерального и таблетированного) в 19 случаях (27,1%). Комбинированная терапия из трех препаратов (парентерального и двух таблетированных) применялась в 14 случаях (12,5%).

Дополнительно пациентам проводили пульсоксиметрию с помощью прибора пульсоксиметр Окситест-1 и на основании полученных результатов выполняли оксигенотерапию с учетом показаний и противопоказаний. Подача кислорода осуществлялась кислородным ингалятором КИ-5 через дыхательную маску. Оптимальная концентрация кислорода во вдыхаемой смеси составляло 40–60%. Скорость потока 3–8 литров в минуту. Всем пациентам проводили регистрацию ЭКГ.

У 84 пациентов (75%) гипертонические кризы протекали с выраженной головной болью, головокружением, тошнотой. Данной группе больных, особое внимание уделялось оценки неврологического статуса. С целью нейропротекции применялся Sol. Magnesium sulfatis 25% – 10 ml в/в струйно.

Гипертонические кризы развивались на фоне нарушения режима гипотензивной терапии: перерыв в приеме лекарств у 52 пациентов (46,4%), а также при эмоциональном перенапряжении, тревоге у 23 пациентов (20,5%), после приёма алкоголя у 8 пациентов (7,1%).

В результате оказания медикаментозной помощи в сочетании с оксигенотерапией, пациентам удавалось снизить АД до пограничных показателей в течение 10 ± 4 минут. Снижение систолического АД составило $47,5 \pm 23,0$ мм рт. ст., диастолического АД – $21,6 \pm 15,8$ мм рт. ст.

Показаниями для госпитализации являлись осложнённое течение гипертонического криза на фоне высоких значений АД и отсутствие эффекта от медикаментозной помощи. В основу показателей АД была выбрана классификация уровней АД, рекомендованная ВОЗ и Международным обществом гипертонии 1999.

Выводы.

1. Большая часть пациентов с гипертоническим кризом поздно обращаются за медицинской помощью.
2. Нерегулярный приём гипотензивных препаратов является основной причиной гипертонических кризов.

3. Оксигенотерапия в оказании экстренной медицинской помощи больным с гипертонической болезнью, осложненной гипертоническим кризом имеет терапевтическую эффективность.
4. При выборе тактики лечения гипертонического криза необходимо соблюдать приказ Минздрава России от 05.07.2016 года №470н «Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при гипертензии», с учетом особенностей течения заболевания, анамнеза и сопутствующей патологии.

*Д.В. Козлов, А.А. Княжеченко, А.А. Раевский,
А.П. Миронова*

ОПЫТ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОГО КОНТАКТ-ЦЕНТРА КОМИТЕТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

**Центр медицины катастроф
ГБУЗ «Клиническая станция скорой медицинской помощи»**

Актуальность. Передовые технологии коснулись многих отраслей жизнедеятельности, и здравоохранение не является исключением. Медицинский контактный центр в настоящее время представляет собой наиболее эффективное звено взаимодействия между практической медициной и заявителем, в первую очередь, за счёт обеспечения качественной информационной поддержки.

Цель исследования – анализ организации работы медицинского контакт-центра комитета здравоохранения Волгоградской области.

Методы исследования: контент-анализ.

Результаты. Региональный контакт-центр по выявлению и устранению факторов, влияющих на рост социальной напряженности в сфере здравоохранения, был организован в июле 2021 года в связи с напряжённой эпидемической обстановкой, вызванной пандемией COVID-19.

Обработка звонков, поступающих в контактный центр, проводится по утвержденному алгоритму. В основу его работы положен принцип модульности: вопросы распределяются по тематическим модулям, исходя из характера обращения граждан, и направляются в подведомственные комитету здравоохранения Волгоградской области медицинские организации для содействия решению интересующих вопросов.

На момент создания основной задачей контакт-центра была помощь в организации и получении качественной медицинской помощи взрослому и детскому населению в условиях распространения COVID-19. Специалисты контакт-центра выступали вспомогательным звеном между заявителем, с одной стороны, и поликлиническим или амбулаторным звеном – с другой. Заявители могли обратиться в контактный центр как по поводу вызова на дом врача в случае симптомов новой коронавирусной инфекции, получения информации о результатах тестов на COVID-19 и о закрытии/открытии больничного листа, так и для получения информации о состоянии или местонахождении родственников, госпитализированных в один из инфекционных госпиталей Волгоградской области.

Для решения данных вопросов в период пиковых нагрузок, обусловленных широким распространением COVID-19, в контактный центр привлекались врачи-методисты, заместители главных врачей по клинико-экспертной работе и медицинские психологи из медицинских организаций Волгоградской области, в том числе сотрудники Центра медицины катастроф.

Высокая востребованность и эффективность работы данного контактного центра способствовала расширению круга вопросов, решаемых его специалистами, что привело к объединению со «Службой 122» и набору постоянного штата сотрудников контакт-центра. В настоящее время в решение вопросов данного контактного центра, помимо вопросов, связанных с новой коронавирусной инфекцией COVID-19, включены также: рассмотрение жалоб на качество и объём оказанной медицинской помощи; предоставление необходимой информации о работе медицинских организаций Волгоградской области; помощь с вопросами о вакцинации и лекарственном обеспечении населения региона.

Выводы. Таким образом, работа контактного центра в системе здравоохранения является актуальной и эффективной. Анализ опыта контакт-центра комитета здравоохранения Волгоградской области показал, что внедрение в деятельность регионального здравоохранения таких информационных ресурсов позволяет оптимизировать деятельность медицинских организаций, в том числе, их горячих линий. Специалисты медицинского контакт-центра позволяют снизить нагрузку на медицинские организации Волгоградской области, содействуют оперативному информированию населения по вопросам организации медицинской помощи. Кроме того, специалисты данного контакт-центра способствуют снятию эмоционального напряжения у заявителей, снижению негативного настроения по отношению к конкретным медицинским организациям или медицинским специалистам.

Н.Н. Колонтай, Д.А. Аранов

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ НА ДОГОПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ У ДЕТЕЙ

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая станция
скорой медицинской помощи»

Окончательное формирование дыхательной системы происходит только в период полового созревания, у детей до 15 лет в функционировании и строении органов дыхания есть некоторые особенности. Незрелость дыхательной системы ребенка служит основой высокой заболеваемости этих органов (две трети всех детских болезней затрагивают именно органы дыхания). Отмечается постоянный рост болезней дыхательных путей у детей, что во многом связано с увеличением аллергических реакций, а также преимущественным проникновением возбудителей инфекций через носоглотку. Болезни дыхания у детей часто переходят в хроническую форму, значительно ухудшая не только качество их жизни, но и перспективы нормального роста организма.

Материал и методы: при анализе нозологической структуры вызовов к населению района обслуживания на протяжении многих лет вслед за заболеваниями системы кровообращения, которые традиционно лидируют, идет патология органов дыхания. В таблице №1 представлена динамика изменения количества вызовов за последние 4 года по бронхолегочной системе (в том числе с учетом вызовов к детскому населению).

Табл.1

	2019	2020	2021	2022
Всего вызовов пульмонологического профиля	8203	8881	7508	8130
К детям	4845 59,06%	3814 38,05%	4498 59,2%	4842 59,56%
Госпитализация детей	1288 26,58%	913 23,9%	1068 23,7%	1119 23,1

Таким образом, четко выявлена тенденция к росту количества вызовов к детскому населению за последние 2 года, при значительном снижении этого показателя в 2020 году. Такое снижение произошло

в период эпидемии COVID-19 и, безусловно, связано с проводимыми противоэпидемическими мероприятиями в отношении детей в период карантина. Однако, несмотря на своевременно проводимые вакцинации и другие ограничительные меры, в первую очередь организованных детей, нельзя не отметить устойчивый показатель госпитализации, который за последние годы не снизился менее 23%. К сожалению, не все родители сразу соглашаются на госпитализацию детей, явно недооценивая тяжесть инфекционного процесса. В таблице 2 приведены основные нозологические единицы патологии органов дыхания в детском возрасте за тот же период.

Табл. 2.

Годы/ заболевания	гайморит	фарингит	тонзиллит	ларингит	Орви множеств	Пневмония	бронхит	Др. болезни	Обструктивные заболевания легких
2019	22	142	261	210	3867	84	107	128	12
2020	14	217	134	85	3112	112	56	50	11
2021	8	260	173	226	3592	96	64	46	20
2022	9	343	177	214	3910	58	63	45	10

В данной таблице выделены основные нозологические единицы, обращает внимание высокий показатель ОРВИ, на протяжении последних 4 лет этот показатель вырос. В отношении ларингита обращений по сравнению с прошлым годом несколько меньше. При данной патологии потребовались госпитализации: максимально в 2019 году – 59%, в 2021 году – 50%, в прошлом году – 31%. Поражение органов дыхания ребенка происходит под воздействием нескольких групп факторов: внешнее инфицирование может быть в случае эпидемий и локальных вспышек легко передающихся воздушно-капельным путем болезней (ОРВИ и грипп); активизация бактериальной флоры в организме ребенка при наличии хронических воспалительных очагов; аллергические реакции организма, в том числе на растения и химические вещества, домашних животных и бытовую пыль; ослабленный иммунитет, особенно при отсутствии в семье системы закаливания; переохлаждение организма из-за одежды не по сезону,

промокнутой обуви, длительного нахождения на открытом воздухе в холодный период; привычка малыша дышать ртом, что может быть связано с аденоидами; переутомление ребенка, как физическое, так и эмоциональное (большая нагрузка в школе и дополнительные занятия по другим направлениям); недостаточно сбалансированное питание (малый рацион, недостаток витаминов и важнейших элементов); врожденная патология дыхательной системы; перенесенные травмы грудной клетки; наличие у близких родственников легочных болезней.

Признаки патологий дыхательной системы бывают схожими при разных заболеваниях, что требует проведения дифференцированной аппаратной и лабораторной диагностики, поэтому родителям следует незамедлительно госпитализировать детей. Основные симптомы: отсутствие у младенца носового дыхания, иногда без признаков насморка (при этом малыш плохо ест и беспокоен во сне, часто плачет); выделения из носа (обильные серозные или с примесью гноя и крови); боль в горле, усиливающаяся в процессе глотания и разговора (визуально покраснение слизистой и отечность миндалин, появление очагов белого налета на миндалинах); охриплость голоса, ребенок переходит на шепот или не может говорить из-за боли и отека в горле; кашель (приступообразный или отрывистый, сухой либо с отхождением мокроты); возникновение одышки или удушья, ребенок может спать только полусидя, отмечается нарастающая бледность кожи; боль в груди, особенно при кашле и глубоком вдохе; общая слабость, лихорадочное состояние.

Результаты и выводы: вызовы к детям являются первоочередными, на вызов приезжают фельдшерские бригады, поэтому необходимо знать, что заболевания органов дыхания у детей протекают с некоторыми особенностями, которые объясняются рядом факторов: узостью носовых ходов и голосовой щели; недостаточной глубиной и повышенной частотой дыхания; малой воздушностью и повышенной плотностью легких; слабой развитостью дыхательных мышц; неустойчивым дыхательным ритмом; нежностью слизистой оболочки носа (богата кровеносными сосудами и легко набухает), что объясняет быстрое развитие клинической картины и резкое ухудшение состояния в течение непродолжительного времени. Выявление заболеваний дыхательной системы должно происходить на раннем этапе, что повышает шансы на скорейшее излечение и предотвращает развитие грозных осложнений.

К.Е. Никишин, О.В. Логинова

**ПОРАЖЕНИЯ ЧЕРЕПНЫХ НЕРВОВ
У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЁСШИХ COVID-19,
В ПОЗДНИЕ СРОКИ «ПОСТКОВИДНОГО
СИНДРОМА», ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ В ПРАКТИКЕ
ФЕЛЬДШЕРА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

**ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»
ГУЗ «Ульяновская областная клиническая
станция скорой медицинской помощи»**

Актуальность. Поражение нервной системы после перенесённой новой коронавирусной инфекции COVID-19 является научно доказанным фактом.

Неврологическая общемозговая симптоматика возникает в период манифестации инфекции у пациентов со средне-тяжелой и тяжелой формами заболевания. Постинфекционные неврологические осложнения связаны с персистенцией коронавируса в центральной нервной системе, следующей за стадией острого инфицирования, с последующим искажением иммунных реакций организма, формированием аутоиммунного воспаления и демиелинизации нервных волокон у восприимчивых к коронавирусной инфекции людей. В поздние сроки постковидного синдрома у пациентов, обращающихся за медицинской помощью, наблюдаются неврологические нарушения в результате поражения центральной и периферической нервной системы. Яркую выраженность имеет поражение черепных нервов, проявлением которого являются мононевропатии и полиневропатии, а именно: нарушение иннервации мимических мышц, нарушение глотания, ухудшение зрения, слуха, обоняния и другие.

Цель исследования – выявление поражения черепных нервов у пациентов, перенёсших COVID-19 в поздние сроки «постковидного синдрома», которые могут встретиться в практике фельдшера скорой медицинской помощи.

Материалы и методы исследования. На базе ПСМП №5 ГУЗ УОКССМП и медицинского факультета им. Т.З. Биктимирова ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет» было проведено обследование 42 пациентов, переболевших COVID-19 (16 мужчин и 26 женщин). Оценивались жалобы, анамнез, соматический статус, данные ЭКГ, пульсоксиметрия. Кроме этого анализировались

данные выписных эпикризов из стационаров, амбулаторные карты пациентов.

Результаты. Средний возраст обследованных пациентов составил: $60,5 \pm 7,8$ лет. Анализируя карты вызовов скорой медицинской помощи, было выявлено, что существуют обращения пациентов с наличием поражения черепных нервов, требующих тщательной диагностики и госпитализации, часть пациентов имела поражения нескольких групп черепных нервов.

В ходе анализа данных были получены статистически значимые результаты, свидетельствующие о том, что у 54% (23 обследованных) присутствуют признаки поражения I пары черепных нервов (обонятельных) в виде anosмии (отсутствие обоняния), гиперосмии (повышенное обоняние), паросмии (извращенное ощущение запаха); у 14% (6 обследованных) признаки поражения II пары черепных нервов (зрительных) в виде снижения остроты зрения, выпадения половины поля зрения; у 4% (2 обследованных) признаки поражения III пары черепных нервов (глазодвигательных) в виде мидриаза, птоза; у 4% (2 обследованных) имели признаки поражения V пары (тройничного нерва) в виде нарушения иннервации мимических мышц; у 11% (5 обследованных) имели признаки поражения VIII пары (преддверно-улитковый) в виде нарушения слуха; у 14% (6 обследованных) признаки поражения IX пары черепных нервов (языкоглоточный) в виде нарушения глотания и расстройства вкуса; у 73% (31 обследованный) признаки поражения X пары черепных нервов (блуждающий) в виде паралича мышц глотки, нарушения ритма, изменения артериального давления.

Выводы. Данное исследование показало, что новая коронавирусная инфекция приводит к поражению черепных нервов, что ухудшает реабилитационный прогноз пациентов, перенёсших COVID-19. Необходимы дальнейшие исследования для точного определения причин данного патологического состояния и разработки лечебной тактики ведения подобных пациентов как в остром, так и в резидуальном периодах заболевания. Данные пациенты нуждаются в точной диагностике на стадии оказания скорой медицинской помощи.

К.Е. Никишин, А.А. Шаповал, О.В. Логинова, П.А. Горшков

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ
ФЕЛЬДШЕРА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ:
САРКОМА ЮИНГА, СПРОВОЦИРОВАННАЯ
ВИРУСОМ COVID-19**

**ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»
ГУЗ «Ульяновская областная клиническая станция
скорой медицинской помощи»**

Цель работы – описать клинический случай развития саркомы Юинга у пациента подросткового возраста, спровоцированной вирусом COVID-19.

Материалы и методы. Пациентка К., 16 лет. Вызвала бригаду скорой медицинской помощи с жалобами на боль в левой нижней конечности, в левой паховой области, а также в левой половине живота, иррадиирующей вверх от подвздошной области к грудной клетке. Было проведено исследование фетальных функций пациентки, измерение артериального давления, числа сердечных сокращений, числа дыхательных движений, сатурации, проведена электрокардиография и осуществлена транспортировка, с дальнейшей госпитализацией в ГУЗ УОДКБ.

Результаты. Со слов матери в августе 2021 ребенок переболел COVID-19, после болезни появились боли в левой нижней конечности, в левой паховой области, обратилась к хирургу по месту жительства. По направлению госпитализирована в ГУЗ УОДКБ на обследование. Было проведено МРТ, КТ левой нижней конечности, компьютерная урография с контрастом, КТ и УЗИ органов брюшной полости, органов малого таза. По данным исследования: образование в левой бедренной кости, метастазы в лёгкие, киста правого яичника. По ТМК консультирована в НИИ детской онкологии и гематологии им. Н.Н. Блохина. Рекомендована очная явка с последующей госпитализацией в НИИ ДОК. 26.11.2021 г. проведено хирургическое вмешательство в объеме: открытая биопсия образования левой бедренной кости. По данным гистологического обследования установлен диагноз саркома Юинга. Проведено 5 курсов неадиювантной полихимиотерапии по схеме VDI: винкристин $2,0 \text{ мг/м}^2$ 1 день, ифосфамид 2000 мг/м^2 с 1 по 5 дни, доксорубин 30 мг/м^2 с 1 по 2 дни. 18.03.2022 г. проведена операция резекции левой бедренной кости с замещением дефекта эндопротезом тазобедренного сустава. 28.09.2022 г. выполнена ПЭТ

КТ, выявлены множественные очаги в костях скелета – метастазы. Было рекомендовано проведение химиотерапии по месту жительства по схеме винкристин 2,0 мг/м² 1 день, иринотекан 50 мг/м² в\в кап. С 1 по 5 дни, теомодал 150 мг/м² перорально с 1 по 5 дни на фоне сопроводительной инфузионной терапии 3 л\м² и антиэметогенной терапии. Интервалы между курсами ПХТ 21 день. Курс 21–28 дней. Химиотерапия проведена в течение 4 курсов.

01.02.2023 г. появился болевой синдром, который сначала купировался НПВС, но последние 2-3 дня НПВС без эффекта. Осуществлен вызов скорой медицинской помощи. До приезда скорой медицинской помощи самостоятельно принят препарат трамадол 2 мл в\м. Бригадой скорой медицинской помощи проведена транспортировка в ГУЗ УОДКБ.

Заключение: в повседневной практике сотрудника скорой медицинской помощи достаточно редко можно встретить пациента с установленным диагнозом «саркома Юинга», спровоцированным вирусом COVID-19. По примеру данного клинического случая можно предположить, что вирус COVID-19 может является провокатором злокачественных новообразований.

В.Е. Черевко

**ЗНАЧЕНИЕ ОПЕРАТИВНОЙ ИНФОРМАЦИИ
В ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЕ (ИС)
«СИЛЫ И СРЕДСТВА СМК МИНЗДРАВА РОССИИ»
ДЛЯ ГОТОВНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ
В СОСТАВЕ НЕШТАТНЫХ ФОРМИРОВАНИЙ
СЛУЖБЫ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ
К ЛИКВИДАЦИИ МЕДИКО-САНИТАРНЫХ
ПОСЛЕДСТВИЙ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ
ГУЗ «Ульяновский территориальный центр медицины катастроф»**

Актуальность проблемы. В последние годы на фоне сложной сначала эпидемиологической, а затем политической обстановки в мире, достижение всестороннего взаимодействия привлекаемых сил и средств министерств, агентств и служб, решающих задачи по ликвидации медико-санитарных последствий ЧС и включенных в состав ВСМК, с едиными взглядами на организацию лечебно-эвакуационного

обеспечения (ЛЭО) населения, пострадавшего в ЧС, информационно-статистической работы и всестороннего обеспечения является одной из первоочередных задач. Эффективная деятельность нештатных формирований (НФ) ВСМК (госпитали, отряды, бригады, группы) разных ведомств невозможна без обратной вертикальной и горизонтальной связи, прежде всего, в формате откликов на возникающие запросы со стороны врачей-специалистов, принимающих участие в ликвидации медико-санитарных последствий ЧС. Таким образом, оптимизация привлечения медицинских сотрудников организаций стационарного типа в состав различных формирований, участвующих в ликвидации медико-санитарных последствий ЧС, является актуальной проблемой.

Согласно действующим положениям, медицинскую помощь пострадавшим в чрезвычайных ситуациях (ЧС) оказывают выездные бригады скорой медицинской помощи (БрСМП), бригады экстренного реагирования (БрЭР), медицинские работники многопрофильных госпиталей и медицинских организаций (МО), оказывающие помощь в амбулаторных и стационарных условиях, а также штатные и нештатные (НФ) формирования (госпитали, отряды, бригады, группы), которые при возникновении ЧС поступают в оперативное подчинение органов управления Всероссийской службой медицины катастроф (ВСМК) соответствующего уровня («Об утверждении Порядка организации и оказания Всероссийской службой медицины катастроф медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации: приказ Минздрава России от 1 ноября 2020 г. №1202н»).

В Ульяновской области деятельность нештатных формирований СМК регламентирована распоряжением Министерства здравоохранения, семьи и социального благополучия Ульяновской области №1010 от 2017 г. План-задание Ульяновской области по выделению больничных коек, созданию резерва медико-санитарного имущества, формированию медицинских бригад и выделению выездных бригад скорой медицинской помощи для ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций распространяется на 52 основные медицинские организации.

В целях повышения готовности медицинских организаций и территориальных центров медицины катастроф субъектов Российской Федерации к реагированию и ликвидации медико-санитарных последствий возможных чрезвычайных ситуаций осуществлялось внесение и актуализация ответственными лицами территориальных центров медицины катастроф 85 субъектов Российской Федерации информационной системы «Силы и средства Службы медицины катастроф

Минздрава России» (далее – ИС «Силы и средства СМК Минздрава России») на сайте <https://sis.minzdrav.gov.ru>.

ИС «Силы и средства СМК Минздрава России» содержит сведения о медицинских организациях, включая общие сведения, кадры, медицинские формирования, коечный фонд, материально-техническое оснащение, а также блок оперативной информации. В рамках организационно-методического руководства деятельностью Всероссийской службы медицины катастроф Министерством здравоохранения Российской Федерации совместно с Федеральным центром медицины катастроф ФГБУ «НМХЦ им. Н.И. Пирогова» (далее – Федеральный центр медицины катастроф) и экспертами ИС «Силы и средства СМК Минздрава России» модернизирована. Инструкция по ведению ИС «Силы и средства СМК Минздрава России» прилагается на сайте <https://fcmk.minzdrav.gov.ru/baza-dannyh-sily-i-sredstva-medicziny-katastrof-minzdrava-rossii/>.

С апреля 2022 года (начало мониторинга) регулярно оценивается, по размещённым в системе данным, практическая работа медицинских организаций (в скобках даны сокращенные обозначения): укомплектованность НФ ВСМК медицинским персоналом при работе в режимах повышенной готовности и чрезвычайной ситуации (укомплектованность); соответствие организационно-штатной структуры органов управления НФ ВСМК задачам по предназначению (соответствие задачам); показатели готовности НФ ВСМК (готовность); наличие необходимых коллективных и индивидуальных средств защиты (СЗ) и возможность их использования в зоне ЧС (обеспеченность СЗ); наличие комплекта медицинского имущества, соответствующего задачам работы в зоне ЧС (обеспеченность в зоне ЧС).

В результате автоматической обработки внесенных данных на 1 февраля 2023 года общий процент заполнения разделов составил 72%, в лидерах: Белгородская область, Волгоградская область, Мурманская область, Ямало-Ненецкий АО и Краснодарский край. Наиболее важными факторами, влияющими на профессиональную деятельность медицинских специалистов в составе НФ разных ведомств, следует обеспечить НФ медицинским и другим материально-техническим имуществом в режиме повседневной деятельности к выполнению задач по предназначению и оценку готовности НФ в режиме повседневной деятельности к выполнению задач по предназначению. Соответственно органам управления здравоохранением разного уровня следует обратить внимание: на состояние материально-технической базы медицинских (военно-медицинских) организаций, предназначенных (ориентированных) для ликвидации медико-санитарных последствий ЧС; на необходимость их оснащения медицинской аппаратурой (техникой)

на борту воздушного судна в случае проведения санитарно-авиационной эвакуации; на наличие и качественное состояние транспортных средств медицинской эвакуации и их оснащение, а также на наличие достаточного количества средств индивидуальной защиты (СИЗ).

Оценка готовности, должна включать как оценку качественно выполненных мероприятий по организации взаимодействия с органами управления и медицинскими специалистами других федеральных министерств, агентств и служб, принимающих участие в ликвидации медико-санитарных последствий ЧС. Изученные показатели готовности к работе по ликвидации медико-санитарных последствий ЧС, удовлетворенности результатами практической деятельности, а также мнение медицинских специалистов разных ведомств позволят в среднесрочной перспективе устранить недостатки, прямо или косвенно влияющие на организацию медицинского обеспечения населения в ходе ликвидации медико-санитарных последствий ЧС.

Выводы.

1. Результаты исследования особенностей работы НФ ВСМК позволяют сделать вывод об актуальности данного направления в общей системе обеспечения ликвидации медико-санитарных последствий ЧС.
2. Наиболее важным фактором является обеспеченность НФ медицинским персоналом, материально-техническим имуществом при работе в режиме повседневной деятельности по выполнению задач по предназначению, а также готовность НФ к ЧС.
3. Руководителям медицинских организаций Ульяновской области следует активизировать информационное взаимодействие посредством ИС с Федеральным центром медицины катастроф для своевременного и полноценного использования сил и средств при ликвидации медико-санитарных последствий ЧС в близлежащих регионах.

М.А. Шимина

АНАЛИЗ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

**ГУЗ «Ульяновская областная клиническая станция
скорой медицинской помощи»**

Цель – анализ оказания скорой медицинской помощи больным с острым нарушением мозгового кровообращения на догоспитальном этапе.

Материалы и методы: за прошедший год (за период с января 2022 года по январь 2023 года) подстанцией скорой медицинской помощи №4 ГУЗ УОКССМП оказана медицинская помощь 892 пациентам с острым нарушением мозгового кровообращения. Из них 606 было госпитализировано в специализированные неврологические отделения для лечения для больных с ОНМК для обследования и последующего лечения. 286 больных же отказались от госпитализации и получали лечение в амбулаторных условиях. Из числа госпитализированных 21 находились в крайне тяжелом состоянии, в коме. Своевременно оказание экстренной медицинской помощи и последующая госпитализация больных в коматозном состоянии позволила спасти жизни этих людей.

Острое нарушение мозгового кровообращения, включая ТИА, в остром периоде (21 день) является показанием для госпитализации в специализированное отделение для лечения больных с ОНМК (в составе ПСО или РСЦ). Абсолютных противопоказаний к госпитализации нет.

Для пациентов с ОНМК в течение первых 4,5 часов от начала развития заболевания – необходима максимально быстрая и приоритетная госпитализация для возможного проведения тромболитической терапии. При транспортировке таких пациентов – оповещение стационара с указанием приблизительного времени поступления, данных анамнеза пациента. Приоритетная госпитализация, минуя общее приемное отделение (при согласовании по телефону с отделением реанимации).

Вся диагностика и помощь оказывалась в соответствии со стандартом оказания скорой медицинской помощи пациентам с ОНМК: пульсоксиметрия; ингаляция кислорода; ЭКГ; глюкометрия; термометрия; катетеризация вены; медикаментозная помощь: этилметилгидроксипиридина сукцинат (нейрокард) 250 мг в/венно,

инозин + никотинамид + рибофлавин + янтарная кислота (Цитофлавин в дозе 10 мл).

Для пациентов, у которых SpO_2 менее 93%, проводилась оксигенотерапия через лицевую маску или назальных канюль с целью снижения гипоксии головного мозга. Поток O_2 5 – 10 л в минуту. У пациентов с ОНМК и насыщением гемоглобина кислородом менее 92% при проведении оксигенотерапии достигалась SpO_2 96–98%.

При коме, нарушении дыхания, быстро прогрессирующем угнетении сознания индивидуально решался вопрос об использовании ИВЛ.

При наличии показаний у пациентов с ОНМК не следует задерживать интубацию трахеи и начало ИВЛ, так как отсрочка интубации трахеи при ОНМК ухудшает прогноз. При этом следует иметь в виду, что прогрессирование дыхательной недостаточности может происходить чрезвычайно быстро.

Результаты и выводы: оказание экстренной медицинской помощи не должно задерживать госпитализацию ни на минуту, так как если пострадавший доставляется в больницу в течение первого часа после появления первых симптомов ОНМК, то обеспечивается самый высокий уровень выживаемости и значительное снижение риска осложнений. Все больные госпитализировались строго на носилках под контролем витальных функций.

Таким образом, мы можем сделать вывод о том, что на догоспитальном этапе особую роль играет время и качество оказания медицинской помощи. Любое промедление повышает риск ухудшения прогноза заболевания, что может привести к тяжелым осложнениям, инвалидизации пациентов и в крайнем случае – смерти пациента.

Р.М. Халилов

ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА КАНАЛОВ ЗУБОВ ПОД ШТИФТОВО-КУЛЬТЕВУЮ ВКЛАДКУ

ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника города Ульяновска»

Актуальность. Разрушенный зуб подлежит обязательному восстановлению, в противном случае отсутствие даже одного зуба в зубном ряду чревато самыми неприятными последствиями для здоровья. На фоне отсутствия зуба может развиваться неправильный прикус, что ведет к нарушению процесса пережевывания пищи и развитию различных заболеваний органов пищеварения.

Если зуб разрушен значительно, будет правильнее использовать культевую вкладку и провести рациональное протезирование.

Применение культовых вкладок позволяет успешно проводить восстановление зубов, которые кажутся на первый взгляд совершенно безнадежными и подлежащими удалению.

Культевая вкладка – это специализированная ортопедическая конструкция, которая используется для восстановления зубов, разрушенных кариесом или травмой более чем наполовину.

Перед установкой культевой вкладки обязательно нужно пролечить разрушенный зуб, удалить все поврежденные кариесом ткани, а также обязательно качественно обработать и запломбировать корневые каналы.

Алгоритм и особенности изготовления штифтовых конструкций.

При показателях индекса разрушения зуба более 0,8, показано изготовление штифтовых конструкций – собственно штифтовых зубов или штифтовых культовых вкладок с последующим изготовлением искусственных коронок. Простые штифтовые зубы применяются в качестве временных конструкций и с их помощью можно восстановить только одиночные однокорневые зубы. Культевые штифтовые конструкции – цельнолитые культевые вкладки и культевые вкладки на анкерных штифтах применяются для восстановления однокорневых и многокорневых зубов. Цельнолитые культевые вкладки обладают высокой прочностью и позволяют восстанавливать зубы с полностью разрушенной коронковой частью.

Условия сохранения корней: корневой канал должен быть проходим на $\frac{2}{3}$ своей длины, но не менее, чем на $\frac{1}{2}$ своей длины; стенки корня должны иметь достаточную толщину – около 1 мм; корневой канал должен быть запломбирован до верхушки; стенки корня не поражены патологическим процессом; отсутствие патологических изменений

в пери апикальных тканях; отсутствие патологической подвижности корня более I степени; необходимость для дальнейшего протезирования.

С помощью культовых вкладок на анкерных штифтах можно восстанавливать коронковую часть зубов, у которых сохранена минимум одна стенка, так как соединение культы из композитного материала с металлическим анкерным штифтом не обеспечивает оптимальной прочности конструкции, которой обладают цельнолитые культовые вкладки. Все эти конструкции после их изготовления должны иметь форму отпрепарированной культы зуба для последующего изготовления искусственной коронки.

При изготовлении культовых штифтовых конструкций проводится распломбировка корневого канала на $\frac{2}{3}$ его длины, минимум до $\frac{1}{2}$. Если зуб многокорневой, один наиболее проходимый канал, распломбировывается на $\frac{1}{2}$ его длины, остальные каналы могут быть распломбированы на меньшую длину, при невозможности распломбировки оставшихся каналов в их устьях создаются углубления для дополнительной ретенции.

Имеются индивидуальные особенности подготовки корней зубов при полном разрушении коронки.

Применяется специальная техника удаления пломбировочного материала из корневого канала, когда цементная точка, соответствующая запломбированному каналу, находится в центре препарируемого канала. Смещение цементной точки или исчезновение цементной точки указывает на отклонение препарируемого канала от направления корневого канала, что создает угрозу перфорации стенки корневого канала и может привести к хирургическому удалению.

Материалы и методы. В стоматологическом отделении №2 ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника города Ульяновска» за 2021 год изготовлено и установлено 343 штифтовые вкладки. Использовались стандартные штифты и режущие инструменты для подготовки канала корня:

- ступенеобразный штифт и бор по Hollmann;
- ступенеобразный штифт и фреза по Pos;
- ступенеобразный штифт и бор по Steinberg;
- корневой штифт бор по Gerlah;
- R-образный штифт и бор по Reichenbach.

В процессе эксплуатации, 2 (0,6%) вкладки расцементировались, были восстановлены по гарантии. Из 343 штифтовых вкладок 97 (28,3%) вкладок были изготовлены под одиночные коронки, остальные 246 (71,7%) были установлены как опорные элементы, под мостовидные

несъемные протезы. Мною было изготовлено 69 (20,1%) вкладок. Из них однокорневых – 40 (58,0%), многокорневых – 29(42,0%).

За 2022 год было изготовлено и установлено 430 штифтовых вкладок. Мною было изготовлено 96 (22,3%) вкладки. Из них однокорневых – 20 (21,0%), многокорневых – 76 (79,0)%. Изготовлено во фронтальном отделе 20 (21,0%) вкладок, что позволило восстанавливать зубы с полностью разрушенной коронковой частью и повысить эстетические свойства изготовленных ортопедических конструкций.

Выводы.

1. Изготовление культевых вкладок позволяет восстановить зубной ряд методом протезирования без удаления разрушенных зубов.
2. Изготовить эстетические конструкции в средней ценовой политике, что пользуется повышенным спросом у населения.

*Г.Г. Физюкова, Д.О. Никифоров, К.А. Сайфутдинов,
А.М. Сайфутдинов*

АНАЛИЗ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ И ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ

**ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника города Ульяновска»
ООО «Практика»**

Больные с переломами костей лицевой области составляют от 3% до 8% с переломами скелета и до 30% больных, челюстно-лицевых отделений в стационарах. В мирное время частота повреждений костей лица составляет 0,5 случаев на 1000 населения. Знание методов диагностики травм, дифференциальная диагностика, правильная и своевременная медицинская помощь дает возможность предоставить пациенту адекватное лечение и снизить риск возможных осложнений.

По статистике, переломы нижней челюсти встречаются чаще, чем переломы других костей лицевого скелета. Этому способствуют анатомо-физиологические особенности костей нижней челюсти.

Сложная геометрическая форма нижней челюсти и ее подвижность создают предпосылки для возникновения отраженных, так называемых непрямых переломов со значительным смещением отломков, расположение нижней челюсти в нижнем отделе лица делает ее более уязвимой для механических повреждений.

Локализация линии перелома нижней челюсти определяется не только местом приложения травмирующей силы, но и наличием участков наименьшего сопротивления. Такими участками считаются средняя линия, область подбородочного отверстия, угол челюсти и шейка суставного отростка. Характер смещения фрагментов всецело обусловлен локализацией линии перелома, т.е. отношением перелома к месту прикрепления мышц, обеспечивающих движение нижней челюсти. Поэтому при близости линии перелома к средней линии челюсти смещение может и отсутствовать. При переломе нижней челюсти могут наблюдаться все основные симптомы переломов костей. Помимо ухудшения общего состояния пострадавшего, это изменения формы лица, зависящие от смещения отломков, нарушения прикуса, соотношения зубных рядов. В свою очередь, нарушение прикуса приводит к расстройству функций, связанных с движениями нижней челюсти: жевания, глотания, в ряде случаев и дыхания.

Подковообразная форма нижней челюсти обуславливает возникновение переломов не только в месте приложения травмирующего фактора, но и в участке альвеолярной дуги. Так, например, удар в подбородок может вызвать перелом в области шейки суставных отростков, а удар в боковой отдел тела челюсти – боковой перелом на противоположной стороне.

Цель исследования – анализ частоты переломов нижней челюсти у взрослых в зависимости от пола, возраста, района проживания.

Материалы и методы. Нами проанализированы амбулаторные карты 58 больных, в возрасте 19-73 лет с переломами костей лицевого скелета в зависимости от локализации, пола, возраста и района проживания, обратившихся за медицинской помощью в государственное бюджетное учреждение здравоохранения ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника города Ульяновска» в 2022 году.

Результаты исследования. В результате исследования нами выявлено, что у мужчин переломы костей лицевого скелета встречаются в 3,5 раза чаще, чем у женщин и составляет 77,6–22,4%.

Также установлено, 98% взрослых с переломами костей лицевого скелета составляют больные в возрасте от 19 до 60 лет, т.е. лица трудоспособного возраста.

Также данное исследование позволила выявить, что переломы нижней челюсти встречаются в 7,3 раза чаще, чем переломы верхней челюсти и других отделов лица (88%; 10,9%).

Число больных в зависимости от района проживания составило соответственно: Засвияжский район – 34,5%, Железнодорожный район – 24,1%, районы Верхней и Нижней Терассы – 22,4%, Ленинский

район – 15,5%, которые получали доступную, своевременную амбулаторную помощь у врачей стоматологов хирургов в стоматологических отделениях ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника города Ульяновска».

Выводы. Переломы нижней челюсти встречаются в 7,3 раза чаще, чем переломы верхней челюсти и других отделов лица (88%; 10,9%).

Переломы костей лицевого скелета у мужчин, встречаются в 3,5 раза чаще, чем у женщин и составляет 77,6 (22,4%).

98% взрослых с переломами костей лицевого скелета составляют больные в возрасте от 19 до 60 лет, т.е. лица трудоспособного возраста.

Переломы костей лицевого скелета в Засвияжском районе встречается в 1,4–2,2 раза чаще, чем в других районах города Ульяновска, что связано с большим количеством населения.

Доступность и своевременность медицинской помощи при травмах оказывается в амбулаторных условиях по показаниям, обеспечивается по району проживания и по адресу обращения населения.

Г.М. Гафурова, Ю.Е. Панина

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПОСТОЯННОГО ШИНИРОВАНИЯ ЗУБОВ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА

ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника города Ульяновска»

Актуальность. Среди заболеваний пародонта одним из наиболее тяжёлых и распространённых является хронический генерализованный пародонтит, существенно снижающий качество жизни пациентов за счёт функциональных и эстетических нарушений. Убыль площади опорных тканей зубов приводит к снижению функциональных способностей зубочелюстной системы. Уменьшение подвижности зубов и коррекция окклюзии достигается путём шинирования зубов. Преимуществом использования шинирования стекловолоконных конструкций при хроническом генерализованном пародонтите является отсутствие необходимости значительного препарирования зубных тканей и покрытие их ортопедической коронкой, с сохранением витальности опорных зубов.

Конструкции отличаются высокими показателями функциональности, эстетики и при этом не мешают ежедневной гигиене.

Цель исследования – изучение эффективности применения различных материалов для шинирования подвижных зубов у пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом.

Материалы и методы исследования. Все пациенты имели показания к проведению процедуры шинирования, при 1-2-3 степени подвижности зубов.

Критерии исключения из исследования: острые воспалительные процессы полости рта; отсутствие 2-3 соседних зуба в одном ряду.

В целях определения стоматологического статуса у пациентов был определён КПУ, GI и сделана панорамная рентгенография. В исследовании принимали участие 35 пациентов с диагнозом хронический «генерализованный пародонтит средней и тяжёлой степеней тяжести», в возрасте от 35 до 60 лет. Перед исследованием было проведено комплексное пародонтологическое лечение. В первой группе из 12 человек для шинирования подвижных зубов во фронтальном отделе нижней челюсти использовали адгезивно-волоконные конструкции на основе стекловолокна FiberSplint. Во второй группе из 13 человек использовали конструкции на основе армирующей ленты Ribbond. Третьей группе из 10 человек шинирование зубов не проводили. Все пациенты взяты на диспансерное наблюдение. Через каждые 6 месяцев проводилась профессиональная гигиена полости рта с профилактическим курсом лечения и полировкой конструкции. Рентгенологическая оценка результатов до шинирования зубов и через 6 месяцев после. Через 2 года пациенты 1 и 2 групп из группы активного лечения перешли в группу наблюдения, т.е. повторяли курс лечения один раз в год. При соблюдении индивидуальной гигиены полости рта и рекомендаций лечащего врача шинирующая конструкция сохранялась у пациентов 1 группы в среднем 3 года, а у пациентов 2 группы – до 5–10 лет. Коррекция шинирующей конструкции производилась у 4 пациентов. Через 1,5-2 года фронтальные зубы у 3 группы пациентов выпали самостоятельно или были удалены хирургом-стоматологом с последующим протезированием.

Результаты исследования и обсуждения. По результатам работы, проведённой в течение 5–10 лет, были сделаны следующие выводы.

У пациентов 1 и 2 групп после постоянного комплексного лечения, включающего шинирование зубов, в отличие от пациентов 3 группы, наблюдались следующие изменения: снижение частоты обострений и удлинение фазы ремиссий пародонтитов; устранение воспаления и болевого синдрома в более короткий срок; восстановление цвета, формы, структуры десны на более длительное время; восстановление жевательной функции; восстановление эстетики; предотвращение

дальнейшей убыли костной ткани или замедление процессов прогрессирования заболеваний пародонта (по данным ОПТГ).

Эти результаты являются подтверждением положительного эффекта от проведённой процедуры у пациентов 1 и 2 группы, позволяет рекомендовать метод в клиническом лечении заболеваний пародонта.

Выводы. Шинирующие стекловолоконные конструкции значительно улучшают клиническое состояние пародонта у пациентов с диагнозом «хронический генерализованный пародонтит».

Более предпочтительным, надёжным и современным материалом является Ribbond. Он наиболее эластичный, устойчивый, прочной фиксации, биосовместим с тканями зуба.

Применение Ribbond для шинирования при хроническом генерализованном пародонтите способствует более быстрому восстановлению тканей пародонта за счёт обеспечения устойчивости конструкции и лучших адгезивных свойств материала.

КПУ – кариес, пломба, удален.

ГИ – гигиенический индекс.

ОПТГ – ортопантограмма.

*Н.Н. Соломатина, А.А. Гальчина, О.Г. Кузьмина,
М.В. Седюкова*

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ МАНУАЛЬНЫХ И ЭЛЕКТРИЧЕСКИХ ЗУБНЫХ ЩЕТОК

ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника города Ульяновска»

В настоящее время доказано, что бактерии зубного налета – это мини-экосистема, играющая ведущую роль среди местных причин возникновения основных стоматологических заболеваний. Результаты исследований свидетельствуют о существовании сильной корреляционной взаимосвязи между качеством гигиены полости рта, состоянием твердых тканей зубов и тканей пародонта. Эффективный ежедневный уход за полостью рта – это необходимый компонент алгоритма профилактики кариеса зубов и воспалительных заболеваний пародонта, а также лечения их начальных стадий. Основным инструментом для удаления зубного налета является зубная щетка. Изобретение электрической зубной щетки во многом способствовало повышению эффективности и безопасности чистки зубов. Согласно данным опроса, более 70% врачей-стоматологов

отметили улучшение показателей стоматологического статуса у пациентов при замене мануальной зубной щетки на электрическую.

Основным отличием применения звуковой технологии в электрических зубных щетках является создание динамического потока жидкости (смеси воды, слюны и зубной пасты) благодаря колебательным движениям щетинок с определенной частотой и амплитудой. Согласно результатам исследования, электрическая звуковая зубная щетка способна удалять 70% налета при расположении концов щетины на расстоянии 2-3 мм от очищаемой поверхности. Данная технология обеспечивает эффективное удаление налета в межзубных промежутках и под десной, минимизируя повреждения твердых тканей зубов и тканей пародонта. В ходе клинических исследований был установлен более выраженный очищающий эффект звуковых зубных щеток по сравнению с мануальными.

Электрическая зубная щетка с высокой звуковой частотой в диапазоне от 26 до 33 тысяч движений в минуту обеспечивает быстрое смешивание зубной пасты и слюны с образованием однородной пены и усиление тока жидкости в области очищаемых зубов. Щетинки, совершая микродвижения с частотой звука, очищают все поверхности зубов, массируют десны. Движения щеткой совершают с минимальной амплитудой, перемещая рабочую часть от зуба к зубу. Имеется таймер, рассчитанный на 2 минуты и позволяющий контролировать время чистки зубов.

Цель исследования. Оценка эффективности гигиены полости рта при применении мануальной и электрической щетки для ежедневного ухода за полостью рта у взрослых.

На базе ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника города Ульяновска» проведено тестирование и обследование стоматологического здоровья 45 пациентов. Средний возраст пациентов составил 20–25 лет. Основная группа – 22 пациента, которые проводили гигиену с применением электрической зубной щеткой. Контрольная группа – 23 пациента, которые использовали для домашней гигиены мануальные зубные щетки. Пациенты наблюдались в течение 3 месяцев. Стоматологический статус оценивали по показателям распространенности (%), интенсивности кариеса (КПУ), состояние тканей пародонта по индексу РМА %. Гигиена полости рта изучалась с применением индекса Грина-Вермиллиона.

Для оценки степени деформации щетины зубных щеток применялось фотографирование всех поверхностей рабочей головки зубной щетки в горизонтальной прямоугольной проекции на уровне линейки с последующим анализом фотографий в графическом редакторе.

В исследовании использовались клинические, информационно-аналитический и статистический методы. Для работы использовались программы STATISTICA 13, Microsoft Excel. Также было проведено анкетирование 45 человек по специально разработанной анкете, включающей 25 вопросов.

Результаты исследования. Состояние полости рта всех исследуемых пациентов основной и контрольных групп оценивалось как удовлетворительное, однако распространенность кариеса составила 100%. Средняя интенсивность кариеса в контрольной группе составляла $7,7 \pm 0,11$, что достоверно не отличалось от показателей основной группы ($8,48 \pm 0,09$). В процессе исследования отмечено улучшение гигиены и снижение РМА у всех пациентов, принявших участие в обследовании. Редукция показателя ИГ составил от 42% в контрольной группе до 69,7% в основной группе. Улучшение гигиены было более выражено у людей, применяющие электрическую зубную щетку, по сравнению с применением мануальной зубной щетки. Анализ анкетирования показал достаточно высокий уровень знаний о методах гигиены полости рта (0,79 в начале исследования и 0,86 при заключительном тестировании). Наибольшие пробелы в знаниях были выявлены в вопросах о концентрации фтора в пасте и методике чистки зубов. Положительное значение применения электрических щеток и дальнейшее использование считают целесообразным 85% людей основной группы, применявших звуковую щетку. Субъективное улучшение гигиены отмечают 100% пациентов основной группы и 60% пациентов контрольной группы. В то же время степень обесцвечивания и деформации щетинок зубных щеток была выше у лиц, применявших звуковую зубную щетку, по сравнению с мануальными.

Таким образом, применение электрических зубных щеток как объективно, так и по ощущениям пациентов приводит к улучшению гигиенических параметров ротовой полости. Однако более быстрое изнашивание и деформация щетинок электрических щеток и их стоимость являются параметрами, несколько ограничивающими их применение.

*И.Н. Писарева, Р.А. Сибгатулин, Г.Г. Физюкова,
Т.Г. Галыгина*

ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СПОРТСМЕНАМ 7-18 ЛЕТ

**ГУЗ «Областной врачебно-физкультурный диспансер»
ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника города Ульяновска»**

Актуальность. Здоровье населения зависит от здорового образа жизни и адекватной своевременной медицинской помощи.

Материалы и методы. ГУЗ «Областной врачебно-физкультурный диспансер» расположен в двух корпусах: в Правобережье на ул. Минаева, 34 ОСМ №1, в Левобережье на ул. Карбышева, 6 ОСМ №2 и обслуживает спортсменов города Ульяновска и Ульяновской области в возрасте от 7 до 18 лет.

В диспансере имеются 2 отделения спортивной медицины с двумя лабораториями, двумя кабинетами функциональной диагностики, двумя стоматологическими кабинетами, кабинетами узких специалистов, кабинетом ультразвуковой диагностики; отделение реабилитации с залами лечебной физкультуры и тренажерными залами, бассейном и сауной.

Обслуживание спортсменов ведется по участковому принципу. За каждым врачом закреплены определенные виды спорта.

Наблюдение за спортсменами включает в себя: осмотр врачом по спортивной медицине 2 раза в год, дополнительные осмотры перед каждым соревнованием; осмотр 2 раза в год врачами узких специальностей – офтальмолог, кардиолог, оториноларинголог, педиатр, невролог, хирург, дерматолог, зубной врач, врач-стоматолог; лабораторные исследования – 2 раза в год (анализ крови: СОЭ, гемоглобин, лейкоциты, анализ мочи общий), электрокардиограмма – 2 раз в год.

Врачи вместе со средним медицинским персоналом осуществляют контроль состояния здоровья спортсменов методикой проведения занятий физкультурой и спортом на врачебно-педагогических наблюдениях (ВПН); обслуживание спортивных мероприятий.

Результаты работы.

Всего в 2022 году в диспансере принято 14 048 человек.

В стоматологическом кабинете – 13 312 человек.

Контингент	Принято всего	Профилактика кариеса	Профилактическая работа		
			осмотрено	нуждалось	санировано
Всего	14048	387	13312	1174	1159
Дети до 14 лет	7979	264	5978	690	683
Дети с 15 до 17 лет	4318	123	2988	459	452

Всего в 2021 году в диспансере принято 13790 человек.

В стоматологическом кабинете – 13437 человек.

Контингент	Принято всего	Профилактика кариеса	Профилактическая работа		
			осмотрено	нуждалось	санировано
Всего	13431	275	8064	1851	1841
Дети до 14 лет	6552	188	4807	395	391
Дети с 15 до 17 лет	3085	87	2169	292	288

В 2020 году в диспансере принято 14 930 человек. В стоматологическом кабинете – 14184 человек.

Контингент	Принято всего	Профилактика кариеса	Профилактическая работа		
			осмотрено	нуждалось	санировано
Всего	14184	399	7745	2220	2213
Дети до 14 лет	8593	247	4828	1298	1296
Дети с 15 до 17 лет	5027	152	2713	798	796

Выводы. Стоматологическая помощь спортсменам детского возраста оказывается планомерно. Требуется повышение активности профилактической работы среди детей-спортсменов до 100%, за счет повышения количества профилактических процедур.

С.Н. Кузьмичева

ОТДАЛЕННЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

Стоматологическая клиника «Альфадент – Ульяновск»

Актуальность. Имплантология постоянно совершенствуется в диагностике, материалах и формах конструкции имплантатов и ортопедических реставраций. Производители предлагают огромный выбор различных типов соединений имплантата и абатмента, но винты продолжают ломаться. Предугадать все риски практически невозможно. Наиболее частая причина возникновения отдаленных механических осложнений (сколы облицовки, перелом ортопедической конструкции, расцементировка, переломы имплантатов) – нарушение протокола диагностики и лечения. Ослабление и перелом центрального винта в отдаленные сроки (более 5 лет) после установки ортопедической конструкции является наиболее значимым из отдаленных клинических осложнений.

Цель работы – повышение эффективности протезирования с использованием имплантатов в отдаленные сроки и выявление причин ослабления и переломов центрального винта.

Материалы и методы. Оборудование, на котором проводилось обследование пациентов до установки имплантатов: денальный трехмерный компьютерный томограф Kodak 9000 3D; для определения ослабления или перелома винта денальный рентген аппарат Kodak 2200; артикуляционная бумага «Bausch» 200 и 12 микрон, штифты Gutta Percha Points 25, Fleximeter-Strips 1 и 1,5 мм, имплантационные системы: «Стас», «Radix-Next», «NDI Medical», «Nobel Active».

За 2007–2017 годы обратились и обследованы по поводу дискомфорта в области имплантатов 17 пациентов с различными ортопедическими конструкциями на денальных имплантатах. Пациентов с ослабленными и сломанными винтами разделили на две группы: 1 группа – пациенты изначально обследовались, устанавливали имплантаты и протезировались в нашей клинике (8 пациентов); 2 группа – иногородние, устанавливали имплантаты и протезировались в других городах, клиниках (отличие по системам имплантатов и ортопедических конструкций) (9 пациентов). За период с 2007 г. по 2017 г. в работу было взято 539 имплантатов, процент осложнений с центральными винтами составил 1,5%.

Во 2 группе не было возможности проконтролировать весь процесс, установить систему импланта. Данные сведения не всегда удаётся

получить даже после прицельной радиовизиографии, а следовательно, и подобрать винт на замену. В этом случае приходится хорошо интегрированный имплантат заменять, а со стороны пациентов – это стресс, время, финансы.

Результаты и их обсуждение. По данным отечественных и зарубежных авторов, в 5-летней ретроспективе до 5,8% установленных имплантатов дают подвижность или перелом центрального винта. В нашем исследовании были выявлены следующие причины нарушений: несоответствие пассивного соединения, биологические перегрузки, неправильное позиционирование имплантатов, неадекватная затяжка фиксирующего элемента, оседание (без уступа), неправильный дизайн ортопедической конструкции (нарушение моделировки конструкции протеза, промывных пространств, окклюзии).

Ошибки клинических и технических этапов протезирования проявляются, как правило, в первые 2-3 года после установления конструкции. При рассмотрении отдаленных переломов винта необходимо учитывать изменения в биомеханике полости рта, произошедшие за этот период времени, а также влияние физико-химических факторов в элементах имплантационных систем. Горизонтальная подвижность естественных зубов варьирует в зависимости от их расположения от 8-28 мкм по вертикали и 56-108 по горизонтали, одиночный имплантат окружённый естественными зубами, имеет больший риск преждевременных контактов. Распределение нагрузки у естественного зуба идёт по всей плоскости корня, а у имплантационной системы концентрируется в кортикальной области там, где находится соединение абатмент – центральный винт – имплантат. Идеально поставленным может считаться имплантат, когда ось нагрузки совпадает с осью центрального винта. Потерю костной ткани довольно часто приходится компенсировать, применяя ангулированный абатмент. В этих случаях ось нагрузки редко совпадает с осью имплантата и винта. При ангулированном абатменте в 15 градусов стресс в области крестальной кости увеличивается на 30%, при ангулированности в 30 градусов – до 50%. Величина клинической коронки прямо пропорционально увеличивает эффект ангулированной силы. За 5 лет накапливаются изменения, влияющие на функционирование системы, появляются очаги травматической окклюзии. Основное напряжение соответствует наиболее частому месту перелома центрального винта – это область его шейки, между головкой и резьбой. Нельзя исключать и постоянное влияние физико-химических факторов. Явление фреттинга, микроподтекание слюны (слюна обладает свойствами электролита) приводят к образованию гальванического элемента. Гальваническую пару могут образовывать не только 2 разных металла,

но также один металл и близлежащая биологическая ткань. Изменение параметров биологической среды влияют на коррозионное изменение сплавов применяемых в стоматологии. Например, низкое содержание кислорода в коррозионной среде приводит к потере (защитной) пассивной пленки на поверхности титанового сплава, что приводит к коррозии. Технологическая природа кристаллической структуры металлов имплантационных систем также содержит угрозу коррозии, так как граница зерна является областью сегрегации примесей и в коррозионно активной среде образует с кристаллической решеткой микрогальваническую пару.

Из личного опыта можно отметить, что за 10 лет было выявлено 4 перелома винта, во всех 4 случаях абатменты были ангулированные. Ослабление винта наблюдалось, как на прямых, так и на ангулированных абатментах. Обследование пациентов начинали с осмотра: наличие воспалительных изменений в области мягких переимплантных тканей. Пальпации подвижных ортопедических конструкций. В полости рта с помощью окклюзионной бумаги выявляли очаги травматической окклюзии. Окончательный дифференциальный диагноз ставился на основании рентгенографии на визиографе. Лечение перелома или ослабления центрального винта заключалось в извлечении и замене подвижного винта или оставшегося фрагмента, в наиболее сложных случаях приходилось заменять имплант.

Выводы. Пусковым моментом отдаленных осложнений, ослабления и перелома центрального винта является травматическая окклюзия, формирующаяся годами, в сочетании с физико-химическими факторами. Профилактика на клиническом приеме заключается в уменьшении преднагрузочного рикошета центрального винта под контролем динамометрического ключа, соблюдая рекомендации производителя данной имплантационной системы. Во время припасовки ортопедической конструкции требуется рентгенографический контроль. Для профилактики отдаленных осложнений с вовлечением центрального винта необходимо диспансерное наблюдение раз в три года, проверка окклюзионных контактов для выявления и коррекции очагов травматической окклюзии, рентгенологическое обследование (панорамный снимок раз в 5 лет, прицельный на визиографе). Пациенты должны быть осведомлены о необходимости повторных визитов, регулярность которых зависит от индивидуальной клинической ситуации.

П.В. Выселкин

ЗНАЧИМОСТЬ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ЛОЖЕК ПРИ ПОЛНОМ СЪЕМНОМ ПРОТЕЗИРОВАНИИ

ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника города Ульяновска»

Актуальность. Около 10% пациентов имеют полное отсутствие зубов на верхней и нижней челюсти, когда развиваются функциональные нарушения и происходит атрофия лицевого скелета и покрывающих его мягких тканей. Вследствие этих обстоятельств протезирование беззубых челюстей является методом восстановительного лечения, влияющего на задержку дальнейшей атрофии.

Несмотря на наличие множества методик определения высоты прикуса, центрального соотношения челюстей, зуботехнического изготовления конструкции в артикуляторе, рабочий оттиск является основой качественной работы. Точное воспроизведение микрорельефа переходной складки и слизистой альвеолярного отростка без деформаций позволит изготовить прецизионный полный съемный протез.

Процедура получения функционального оттиска делится на два этапа. Первый – припасовка и оформление краев индивидуальной оттисковой ложки. Второй – получение функционального декомпрессионного оттиска.

Индивидуальная ложка изготавливается для каждого конкретного пациента, в зависимости от особенностей его челюсти для последующего протезирования зубов. Она равномерно покрывает лишь необходимое протезное поле, при этом на верхней челюсти помещается в зоне переходных складок слизистой оболочки. На нижней челюсти – располагается в зоне переходных складок челюстно-подъязычной линии, за альвеолярным треугольником и слизистым бугорком.

Индивидуальные оттисковые ложки могут изготавливаться прямым способом – непосредственно во рту у пациента, а также лабораторным способом, когда ортопедическая ложка изготавливается на гипсовой модели, для чего потребуется дважды посетить стоматолога.

Индивидуальная ложка припасовывается во рту таким образом, чтобы все ее периферические края располагались в зоне переходных складок и оставались в контакте с ними при движении языка, щек или губ.

Для контроля заднего края верхней ложки существует следующий прием: при произношении звука «а» мягкое небо должно быть в контакте

с задним краем ложки. В противном случае край адаптируется до тех пор, пока не будет достигнут нужный результат.

При изготовлении индивидуальной ложки для нижней челюсти специальную пластинку, согнув дугой, помещают в рот вдоль альвеолярного гребня. Края ложки оформляются при полузакрытом рте так же, как и для верхней челюсти, язычные же края формируются при выдвигании языка вперед.

Способов изготовления индивидуальных ложек много, технология варьируется в зависимости от особенностей используемого материала и включает несколько этапов:

1. Формование акрилового пластика на основе гипсовой модели. Метод быстрый и простой, но результатам не хватает точности, поскольку материал дает значительную усадку. Его применяют как вспомогательный способ для уточнения края изделия силиконовой массой.
2. Компрессионное прессование. Данный метод подразумевает гипсование восковой заготовки в кювете, после чего воск заменяют пластмассой, которая полимеризуется на специальном оборудовании.
3. Литьевое прессование. Отличительная особенность метода заключается в использовании специальной кюветы и шприца. Пластмасса под давлением проходит через литниковые каналы.
4. Вакуумное прессование. Суть метода в формировании заготовок из термопластических полимеров на особых пресс-формерах с последующим обрезанием излишков.
5. Применение готовых наборов со светоотверждаемыми полимерами и адгезивами для фиксации.
6. Печать на 3D-принтере с предварительным трехмерным интраоральным сканированием. Это технология будущего: данные сканирования заносятся в специальную компьютерную программу, которая моделирует форму изделия. Процесс контролируется зубным техником и впоследствии распечатывается на 3D-принтере.

Но помимо материала и техники изготовления, важным фактором успешности результата считается мастерство зубного техника, который выполняет работу. Чтобы оттиск получился максимально точным, нужно тщательно следовать рекомендациям специалиста и сообщать о любых неприятных ощущениях, чтобы он мог оперативно скорректировать форму изделия.

Изготовление индивидуальной конструкции – важный этап подготовки к протезированию, начальное звено в последовательности

действий, от результата которых зависит не только удобство использования съемного протеза, но и качество жизни.

Материалы и методы. За 2022 год проведено протезирование 30 человек, с изготовлением полных съемных протезов. 23 пациента, с применением индивидуальных ложек, 7 – без применения индивидуальных ложек. У пациентов с применением индивидуальных ложек возростала фиксация протезов, и снижалось число коррекций.

Выводы. Технология изготовления полных съёмных протезов предусматривает обязательное изготовление индивидуальных ложек. Отсутствие этапа изготовления индивидуальных ложек и отсутствия функциональных оттисков, снижает качество изготовленных протезов и качество жизни пациента.

*Г.Г. Физюкова, Ф.Ф. Низамова, Л.Н. Преснякова,
Н.П. Хропова*

АЛГОРИТМ И ОБЪЁМЫ ПРОФИЛАКТИКИ ОСНОВНЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника города Ульяновска»

Актуальность. Главным фактором в предотвращении заболеваний полости рта, является здоровый образ жизни, где участвуют три основных направления: гигиеническое воспитание населения, рациональное питание, устранение вредных привычек и неблагоприятных факторов внешней среды.

Профессиональная и интенсивная гигиена полости рта полностью блокирует патогенетические механизмы развития начального кариеса зубов. Современный характер питания, где преобладает прием мягкой пищи с высоким содержанием легкоусвояемых углеводов, не способствует процессу самоочищения полости рта и улучшению слюноотделения. На мягких и твердых тканях накапливаются клейкие остатки пищи, которые являются хорошей питательной средой для микрофлоры полости рта и участвуют в образовании приобретенных болезнетворных структур в виде налета и отложений, в дальнейшем являются причиной в механизме разрушения зубов в виде появления кариеса и заболеваний полости рта. Устранение этих структур, отрицательно воздействующих на ткани полости рта, возможно лишь при ее искусственном очищении. Повышение

эффективности проведения профилактических мероприятий зависит от комплексной работы по созданию специальных кабинетов, центров гигиены и профилактики, в поликлиниках, дошкольных учреждениях, школах, организованных учреждениях и плановой работы специалистов в данном направлении. Доказано, что после 2,5 лет планомерной работы, у населения вырабатывается твердая привычка придерживаться правил профилактической направленности и появляются результаты по снижению заболеваемости кариесом.

Цель исследования – анализ доступности методов и видов профилактической работы среди населения.

Материалы и методы. Нами проведен анализ результатов, целевой профилактической работы по программе - «Детская улыбка СтАР» (Стоматологической Ассоциации России), по проведенному комплексу профилактических мероприятий по обучению правилам гигиенического ухода за полостью рта, по проведению игровых мастер классов «Урок гигиены полости рта» в организованных группах, по оказанию стоматологических услуг «Консультация врача-стоматолога детского», «Консультация врача-ортодонта», «Профессиональная гигиена полости рта», «Лечение кариеса», «Комплексное первичное ортодонтическое обследование», «Исправление прикуса» (ортодонтическое лечение) (далее «Услуги») за рамками обязательного медицинского страхования для детей младшего школьного возраста от 7 до 11 лет, детей подросткового возраста от 11 до 18 лет, проживающих в многодетных семьях, неполных семьях, семьях с детьми – инвалидами, семьях безработных, семьях с малолетними детьми, т.е. среди детей города Ульяновска и Ульяновской области, оказавшихся в трудной жизненной ситуации в 2018-2019 и 2020-2021 годы.

Нами оказаны услуги 940 детям, находящихся в трудной жизненной ситуации, с выполнением всех мероприятий по объёмам и предусмотренному алгоритму.

В результате проведены следующие мероприятия.

- Вебинар по обучению врачей на тему: Проведение мастер класса «Урок гигиены полости рта - Детская улыбка СтАР».
- Комплекс профилактических мероприятий по обучению правилам гигиенического ухода за полостью рта.
 1. Проведены игровые мастер классы «Урок гигиены полости рта - Детская улыбка СтАР» в организованных группах.
 2. Проведены «круглые столы».
 3. Предоставлены промо материалы.

Консультационные услуги.

1. Консультация врача-стоматолога детского.
2. Консультация врача-ортодонта.

Гигиена и профилактика.

1. Комплекс профессиональной гигиены на сменном прикусе.
2. Комплекс профессиональной гигиены на постоянном прикусе.

Лечение кариеса.

1. Герметизация фиссур постоянного зуба.
2. Лечение кариеса молочного зуба.
3. Лечение кариеса постоянного зуба.

Ортодонтическое обследование и лечение (исправление прикуса).

1. Комплексное первичное ортодонтическое обследование, прием с установкой пластинки на I челюсть.
2. Комплексное первичное ортодонтическое обследование, прием с установкой трейнера.

Раздаточный материал для участников программы.

1. Жевательная резинка, со знаком «Одобрено Стоматологической ассоциацией России» (согласно возрасту ребенка).
2. Зубная паста, со знаком «Одобрено Стоматологической ассоциацией России» (согласно возрасту ребенка).
3. Зубная щетка, со знаком «Одобрено Стоматологической ассоциацией России» (согласно возрасту ребенка).
4. Буклет для детей.
5. Буклет для родителей.

Результаты исследования.

В результате проведенных мероприятий установлено снижение прироста заболеваемости кариесом у 940 детей на 10-15%, стабилизация кариозного процесса. В группе сравнения в количестве 500 детей прирост составил на 25%, в том числе из-за ограничения доступности плановой помощи по эпидемиологическим показателям в 2020 году.

Выводы.

1. Эффективность профилактических мероприятий в течение 2-х лет снижает прирост заболеваемости кариесом на 10-15%;
2. Для достижения высоких положительных результатов от профилактических мероприятий, необходимо выполнение требований порядков оказания населению медицинской помощи при стоматологических заболеваниях. Мероприятия проводить планомерно, комплексно, системно.
3. В условиях с соблюдением лицензионных требований оказания профилактической помощи населению.

4. Предусмотреть меры дополнительной финансовой поддержки целевых профилактических мероприятий из-за низкой стоимости условной трудовой единицы-УЕТ по стоматологии, в системе ОМС.
5. При выполнении предусмотренных мер профилактики на каждом этапе, неизбежно последует снижение заболеваемости стоматологическими заболеваниями, что способствует общему оздоровлению населения.

О.И. Сорокин, С.В. Ретьман, Г.А. Шевалаев, А.С. Элли

СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ТРАВМАТИЗМА В УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ

ГУЗ «Ульяновский областной клинический центр
специализированных видов медицинской помощи
им. Е.М. Чучкалова»

Актуальность проблемы. Травматизм остается одной из основных медико-социальных проблем не только в Российской Федерации, но и в большинстве стран мира. Смертность при травматизме в целом занимает третье место после сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний. В возрасте до 45 лет смертность при травматизме является доминирующей. Тяжелые сочетанные травмы до 20 лет являются основной причиной смертности. По данным литературы, в структуре травм мирного времени доля сочетанных и множественных повреждений составляет 5-12%, а летальность при тяжелой шокогенной травме составляет 25-45%. Инвалидность вследствие политравм достигает 28-50%, причем основной ее причиной являются повреждения опорно-двигательного аппарата. Несмотря на успехи, достигнутые в области лечения пострадавших, снижения летальности, развития реабилитационных программ, значительная распространенность травматизма в Российской Федерации связана с недостаточной эффективностью профилактических усилий общества и системы здравоохранения в вопросах снижения риска получения травмы населением.

Целью работы – проанализировать травматизм в Ульяновской области и сравнить его с травматизмом в Российской Федерации, Приволжскому ФО и соседних регионов.

Материалы и методы. Исследование проведено на основании данных федерального и регионального статистического наблюдения.

Результаты. За период с 2018 г. по 2020 г. отмечается снижение уровня травматизма по Ульяновской области на 100 000 всего населения с 8 980 человек до 8 122 человек. В целом по России на 100 000 населения отмечаются следующие данные в 2018 г. – 8 893 человек, в 2020 г. – 8 136 человек, а Приволжском ФО (ПФО), показатель травматизма без значимой динамики, в 2018 г. – 8 916 человек, в 2020 г. – 8 783 человек. Наиболее часто население получает травмы в быту, на втором месте уличный травматизм. У взрослых в целом данные показатели значительно не отличаются от показателей по РФ и ПФО. Данные в зависимости от локализации повреждений с 2018 г. по 2020 г. (на 100 000

человек): травмы на уровне плечевого пояса и плеча (S40-S49), с 613,9 до 573,8; травмы на уровне локтя и предплечья (S50-S59) с 895,3 до 842,2; травмы на уровне тазобедренного сустава и бедра (S72-S79) с 257,8 до 232,6; травмы на уровне колена и голени (S80-S89) с 1 108,9 до 1 029,1; травмы на уровне голеностопного сустава и стопы (S90-S99) с 1 557,8 до 1 439,3; последствие травм, отравлений (T96-T97) с 128 до 120,9.

Обсуждение. Отмечается в целом положительная динамика по снижению количества травматизма, также следует отметить уменьшение смертности от травматизма и других внешних причин. Смертность в Ульяновской области от травматизма и других внешних причин на 100 000 населения: в 2018 году составила 135,4, в 2019 году 127,5, в 2020 году 108,6. Это свидетельствует о пользе проводимых мероприятий по профилактике травматизма.

Выводы. Сохраняющийся уровень травматизма в нашем регионе диктует необходимость проведение профилактических мероприятий по борьбе с травматизмом. Снижение показатели смертности, демонстрируют пользу проводимых работ в этом направлении, что на фоне улучшения организации медицинской помощи при травмах, в будущем позволит улучшить качество жизни населения нашего региона.

*А.П. Клемендеев, Р.А. Замальдинов, Р.Р. Айнетдинов,
К.А. Мигуков,*

ЗАКРЫТАЯ РУЧНАЯ РЕПОЗИЦИЯ, ОСТЕОСИНТЕЗ ПЯСТНЫХ КОСТЕЙ СПИЦАМИ КИРШНЕРА В УСЛОВИЯХ ЭКСТРЕННОЙ ОПЕРАЦИОННОЙ

**ГУЗ «Ульяновский областной клинический центр
специализированных видов медицинской помощи
им. Е.М. Чучкалова»**

Актуальность проблемы. Наиболее часто из всех переломов костей кисти встречаются переломы пястных костей. Основные и наиболее часто встречающиеся типы переломов это диафизы и головки пястных костей. Переломы оснований пястных костей, происходят незначительно реже, однако нередко имеют внутрисуставную локализацию.

Переломы оснований и головок пястных костей происходят в результате прямого удара по поверхности сжатой в кулак кистью или же при непрямых воздействиях с осевой нагрузкой на головки пястных костей при сжатой в кулак и согнутой кистью. Переломы

шиловидных отростков 2-3 пястных костей наступают в результате отрывного воздействия длинного и короткого лучевых разгибателей кисти, которые относительно часто встречаются у боксеров. Серьезное практическое значение имеют переломы оснований 1 и 5 пястных костей, чаще всего они носят внутрисуставной характер, а также часто переходят в диагноз «перелома-вывиха», который осложняет дальнейший трудовой прогноз.

Цель исследования – выполнение закрытой ручной репозиции, остеосинтеза спицами Киршнера переломов пястных костей в экстренной операционной.

Материалы и методы исследования. Для лечения этих переломов нами во 2-м травматолого-ортопедическом отделении ГУЗ УОКЦСВМП им. Чучкалова Е.М. предложено оперативное лечение: закрытая репозиция, остеосинтез переломов пястных костей спицами Киршнера в экстренном порядке. Операция проводится под местной анестезией. Проводится закрытая репозиция, удержание отломков, далее – фиксация спицами Киршнера. Количество спиц выбирается, опираясь на характер перелома. Выполняется рентгенография для оценки текущих результатов. Фиксация спицами Киршнера проводится на протяжении 4–6 недель. После сращения переломов назначается активные занятия ЛФК, направленные на разработку движений в пальцах кисти и физиолечение.

Достоинства метода. Применяемая данная методика лечения переломов пястных костей является наиболее простой, менее травматичной, экономичной и доступной любому травматологу-ортопеду, по сравнению с другими оперативными вмешательствами. Данный метод фиксации костных отломков позволяет избежать повторного смещения отломков в месте перелома, при правильной выполненной репозиции и фиксации, кроме того, снизить риск послеоперационных инфекционных осложнений.

Результаты и выводы. С помощью данной методики пролечено 22 пациента. По нашему мнению, данный вид лечения рекомендован для применения по следующим причинам: быстрый и простой способ, наличие минимального набора инструментов, снижение травматизации мягких тканей и сосудов, низкий риск инфекционных осложнений, хорошие ранние и отдаленные результаты лечения. Средний срок фиксации спицами Киршнера составил 30–45 дней. У 20 пациентов, пролеченных по этой методике, получены отличные и хорошие анатомические и функциональные результаты. У одного пациента в послеоперационном периоде произошла миграция спиц. В данном случае произведена открытая репозиция, остеосинтез перелома спицами Киршнера. Осложнений в виде воспаления вокруг спиц не было.

М.Р. Сафетов, А.В. Манин, Г.А. Шевалаев, Э.Р. Ахтямова

АНАЛИЗ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ГОЛЕНИ НА АМБУЛАТОРНОМ И СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ

**ГУЗ «Ульяновский областной клинический центр
специализированных видов медицинской помощи
им. Е.М. Чучкалова»**

Актуальность проблемы. По данным литературы, переломы дистального отдела большеберцовой и малоберцовой костей составляют около 8–10% всех переломов голени. Средний возраст пострадавших колеблется в пределах 35–40 лет. В последние десятилетия частота данных повреждений возрастает, что связано, в первую очередь, с ростом количества высокоэнергетических травм. К особенностям данных видов травм относится: небольшое покрытие костных образований мягкими тканями, а также близкое расположение венозной сосудистой сети к костным образованиям и их повреждение при травме, что является причиной образования венозных тромбов при травме и в период лечения. Не до конца решены тактические вопросы выбора метода лечения.

Цель исследования – определение эффективности различных методов лечения переломов дистального отдела голени, выявление осложнений, увеличивающих срок реабилитации и восстановления трудоспособности.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 293 пациентов с повреждением дистального отдела костей голени (код заболевания по МКБ: S82.6, S82.7) в травматологическом пункте ГУЗ УОКЦСВМП и 110 пациентов в стационаре (код заболевания по МКБ S82.4, S82. 5, S82.6, S82.7, S82. 8, S82. 9, S82.10). В зависимости от возраста пациенты распределены следующим образом: 19–45 лет – 118 в травматологическом пункте и 61 – в стационаре, 45–60 лет – 24 пациента в стационаре и 108 пациентов в травматологическом пункте. Старше 60 лет – 67 пациентов в травмпункте и 25 пациентов в стационаре.

Результаты и их обсуждение. С переломом наружной лодыжки (S82,6) пролечено 200 пациентов в условиях травмпункта и 11 пациентов – в травматологическом отделении; с переломом внутренней лодыжки (S82,5) – 6 пациентов в травмпункте и 2 пациента в стационаре; с множественными переломами голени (S82.7, 82.8, 82.9) – 87 пациентов в травмпункте и 90 – в условиях стационара. По длительности

лечения переломов наружной лодыжки получены следующие результаты: в 39,9% случаев длительность лечения 21–42 дня, обусловлена наличием не осложнённых переломов без смещений и ранним периодом реабилитации. В 84 случаях (28,6%) сроки лечения составили 42–56 дней, это обусловлено увеличением сроков реабилитации. В 86 случаях (29,3%) длительность лечения составила 60–238 дней, это, как правило, множественные переломы, 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 66,6% случаев лечение до 5–6 недель, (что обусловлено прямым механизмом травмы), возможностью ранней реабилитации и отсутствием осложнений в виде смещения, эпидермальных пузырей. В 33,3% случаев период лечения 6–8 недель – это среднестатистические сроки не осложнённых переломов без смещений. Сроки лечения множественных переломов голени в 13% случаев до 8 недель, что связано неосложнёнными переломами без смещения и началом реабилитации. В 16% наблюдений длительность лечения составила от 8 до 10 недель, как правило, после первичной удовлетворительной репозиции. В 81% случаев лечения данной патологии сроки лечения составили более 12 недель, обусловлены наличием осложнений в виде вторичных смещений, постиммобилизационных контрактур, эпидермальных пузырей, послеоперационных осложнений, повреждением связочного аппарата голеностопного сустава и развитием посттравматических артрозов.

Выводы. Из вышеизложенного следует, что в структуре рассмотренных нозологических форм преобладают лица молодого трудоспособного возраста (19–45 лет). С целью сокращения длительности лечения необходимо улучшить специализированную помощь в травматологическом пункте и в стационаре, а также использование в ранней реабилитации современных аппаратов механотерапии.

*А.С. Ермоленко, А.А. Спассков, С.В. Адайкин,
А.Х. Ельяттар Сальман*

ГЕМИАРТРОПЛАСТИКА ИЛИ ТОТАЛЬНОЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА: ЛЕЧЕНИЕ ВНУТРИСУСТАВНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

**ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»,
ГУЗ «Ульяновский областной клинический центр
специализированных видов медицинской помощи
им. Заслуженного врача России Е.М. Чучалова»**

Актуальность. Внутрисуставные переломы проксимального отдела бедренной кости у лиц пожилого возраста являются проблемой здравоохранения во всем мире (Fisher H. Et al., 2021). В Российской Федерации наблюдается ежегодный рост числа пациентов пожилого возраста с переломами проксимального отдела бедренной кости, что приводит к ранней инвалидизации и смертности (Шевалаев Г.А., 2022). Среди методов хирургического лечения доступных этим пациентам, выделяют гемиартропластику (НА, hemiarthroplasty) и тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава (ТНА, total hip arthroplasty) (Lewis D.P. et al., 2019; Viswanath A. Et al., 2020). Однако, наличие сопутствующей патологии, возрастного критерия и отсутствие стандартов лечения данной категории пациентов вызывает споры относительно выбора хирургического метода лечения (Burgers P.T.P.W. et al., 2015). Ряд исследований демонстрирует более высокие функциональные результаты после ТНА, однако в то же время сообщалось о высокой частоте вывихов головки эндопротеза (Rowan F.E. et al., 2018). Несмотря на преимущества НА (достаточно быстрая и универсальная процедура, позволяющая провести раннюю мобилизацию и восстановление функции конечности), иногда требуется повторная операция ТНА из-за симптоматической эрозии или протрузии вертлужной впадины (Тихилов Р.М. и др., 2019). Таким образом, вопрос лечения внутрисуставных переломов проксимального отдела бедренной кости остается спорным.

Цель исследования – анализ результатов лечения внутрисуставных переломов проксимального отдела бедренной кости после НА и ТНА.

Методы исследования. Проведён опрос 65 человек пожилого возраста, которые были рандомизированы по полу (25 мужчин (средний возраст $74,8 \pm 3,4$ лет) и 40 женщин (средний возраст $77,6 \pm 4,9$ лет)) и методу лечения (18 человек после НА, 47 человек – после ТНА). Критериями включения являлись возраст >70 лет, срок после операции ≥ 10 лет. Опрос включал оценку по NHS (Harris Hip score).

Результаты. Установлено, что средний балл NHS составил $70,3 \pm 4,3$ в группе после ТНА и $67,3 \pm 3,8$ ($p=0,13$) в группе после НА. После ТНА выявлено 7 случаев (14,9%) вывиха головки эндопротеза (2 у мужчин, 5 женщин). После НА случаев вывиха головки протеза не выявлено. В общей сложности 36 пациентов (76,6%) после ТНА и 14 пациентов после НА (77,8%) были удовлетворены лечением. В структуре сопутствующей патологии преобладали: сердечно-сосудистые заболевания у 65 человек (100%), сахарный диабет у 12 человек (18,5%), респираторные заболевания 5 человек (7,7%).

Выводы. Наблюдается преобладание ТНА над НА в лечении внутрисуставных переломов проксимального отдела бедренной кости у пожилых пациентов. Достоверных различий функциональных результатов после НА и ТНА не выявлено, несмотря на то, что после последней амплитуда движений в тазобедренном суставе выше. У пациентов старческого возраста с высоким индексом коморбидности НА является оптимальным методом лечения. Несмотря на преимущества ТНА, остаётся высокой вероятностью вывиха головки эндопротеза, последующие вправления которой становятся факторами риска, особенно у лиц с сопутствующей патологией.

А.С. Савельев, А.А. Кузин, Ю.М. Ниц

ОПЫТ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ УКОРОЧЕНИЯ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

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

Актуальность. В соответствии с мировой статистикой укорочение длины конечности составляет около 15% от всей патологии опорно-двигательного аппарата. Причинами могут служить различные заболевания: врожденные аномалии развития, генетически обусловленные заболевания, последствия неврологической патологии,

гноино-воспалительные процессы, последствие травм, ортопедических и ревматологических заболеваний. Независимо от причины укорочения конечности, задачей ортопеда является восстановление функции конечности. Укорочение нижней конечности 1 см и более у детей приводит к неправильному формированию опорно-двигательного аппарата, что может существенно снизить качество жизни пациента: нарушается походка, возникает необходимость в ношении сложной ортопедической обуви и других ортопедических изделий для компенсации укорочения, приводит к вторичному формированию сколиоза и другим патологиям.

Цель исследования – определить оптимальный метод хирургического лечения укорочения нижней конечности в детском возрасте.

Материалы и методы. В настоящее время в ортопедии используется два метода оперативного лечения укорочения нижней конечности: остеотомия кости с наложением компрессионно-дистракционного аппарата и временный блокируемый эпифизиодез (метод управляемого роста кости). Каждый из методов имеет преимущества и недостатки. Преимущества компрессионно-дистракционного аппарата: удлинение кости на 4 см и более за несколько месяцев, не имеет возрастных ограничений, к недостаткам можно отнести длительность реабилитационного периода после снятия аппарата может длиться около года и более, требуются перевязки в течении нескольких месяцев, в связи с этим выше риск воспаления спицевых либо стержневых ран. Временный блокируемый эпифизиодез – малотравматичен и малоинвазивен, имеет короткий восстановительный период (нагрузка возможна сразу после оперативного лечения, восстановление активного движения в суставе в полном объёме в течении 1 мес.), перевязки в течении двух недель заживления послеоперационной раны, отсутствует травматизация мышц; недостатками этого метода являются длительный период компенсации укорочения (от нескольких месяцев до нескольких лет) в зависимости от величины укорочения и активности физиологического возрастного роста кости, может применяться только при наличии открытых зон роста.

Результаты выполненной работы. Нами выполнено за 20 лет: 116 операций с использованием временного блокируемого эпифизиодеза хорошие результаты получены у 96 пациентов, удовлетворительные 15 пациентов достигнута коррекция с разницей длин нижних конечностей 1 см; неудовлетворительные 5 пациентов – желаемой коррекции не достигнуто ввиду использования метода управляемого

роста на этапе близкого к завершению роста костей; 181 операция в объеме остеотомия с использованием компрессионно-дистракционного аппарата: хорошие результаты получены у 147 пациентов, удовлетворительные 27 пациентов достигнута коррекция с разницей длин нижних конечностей 1 см; неудовлетворительные 7 пациентов – желаемой коррекции не достигнуто – был произведен демонтаж аппарата в виду миграции металлоконструкции, поломки спиц, нагноения спицевых и стрессовых ран на амбулаторном этапе лечения.

Выводы. Таким образом по нашему опыту хирургического лечения укорочения нижней конечности до трёх см оптимальным является временный блокируемый эпифизиодез, а при укорочении более трёх см – остеотомия с наложением компрессионно-дистракционного аппарата.

И.Б. Пальшинцева, Э.Р. Абрамьянец

СОВРЕМЕННЫЙ КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД В КОРРЕКЦИИ ДИСФАГИИ КАК ПОСЛЕДСТВИЯ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНСУЛЬТА У ДЕТЕЙ В РАННЕМ ВОЗРАСТЕ

ГУЗ «Детская специализированная
психоневрологическая больница №1»

Статья посвящена актуальной проблеме современной педиатрии и неврологии – комплексному лечению и реабилитации дисфагии как последствия инсультов у детей. Освещены аспекты, патофизиологические механизмы и клинические особенности последствий инсульта в детском возрасте, одними из которых являются дисфагические расстройства.

Цель работы – обобщить опыт работы в коррекции дисфагических расстройств в условиях ГУЗ ДСПБ №1 и обосновать значимость комплексного воздействия в достижении наилучших результатов реабилитации неврологических расстройств у детей.

Задачи: оценить эффективность комплексного подхода в коррекции неврологических расстройств у детей, перенесших инсульт в раннем возрасте.

Материалы и методы. С 01.01.2021 года вступил в силу Приказ МЗ РФ №878н от 23.10.2019 г. «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации детям», согласно которому в условиях ГУЗ ДСПБ №1 проходят реабилитацию дети с патологией ЦНС. Одной из решаемых задач реабилитации детей с указанной патологией является лечение сопутствующих дисфагических расстройств. Из 17 маленьких пациентов 9–12 месяцев с описанными нарушениями и прошедших курс реабилитации в больнице 82% выписываются с положительной динамикой с рекомендациями повторных реабилитационных курсов, родителям остальных 18% также рекомендовано прохождение повторных курсов лечения и оформление инвалидности.

Диагностика степени тяжести дисфагии осуществляется с использованием шкал, соответствующих клиническим рекомендациям, и оценки по Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. Используются следующие диагностические инструменты: шкала оценки степени выраженности речевых нарушений

у больных с локальными поражениями мозга (Л.И. Вассерман и др.), количественная оценка речи (Л.С. Цветкова, Т.В. Ахутина, Н.М. Пылаева), шкала оценки дизартрии (Л.И. Вассерман и др.), шкала оценки глотания объемной вязкости (V-VST) и модифицированный тест оценки глотания (Modified MANN Assessment of Swallowing Ability).

Неврологические проблемы влияют на сенсорные и моторные функции центральной нервной системы, которые необходимы для глотания. Травматическое повреждение головного мозга, врожденные пороки развития головного мозга, опухоли головного мозга или цереброваскулярные травмы у детей являются неврологическими причинами дисфагии.

Любой тип структурных нарушений в ротовой полости, глотке, гортани или пищеводе может повлиять на функциональные аспекты кормления и на адекватную защиту дыхательных путей во время глотания от аспирации. Примеры включают такие состояния, как черепно-лицевые аномалии или аномалии гортани (то есть расщелина гортани).

Такие состояния, как врожденные структурные или функциональные дефекты сердца и респираторные состояния, муковисцидоз или хронические заболевания легких, значительно снижают кардиореспираторные условия и влияют на выносливость пациентов для потребления достаточного объема во время кормления. Кроме того, может быть нарушена координация между дыханием и глотанием для предотвращения аспирации (попадания пищи или жидкости в дыхательные пути).

Основные проблемы с обменом веществ могут повлиять на аппетит и способствовать развитию отвращения к пище и отказа.

Нарушение сенсорной обработки влияет на способность ребенка интерпретировать оральный сенсорный ввод и интегрировать информацию и может влиять на развитие навыков правильного питания и глотания.

Большое значение для выбора тактики лечения дисфагии имеет ее степень. Условно выделяют четыре степени дисфагии, они отражают выраженность симптома. Если при первой степени дисфагии ребенок испытывает трудности только с какими-то определенными видами твердой пищи, то при третьей степени трудности возникают уже при глотании любой еды.

Если это первая или вторая степень, то родителям предлагается попробовать диетические способы коррекции – дробное введение пищи, подбор еды нужной консистенции с помощью загустителей,

использование эрготерапевтических приёмов, как позиционный менеджмент во время кормления. При первой и второй степени дисфагии с помощью специалистов по глотанию используем глотательную реабилитацию: логопедический массаж, стимуляцию глотательного рефлекса. Некоторым техникам глотательной реабилитации обучаем родителей. При третьей и четвертой степени дисфагии возникает необходимость перехода на зондовое питание.

Логопеды учреждения имеют специальную подготовку по анатомии головы и шеи, физиологическим аспектам кормления и глотания, сотрудничают с неврологами, врачом ФРМ и ЛФК в процессе достижения реабилитационных целей, которые специалисты фокусируют на стратегиях безопасного и эффективного кормления с использованием методов прямого или компенсационного воздействия.

Скоординированный междисциплинарный командный подход объединяет приемы у пациентов, оптимизирует взаимодействие между службами и в конечном итоге помогает координировать уход.

Хотя состав междисциплинарной реабилитационной команды (МРК) и протокол оценки могут различаться в зависимости от условий и состояния пациентов, главная цель работы МРК заключается в использовании мультидисциплинарного подхода для достижения наилучшего реабилитационного результата и качества жизни для младенцев и детей с дисфагией.

При лечении дисфагии у детей показатель функционального исхода часто отражает конечную цель лечения, определяющую качество жизни ребенка или семьи. Целевым результатом может быть способность ребенка функционировать в повседневных делах, таких как прием пищи и питье, даже в ограниченных пределах. Показатель функционального результата часто отражает цель лечения, определяющую качество жизни ребенка или семьи.

Л.М. Родионова, И.М. Воротников

НИЗКОИНТЕНСИВНАЯ ЛАЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ МОЗГА

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

Хроническая ишемия мозга (ХИМ) является актуальной проблемой клинической неврологии, часто приводящей к временной и стойкой утрате трудоспособности. ХИМ развивается в результате прогрессирующей недостаточности кровоснабжения головного мозга. Прогрессирующее течение заболевания требует включение в реабилитацию методов, направленных на восстановление нарушенных функций, повышающих качество жизни. В программу реабилитации больных с ХИМ, наряду с методами фармакотерапии нейропротективными, сосудистыми и вазоактивными препаратами, также включаются немедикаментозные методы лечения. Низкоинтенсивная лазерная терапия (НИЛИ) является одним из известных физиотерапевтических методов лечения заболеваний, связанных с нарушением микроциркуляции и гипоксией тканей.

В основе лечебных процессов, происходящих в тканях организма при воздействии НИЛИ, лежит его фотобиологическое действие, обусловленное поглощением квантов света различными внутриклеточными компонентами, которые меняют при этом свое состояние. В итоге возникает физико-химическая перестройка белковых полимеров, в частности, изменение активности ферментов и структурно-функциональных свойств клеточных мембран. НИЛИ позволяет улучшить микроциркуляцию и реологические свойства крови, усилить процессы оксигенации подлежащих тканей, способствует уменьшению воспалительных процессов, оказывают репаративно-регенеративное, гипоальгезивное, вазопротективное, иммуностимулирующее, катаболическое, действие, повышает резистентность организма. При этом снижается тонус церебральных сосудов, нормализуется отток ликвора, улучшается кровообращение в мозговой ткани, увеличивается ионная активность в тканях.

Целью исследования является оценка эффективности применения НИЛИ в реабилитации пациентов с хронической ишемией мозга.

Методы исследования. В ГУЗ «УОКМЦ ОПЛПРВ и ПП им. Максимчука В.М.» под нашим наблюдением находилось 63 человека с ХИМ – женщин 25 человек (39,7%), мужчин 38 человек (60,1%). Средний возраст составил $54,8 \pm 2,3$ года. Все больные были разделены на 2 группы. I группа (контрольная) – 31 человек (49,2%) получали только медикаментозную базисную терапию (вазоактивные, сосудистые и нейропротективные препараты), II группа (основная) – 32 человека (50,8%), наряду с медикаментозной терапией, получали курс низкоинтенсивной лазерной терапии от аппарата «Матрикс». Лазеротерапевтическое воздействие проводилось при синдроме вертебро-базиллярной недостаточности на заднебоковые поверхности шеи ИК-головкой МЛ-904-80, частота 80 Гц, длина волны 890–904 нм, импульсная мощность 40–50 Вт, экспозиция на зону по 2 минуты, 4 зоны, при преобладании синдрома каротидной недостаточности воздействовали на проекцию обеих общих сонных артерий по 2-5 минут на зону, курс 8 процедур. Контроль эффективности лечения осуществлялся по динамике клинических данных.

Результаты исследования. У больных I группы, получавших в программе реабилитации только медикаментозное лечение, уменьшение проявлений цефалгического, астеноневротического и вестибулоатактического синдромов наблюдалось у 45,5% больных, в основной группе улучшение наступило у 77,2% больных, что было достоверно выше, чем в I группе. ($p \leq 0,05$). Данные результатов УЗДГ МАГ показало, что во 2 группе достоверное улучшение параметров мозгового кровотока в системе ВСА было на 12,6%, в системе ПА – на 33,4%. В контрольной группе эти показатели составили 7,8% и 29,1% соответственно. ($p \leq 0,05$) По данным РЭГ, во 2 группе выявлено достоверное увеличение пульсового кровенаполнения сосудов у 56,8% больных, улучшение церебрального венозного оттока – у 70,2%, уменьшение асимметрии мозгового кровотока – у 71,3% больных, в I группе – 44,7%, 55,5%, 47,1% больных соответственно.

Таким образом, применение НИЛИ в реабилитации пациентов с ХИМ повышает эффективность медикаментозного лечения, способствует улучшению мозгового кровообращения, системной гемодинамики, когнитивных функций, психофизического состояния, вегетативного тонуса, приводит к улучшению клинического состояния больных, улучшению качества жизни и активности пациентов.

Т.Е. Столбова, И.Б. Пальшинцева, Т.Г. Губарева

**МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ
ДЕТЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ
В ГУЗ «ДЕТСКАЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ
ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА №1».
ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ**

**ГУЗ «Детская специализированная
психоневрологическая больница №1»**

Актуальность проблемы. Развитие детской медицинской реабилитации началось сравнительно недавно, в большей степени обусловлено устойчивыми тенденциями роста числа детей с ограниченными возможностями, инвалидности среди детей. Значительную часть данной группы составляют дети с поражением центральной нервной системы, у которых потребность в медицинской реабилитации остается очень высокой. Медицинская реабилитация детей осуществляется в соответствии со статьей 40 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23 октября 2019 г. №878н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации детей», Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ).

Цель исследования – медицинская реабилитация детей в амбулаторных условиях в ГУЗ «Детская специализированная психоневрологическая больница №1». Перспективы развития.

Методы исследования. Анализ работы ГУЗ ДСПБ №1 по организации и проведению медицинской реабилитации детей в амбулаторных условиях. Анализ плана перспективного развития.

Результаты. Медицинская реабилитация детей в амбулаторных условиях (III этап) в ГУЗ ДСПБ №1 организована в августе 2022 года, согласно лицензии №ЛО-73-01-001864 от 29.09.2017 г. на медицинскую реабилитацию в амбулаторных условиях, ведущим приказам Министерства здравоохранения Российской Федерации, распоряжения Министерства здравоохранения Ульяновской области от 01.09.2022 г. «Об утверждении минимального набора простых услуг в составе комплексного посещения по профилю «Медицинская реабилитация» детям в амбулаторных условиях».

Медицинская реабилитация детей осуществляется в плановой порядке при наличии медицинских показаний и отсутствии

противопоказаний у детей с поражением центральной нервной системы, после окончания острого (подострого) периода заболевания или травмы, при хроническом течении заболевания вне обострения, при III, II, I уровнях курации. Согласно штатному расписанию данную работу проводят врач физической и реабилитационной медицины, врач лечебной физкультуры, врач-физиотерапевт, врач-невролог, педиатр, узкие специалисты, врач функциональной диагностики, логопеды, педагоги, медицинские психологи.

Коллективом ГУЗ ДСПБ №1 проведена определенная работа. Разработаны Порядок, Положение о медицинской реабилитации детей в амбулаторных условиях в ГУЗ ДСПБ №1, локальные документы по составу и работе МРК. Сформирован формат электронной медицинской карты, дневниковых записей осмотров специалистов, членов МРК, выписного эпикриза. Разработан и утвержден перспективный, комплексный планы работы по медицинской реабилитации. Определена маршрутизация и контингент детей для проведения данного вида реабилитации.

По анализу статистических данных за 6 месяцев работы по амбулаторной реабилитации детей в ГУЗ ДСПБ №1 получили курс лечения 132 ребенка, которые в должной степени, в 100% случаях, осмотрены специалистами МРК при поступлении, в динамике и по окончании курса реабилитации. По показаниям – узкими специалистами, медицинским психологом, логопедом. Реабилитационные мероприятия каждого ребенка осуществлялась согласно индивидуальному плану. Родители и дети прошли обучение в школе пациентов. Эффективность реабилитации в достижении реабилитационных целей составила 99%. Вместе с тем нужно отметить, что в 65% случаев реабилитационными мероприятиями охвачены дети в возрасте от 0 до 3 лет, что связано с ранней перинатальной диагностикой ряда заболеваний и эффективностью оказания медицинской помощи, в том числе своевременных реабилитационных мероприятий детям в раннем возрасте, что крайне важно в профилактике возможных осложнений заболеваний нервной системы и предупреждении детской инвалидности.

Для эффективного проведения реабилитационных мероприятий в амбулаторных условиях в ГУЗ ДСПБ №1 успешно используется оздоровительные ресурсы физиотерапии, лечебной физкультуры, эффективны роботизированная механотерапия, кинезиотерапия,

гидрокинезиотерапия, массаж, медикаментозная терапия, психотерапия, логопедическая и психолого-педагогическая коррекция.

В отделении ФТО функционируют оборудованные, согласно стандартам оснащения, кабинеты электро- и светолечения с современными установками для проведения УВЧ-терапии, ультрафиолетового облучения, ДМВ- и СМВ-терапии, ДТ- и СМТ-терапии, УЗ-терапии, ТНЧ-терапии, дарсонвализации, электросна, электрофореза, гальванизации, лазеротерапии. Внедрены новые физиотерапевтические методики: применение ТЭС-терапии с использованием аппарата «Трансаир» в лечении аутизма, задержки речевого и психоречевого развития. Используются токи микрополяризации на аппарате «Реамед-Полярис» в лечении различных неврологических заболеваний.

В отделении ЛФК успешно используются эффективные при реабилитации: опорно-двигательный комплекс «БОС», тренажеры «Альтер Степ», кинезитерапевтическая установка «Экзарта», вертикализаторы – стойки «Жирафик» и «Ёжик», БОС «Аника» для верхних конечностей, нейро-ортопедические костюмы «Атлант», «Гравистат», ванна для подводного массажа. Освоены методики работы в пневмокостюмах и рефлекторно-нагрузочных костюмах, методики реабилитации на «МОТОмед» и «ИМИТРОН», ЛФК в воде при ДЦП. Успешно функционируют кабинеты массажа, психотерапии, логопедической и психолого-педагогической коррекции.

Медикаментозная терапия осуществляется согласно федеральным клиническим рекомендациям и стандартам оказания медицинской помощи, в соответствии с объемами реабилитационной помощи. Материально-техническая база, оснащение медицинским оборудованием, кадровый состав, лекарственное обеспечение ГУЗ ДСПБ №1 позволяет проводить комплексную медицинскую реабилитацию детей в амбулаторных условиях на достаточно высоком уровне.

Но, несмотря на то, что данный вид реабилитации находится в ГУЗ ДСПБ №1 в стадии развития, в перспективе развития данного направления в нашей больнице планируется дальнейшее обучение специалистов по программе профессиональной переподготовки, повышения квалификации по профилю медицинской реабилитации детей. Разрабатывается путем применения телемедицинских технологий организация и проведения консультаций и (или) участия в консилиуме врачей в соответствии с порядком организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий.

Выводы.

1. Внедрение медицинской реабилитации детей в амбулаторных условиях в ГУЗ ДСПБ №1 имеет большое значение для своевременности и эффективности реабилитационных мероприятий, проводимых детям с заболеваниями нервной системы.
2. Организация и проведение работы по медицинской реабилитации детей в амбулаторных условиях в ГУЗ ДСПБ №1 проводится в соответствии со статьей 40 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23 октября 2019 г. №878н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации детей», Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ), распоряжения Министерства здравоохранения Ульяновской области от 01.09.2022г. «Об утверждении минимального набора простых услуг в составе комплексного посещения по профилю «Медицинская реабилитация» детям в амбулаторных условиях».
3. Мультидисциплинарный подход реабилитационных мероприятий у детей в амбулаторных условиях в ГУЗ ДСПБ №1 направлен на возможность улучшения качества жизни детей, предупреждения дезадаптации и инвалидности пациентов, создание им равных возможностей по социальной адаптации и интеграции.
4. Своевременное, комплексное проведение медицинской реабилитации в амбулаторных условиях детям, особенно в раннем возрасте от 0 до 3 лет, способствует профилактике осложнений заболеваний неврологического профиля и предупреждения возможной инвалидности пациентов.
5. Перспективы дальнейшего развития медицинской реабилитации детей в амбулаторных условиях в ГУЗ ДСПБ №1 с использованием новых технологий направлены на улучшение качества, доступности, эффективности реабилитационных мероприятий.

Н.Д. Идиатуллова, Ю.В. Никонова, В.Н. Аветисян

ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ОПРЕДЕЛЕННЫХ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ, СВЯЗАННАЯ С ПОВЕДЕНЧЕСКИМ СПЕКТРОМ И ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ ЛИЧНОСТИ ПРИ ПОСТКОВИДНОМ СИНДРОМЕ

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

Постковидный синдром стал частью жизни людей и массовым явлением. Он был внесен в международную классификацию болезней МКБ-10, код рубрики U09.9 «Состояние после COVID-19 неуточненное». Несмотря на то, что первая волна пандемии прошла с небольшими психическими нарушениями у пациентов, впоследствии их число с высоким уровнем тревожности увеличилось. Переболевшие получают не только физиологические нарушения, но и нарушения на психологическом уровне. Накопленный клинический опыт за время пандемии свидетельствует, что новая коронавирусная инфекция чаще, чем другие вирусные респираторные заболевания, поражает центральную нервную систему.

Постковидный синдром (ПКС) представляет собой последствие перенесенного COVID-19. Данное расстройство еще мало изучено и, по разным источникам, заметно снижает уровень жизни в среднем у 17–30% переболевших. Симптомы психических нарушений проявляются в период от нескольких недель до полугода после заболевания. Постковидный синдром возникает вне зависимости от формы протекания заболевания. Он не имеет четкой клинической картины, так как у каждого человека преобладают разные симптомы. Большое значение имеет анамнез пациента, степень поражения органов и методы лечения во время заболевания

В июле 2022 г., на основании приказа №788н от 31.07.20 г., на базе Поликлиники №2 было создано амбулаторное отделение медицинской реабилитации взрослых. Большую часть пациентов, нуждающихся в реабилитации, на 2022 г составляли пациенты, перенесшие новую коронавирусную инфекцию. Всего за 2022 г. было пролечено 1086 пациентов, из них с новой коронавирусной инфекцией – 994 человека.

Основной задачей исследования явилась оценка частоты встречаемости определенных когнитивных нарушений и эффективность

определенных методов психологической коррекции (когнитивно-поведенческая терапия).

Цель исследования – определение в процентном соотношении частоты встречаемости психологических нарушений и отражение эффективности методик когнитивно-поведенческой терапии и десенсибилизации.

Методы исследования: тест Бека, тест Спилбергера, тест HADS, шкала оценки МОКА, проведение когнитивно-поведенческой терапии и десенсибилизации.

Выявленные нарушения.

1. Состояние хронической усталости – 87% (синдром хронической усталости на основании жалоб).
2. Депрессии – 30%.
3. Нарушение цикла сна/бодрствования с тревожными проявлениями – 40%.
4. Нейрокогнитивные изменения (снижение концентрации внимания, нарушение процесса абстракции, нарушение краткосрочной памяти) – 55%.
5. Прогрессирующая ангедония – 8%.
6. Панические атаки – 10%.
7. Социо-когнитивные изменения в восприятии в форме негативного смещения, катастрофизации, поиска одобрения, фокусировке на симптомах, недоверие к собственному телу, негативные убеждения о болезни и лечении – 10%.

При лечении пациентов использовались методики психологической реабилитации: когнитивно-поведенческая терапия и десенсибилизация. Также дополнительно назначались различного рода физиопроцедуры, занятия лечебной физкультурой и массаж.

В связи с тем, что коррекция психологического состояния требует длительного промежутка времени (3–6 месяцев), эффективность лечения была оценена на основании объективных ощущений пациента.

Из 40% выявленных нарушений цикла сна/бодрствования, положительная динамика отмечалась у 10%. Из 87% с состоянием хронической усталости у 17% отмечалось уменьшение симптомов. Из 55% пациентов с нейрокогнитивными изменениями у 8% отмечалось уменьшение их выраженности.

Выводы. В ходе теоретического анализа литературы и проведенного тестирования было установлено, что у людей, переболевших новой коронавирусной инфекцией, намного чаще обнаруживаются тревожные и депрессивные состояния.

По результатам проведенного нами эмпирического исследования стало понятно, что для постковидного синдрома характерны различные изменения психологических состояний, которые проявляются в повышенном уровне тревожности и утомляемости, апатии, нарушении режима сна и бодрствования, снижении продуктивности и работоспособности.

Выявленные психологические аспекты проявления постковидного синдрома могут служить основанием для разработки и проведения психореабилитационных и психокоррекционных мероприятий, направленных на устранение проявлений тревожных и депрессивных состояний. Такие мероприятия могут быть реализованы клиническими психологами на базе лечебных учреждений посредством проведения тренингов, консультаций, индивидуальной и групповой психотерапии.

*Л.Н. Савоненкова, Н.Р. Войналович, А.В. Кузьмина,
Н.В. Инкина*

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ С ПЕРВИЧНОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ ВОЗБУДИТЕЛЯ

**ГКУЗ «Областной клинический противотуберкулезный диспансер
им. С.Д. Грязнова»**

Первичная лекарственная устойчивость (ЛУ) микобактерий туберкулеза (МБТ) является маркером неблагоприятной эпидемической ситуации по этой инфекции. В последние годы она часто приобретает характер множественной. Так, в 2020 году в России заболеваемость туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ) составила 4,3, в Приволжском федеральном округе – 5, Самарской и Саратовской областях – 16,7–39,9 на 100 тысяч населения (Юсунбаева М.М., 2021; Васильева И.А., 2022).

Цель – оценить клиническую картину больных туберкулезом легких с первичной ЛУ возбудителя.

В одномоментном когортном исследовании (октябрь 2022 г.) анализированы данные медицинских карт 46 больных с первичной ЛУ возбудителя, отобранных сплошным методом в двух отделениях стационара №1 ГКУЗ ОПТД. Статистическую обработку провели с помощью программы Statistica.

Результаты и обсуждения. Возраст больных с первичной ЛУ возбудителя составил $44,6 \pm 0,6$; медиана 44; 95% ДИ 38,3–46,7 лет. Мужчины и женщины встретились с одинаковой частотой ($\chi^2=0,26$; $p=0,6092$). Среди пациентов с первичной ЛУ МБТ в большинстве случаев – 40 (87%) – выявлена МЛУ, в том числе – 12 (26,1%) – пре-ШЛУ ($\chi^2=4,53$; $p=0,0334$), в 4 и 2 (8,7% и 4,3%) поли- и моно-резистентность. В подавляющем большинстве, 73,9% ($\chi^2=0,26$; $p=0,6092$) среди больных с первичной ЛУ были пациенты с инфильтративной, 17,4% – с диссеминированной и 8,7% – с очаговой формами, то есть по клиническим формам структура больных с первичной ЛУ МБТ в целом соответствовала таковой у впервые выявленных больных туберкулезом в регионе. Частота деструкций у больных с первичной ЛУ, по данным нашего исследования, составила 58,8% случаев, то есть выше, чем среди всех впервые выявленных больных в регионе в 2021 году (32,3%). Возможно, это обусловлено влиянием пандемии ВИЧ-инфекции на своевременность выявления туберкулеза

(Васильева И.А. и др., 2022). Распространенность специфического процесса в легких в пределах 1 доли выявлена у 22 больных, реже обнаруживали либо ограниченные 1-2 сегментами – у 8, либо тотальные – у 7 и выходившие за пределы 1 доли – у 9 человек поражения ($\chi^2=4,99$; $p=0,0225$). То есть, по крайней мере, в 16 (34,8%) случаев среди пациентов с первичной ЛУ регистрировались тотальные и занимающие более доли процессы. Субъективные признаки интоксикации выявлены у 42 (91,3%) пациентов с первичной ЛУ МБТ, в том числе умеренные в 24 (52,2%) и выраженные 12 (26,1%), реже у 6 (13,0%) – незначительный ($\chi^2=8,33$; $p=0,0034$), что коррелирует с распространенностью специфического процесса и частотой выявляемых деструктивных изменений в легких, а также субфебрильной (52,2%) и фебрильной (26,1%) лихорадкой. Изменения в гемограмме выявлены у 42 из 46 больных (91,3%) с особенностями, присущими туберкулезной инфекции: чаще всего это было повышение СОЭ от 18 до 50 мм/час – в 39 (84,8%) наблюдений ($\chi^2=10,7$; $p=0,0011$) при нормальном количестве лейкоцитов. Анемия со $<$ уровня гемоглобина до 77 г/л и эритроцитов до $2,7 \times 10^{12}/\text{лв}$ 8,7%, а лейкоцитоз (до $14,5 \times 10^9$) в 13% наблюдений были, скорее всего, обусловлены сопутствующими заболеваниями, имевшими место у 18 (39%) больных, в том числе ХНЗЛ, синдром алкогольной зависимости, ССЗ, СД, ВИЧ-инфекция и ХВГ без значимых различий по частоте. Известно, что сопутствующие заболевания, в частности ВИЧ-инфекция, повышают риск развития МЛУ (Попов С.А., 2018).

Закключение. Клиническая картина у больных туберкулезом легких с первичной ЛУ возбудителя, в структуре которой 87% принадлежало МЛУ, характеризовалась умеренным (52,2%) и выраженным (26,1%) синдромом интоксикации; в 34,8% случаев – тотальными и выходившими за пределы 1 доли поражениями, в 58,8% – деструкцией. Преобладающей формой была инфильтративная (73,9%), в 39% наблюдений имелись факторы риска развития первичной ЛУ.

*Л.Н. Савоненкова, Ю.А. Дегтярева, Е.А. Качагина,
Р.В. Лубнин*

КЛИНИЧЕСКИЕ ТЕЧЕНИЕ COVID-19 И ИСХОДЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ АКТИВНОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ЛЕГКИХ, СОЧЕТАННОМ С COVID-19

**ГКУЗ «Областной клинический противотуберкулезный диспансер
им. С.Д. Грязнова»**

Актуальность. Туберкулез считают фактором риска для COVID-19, поскольку эти заболевания имеют общие патогенетические механизмы и отягощают течение друг друга (Савинцева Е.В., с соавт., 2022; Альжанов Р.С. с соавт. 2022; Crisan-Dabija R. Etal, 2020).

Цель исследования – оценить клиническое течение COVID-19 и исходы заболевания при активном туберкулезе легких, сочетанном с COVID-19.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ медицинских карт 139 больных с подтвержденным COVID-19 в сочетании с активным туберкулезом легких (ТЛ), получивших лечение в специализированном отделении ОКПТД в 2021 и 2022 гг. Медицинские карты отобраны сплошным методом. Достоверность различий по частоте событий определяли в программе Statistica с помощью четырехпольной таблицы 2×2 по критерию χ^2 Макнемара-Фишера. Различия считали достоверными при $P \leq 0,5$.

Результаты и обсуждение. В 19 (13,6%) случаев COVID-19 имел тяжелое, у 39 (28,1%) пациентов среднее, у 81 (58,3%) легкое течение. Течение его оценивали как легкое при наличии у пациентов только катаральных явлений со стороны верхних дыхательных путей, как среднее – при присоединении симптомов интоксикации и появлении/нарастании дыхательной недостаточности, тяжелое – при значительном нарастании симптомов интоксикации и дыхательной недостаточности. Среднее и тяжелое течение развивались в случаях осложнения COVID-19 интерстициальной пневмонией базальной локализации с объемом поражения легочной ткани до 10% (среднее) и выше 10% (тяжелое). Легкое течение коронавирусной инфекции наблюдалось преимущественно у пациентов с инфильтративным (88,9%), $p=0,0001$, средней тяжести – с инфильтративным (41,1%) и диссеминированным (30,7%), реже – с фиброзно-кавернозным ТЛ и генерализованным туберкулезом с вовлечением лимфатической и других систем – в 12,8%–10,3% случаев ($p=0,0320$). Тяжелое

течение COVID-19 регистрировали у больных с генерализованным туберкулезом – 52,5%, реже – у лиц с диссеминированным ТЛ и казеозной пневмонией – по 21,1% случаев, что совпадает с данными других исследователей. В схему лечения больных с COVID-19 входили противовирусные препараты коронавир и арбидол-флю. По показаниям проводили ингаляции воздушно-кислородной смесью, объем подачи которой в минуту дозировался индивидуально, чаще – от 6 до 12 л. Исход заболевания у большинства пациентов с COVID-19, то есть в 120 (86,3%) случаев был благоприятный, в 19 (13,7%) наблюдений наступил летальный исход. Анализ результатов секции показал, что COVID-19 стал причиной летального исхода только у 4 умерших. В 9 случаях причиной летальности стала ВИЧ-инфекция на стадии СПИДа (IV Б/В) с присоединившимся генерализованным туберкулезом (8) и пневмоцистной пневмонией (1). В 5 наблюдениях к летальному исходу привели заболевания, не имеющие отношения ни к туберкулезу, ни к COVID, в частности, болезни органов пищеварения 3 (гепатоцеллюлярный рак, цирроз печени, кишечное кровотечение при ЯБ ДПК), цереброваскулярная болезнь и ТЭЛА (2), и внешние причины – отравление химическим веществом (1).

Заключение. Выявлена зависимость тяжести течения COVID-19 от клинической структуры туберкулеза, а также влияние COVID-19 на летальность больных ТЛ. COVID-19 у 58,3% больных активным туберкулезом органов дыхания имел легкое, у 28,1% и 13,6% – средне тяжелое и тяжелое течение. Среднетяжелое течение было преимущественно у пациентов с инфильтративным и диссеминированным ТД в фазе распада (41,1% и 30,7%), тяжелое – у больных с генерализованным туберкулезом (52,5%), протекавшим на фоне ВИЧ-инфекции (СПИДІУ Б и В стадий). Летальность составила 13,7%, в том числе обусловленная осложнением COVID-19 – 2,9%, ВИЧ-инфекцией – 6,5%, другими болезнями и внешними воздействиями – у 4,3%.

*А.В. Кузьмина, Л.Н. Савоненкова, Д.В. Колчин,
Т.С. Васильева*

ДИНАМИКА СТРУКТУРЫ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ ВОЗБУДИТЕЛЯ ТУБЕРКУЛЕЗА У ГОСПИТАЛЬНЫХ БОЛЬНЫХ ЗА 2000, 2010 И 2020 ГОДЫ

**ГКУЗ «Областной клинический противотуберкулезный диспансер
им. С.Д. Грязнова»**

Лекарственная устойчивость (ЛУ) микобактерий туберкулеза (МБТ) к антибактериальным препаратам (АБП) является одним из главных препятствий успешного лечения больных туберкулезом.

Цель – оценить динамику структуры ЛУ МБТ у госпитального контингента больных за последние 20 лет.

Анализированы данные медицинских карт стационарных больных ГКУЗ «ОКПТД» с ЛУ МБТ за 2000 (n=64), 2010 (n=139) и 2020 (n=71) гг. Достоверность различий (P) определяли по критерию χ^2 Макнемара-Фишера в программе Statistica-10. Различия считали достоверными при $P \leq 0,05$. Результаты исследования представлены в таблице.

Структура ЛУМБТ по характеру резистентности, числу и наименованию АБП

	2000 г. *	2010 г. **	2020 г. ***	Достоверность
Характер резистентности МБТ к АБП				
МЛУ	75	60,4	42,3	*и*** p=0,0466
Пред-ШЛУ, %	1,5	7,9	39,4	*и*** p=0,0001 **и***p=0,0001
ШЛУ, %	0	1,5	7,0	*и***p=0,0367 **и***p=0,0401
Число АБП, к которым выявлена ЛУ МБТ				
к 5 и >АБП	31,2	27,3	67,6	*и***p=0,0140 **и***p=0,0005
В т.ч. к 7 АБП	0	7,9	7,0	*и***p=0,0261 *и***p=0,0367
В т.ч. к 8 АБП	0	5,0	12,7	*и***p=0,0056
В т.ч. к 9-12 АБП	0	0	19,7	*и***p=0,0006 **и***p=0,0001

Наименование АБП, к которым выявлена ЛУ МБТ				
Изониазид (H)	59/92,2	108/78,3	63/88,7	Не достоверно
Рифампицин °	51/79,7	97/69,8	71/100	Не достоверно
Аминогликозиды(Ag)	45/70,3	108/77,7	26/36,6	*и***p=0,0383 **и***p=0,0219
Капреомицин(Cm)	1/1,6	11/7,9	21/29,6	*и***p=0,0002 **и***p=0,0006
Этамбутол(€)	32/50	52/37,4	52/73,2	**и***p=0,0057
Протионамид (Pto)	12/18,8	35/25,2	23/32,4	Не достоверно
Фторхинолоны (Pq)	1/1,6	24/17,3	33/46,5	*и**p=0,0040 *и***p=0,0001 **и***p=0,0009
ПАСК (PAS)	0	1/0,7	10/14,1	**и***p=0,0001
Пиразинамид (Z)	0	0	38/53,5	*и***p=0,0001 **и***p=0,0001
Циклосерин (Cs)	0	0	4/5,6	*, **и***p=0,0321
Бедаквилин (Bq)	0	0	2/2,8	*, **и***p=0,0425

Из таблицы видно, что в структуре ЛУ МБТ у госпитального контингента больных доля МЛУ снизилась за 20 лет в 1,8 раза, до 42,3%; частота пред-ШЛУ и ШЛУ, напротив, за последние 10 лет увеличилась в 5 раз, до 39,4% и 7% соответственно. За последние 10 лет в 2,5 раза, до 67,6%, возросло число больных с ЛУ МБТ к пяти и более АБП. Резистентность к семи и восьми АБП регистрировалась только в структуре ЛУ в 2010 и 2020 гг., девяти-двенадцати – только в 2020 г. При этом ЛУ МБТ к двум основным АБП-Н (78,3-92,2%) и R (69,8-100%) преобладала на протяжении всего периода наблюдения. Устойчивость к Agк 2020 г. снизилась с 70,3–77,7% до 36,6%, к Cm иPq, напротив, возросла за последние 10 лет в 5,7 раза, составив соответственно 29,6 и 46,5%. В 2020 г. у половины госпитальных больных с ЛУ определялась резистентность к Z (53,5%), а также к резервным препаратам третьего ряда: PAS(у 14,1%) иCs иBq (у 5,6 и 2,8%). По мнению ведущих экспертов, высокой частоте амплификации ЛУ МБТ до уровня ШЛУ способствовало отсутствие использования быстрых молекулярно-генетических методов определения ЛУ к фторхинолонами аминогликозидам.

Заключение. Увеличение частоты пре-ШЛУ и ШЛУ в структуре ЛУ МБТ у госпитального контингента больных необходимо учитывать при прогнозировании эффективности стационарного этапа лечения и оперативной корректировки планирования потребностей в конкретных АБП.

*Л.Н. Савоненкова, Е.В. Майорова, А.В. Кузьмина,
О.В. Еракина*

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ 5-МЕСЯЧНОГО КУРСА ХИМИОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ С ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ ВОЗБУДИТЕЛЯ

**ГКУЗ «Областной клинический противотуберкулезный диспансер
им. С.Д. Грязнова»**

Актуальность. В мире ежегодно 580 тысяч человек заболевает туберкулезом, вызванным возбудителем с резистентностью к химиопрепаратам.

Цель исследования: оценить факторы, влияющие на эффективность 5-месячного курса химиотерапии у больных туберкулезом легких (ТЛ) с лекарственной устойчивостью (ЛУ) возбудителя.

Материалы и методы. Проведен анализ медицинских карт больных ТЛ с ЛУ возбудителя, получивших 5-месячный курс химиотерапии в 2001 (n=30) и 2021 (n=43) годах. Оценку ЛУ проводили в соответствии с Федеральными клиническими рекомендациями от 03.04.22 г. Результаты обрабатывали в программе STATISTICA. Достоверность различий (P) определяли с помощью теста расхождений в количественных показателях и критерия χ^2 Фишера-Макнемара – в частоте событий. Различия считали достоверными при $P \leq 0,05$.

Результаты и обсуждения. Эффективность 5-месячного курса лечения больных ТЛ с ЛУ возбудителя в 2001–2021 гг. по закрытию полостей –60,0 и 76,7% была практически одинаковой, $P=0,5140$, а по основному критерию – закрытию полостей распада – 60,7% в 2001 году и в 1,8 раза ниже – 33,3% – в 2021 г., $P=0,0332$. Для выявления факторов, снижающих эффективность 5-месячного курса, а именно столько времени требуется в среднем для достижения целей интенсивной фазы лечения, анализировали возраст и пол пациентов, приверженность к лечению, а также характеристику туберкулезного процесса, частоту и структуру сопутствующих заболеваний, характер ЛУ. Оказалось, что по возрасту пациенты, лечившиеся в 2001 ($41,9 \pm 1,8$; 95% ДИ 38,9-44,9) и в 2021 году ($46,2 \pm 2,1$; 95% ДИ 41,9-50,6), существенно не отличались ($P=0,2252$), равно

как и по гендерному признаку: число женщин составило 7 и 13 соответственно, $P=0,6217$. По истечении 5-ти месяцев лечения 43,3% в 2001 г. и 30,2% больных в 2021 г. выписаны за нарушение режима, в основном – за самовольный уход. Таким образом, у 43,3%–30,2% больных туберкулезом с ЛУ, закончивших 5-месячный курс химиотерапии в 2001 и 2021 гг., ($P=0,4315$), фактором, снижающим эффективность лечения, явилась низкая приверженность к нему. По поводу инфильтративного туберкулеза в 2001 и 2021 гг. лечились 13 и 29 человек, диссеминированного – 2 и 6, очагового – 2 и 2 соответственно без существенных различий по частоте. Исключение составили пациенты с фиброзно-кавернозной формой, численность которых в 2021 году сократилась с 43,3% до 14,0%, то есть в 1,8 раза, $P=0,0335$. При этом – с 20 до 55,8% возросло число больных, выявленных впервые, $P=0,0413$. Различия в частоте деструкции в легких – 93,3 и 62,3% в 2001 и 2021 годах оказались не достоверными, $P=0,2696$. Таким образом, несмотря на то, то в 2021 г. специфический процесс в легких стал более «свежим», чем 20 лет назад, ЛУ МБТ вдвое чаще стала носить характер первичной. Что касается сопутствующих заболеваний, то их частота у больных, завершивших 5-месячный курс химиотерапии в 2001 и 2021 годах была в пределах 70,0–44,2% и значимо не различалась, $P=0,2440$. Однако в структуре сопутствующей патологии выявлены различия: в 2021 году реже встретились ХНЗЛ и синдром алкогольной зависимости – 7% против 30%, $P=0,0494$, но чаще – ВИЧ-инфекция и ХВГ – 19,6%, $P=0,0157$. Таким образом, среди больных с ЛУ МБТ, закончивших 5-месячный курс лечения, за последние 20 лет возросла значимость таких факторов риска развития резистентности возбудителя заболевания, как ВИЧ-инфекция и ХВГ. Доля МЛУ снизилась с 80 до 37,2%, $P=0,0544$, а пре-ШЛУ-возросла до 46,5%, $P=0,0005$.

Заключение. У больных ТЛ с ЛУ возбудителя, получивших 5-месячный курс химиотерапии, за последние 20 лет частота закрытия полостей распада снизилась с 60,7 до 33,3%. Этому способствовало отсутствие приверженности к лечению (30,2%), наличие ВИЧ-инфекция и ХВГ (19,6%), а также изменившаяся структура ЛУ – возрастание доли ее первичного характера (55,8%) и пре-ШЛУ (46,5%).

*А.Г. Ермошин, А.Н. Герасимов, В.В. Кожевников,
Н.А. Герасимов, О.А. Кузнецова, О.В. Еремина*

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЛАПАРОСКОПИЯ В ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска»

Диагностика острой хирургической патологии органов брюшной полости оставалась и остается важной и актуальной проблемой. Несвоевременно или ошибочно поставленный диагноз влечет за собой последующее тяжелое течение, развитие осложнений и порою является основанием неблагоприятного исхода заболевания. Использование полного спектра неинвазивных исследований не всегда достаточно для постановки правильного диагноза. Методом выбора при подобных ситуациях принято считать диагностическую лапароскопию. Показанием к проведению лапароскопии являются случаи, которые в совокупности с неинвазивными методами исследования не позволяют точно установить клинический диагноз. К таким состояниям относят нетипичные проявления заболевания, стертую клиническую картину, сопутствующая патология, тяжесть состояния пациентов. Данный метод внедрен в ГУЗ ЦГКБ г. Ульяновска с 1996 года. Исследование выполняется по стандартной методике с целью уточнения диагноза, определения локализации, распространенности процесса, а также определения объема оперативного пособия и доступа ее выполнения. В сферу внимания данного обследования входят пациенты практически всех служб лечебного учреждения.

Проанализированы случаи выполненных диагностических лапароскопий в хирургическом отделении ГУЗ ЦГКБ г. Ульяновска за 2018–2020 г. Общее количество выполненных исследований 655 (2018г-187, 2019-315, 2020-153).

Первую группу (507 исследований, 77%) составляли пациенты с достоверно установленным диагнозом, подтвержденным неинвазивными методами исследования (ультразвуковое, рентгенологическое исследование, компьютерная томография). К данной нозологии мы относили острый и хронический холецистит, острый панкреатит, перфоративную язву ДПК и желудка, острый аппендицит, спаечную болезнь брюшной полости, абсцессы брюшной полости. Лапароскопия проводилась для подтверждения диагноза, оценки статуса органа, подлежащего оперативному вмешательству.

Дифференцированная оценка области оперативного внимания позволяла правильно выбрать изначальный вид оперативного пособия и избежать дальнейшей конверсии.

Во вторую группу (21 исследование, 3,62%) входили пациенты с достоверно неустановленным диагнозом острой хирургической патологии, предположительно требующие лапаротомного оперативного вмешательства. Задачей исследования в данной группе являлось определение адекватного, правильного лапаротомного доступа, либо отказ от дальнейшего оперативного пособия в виду некурабельности пациентов. В данную категорию входили пациенты с мезентериальным тромбозом, тотальным некрозом кишечника, острым панкреатитом, перитонитом.

В третью группу (127 исследований, 19,38%) входили больные с диагнозом, не исключающим острую хирургическую патологию. В эту категорию входили пациенты с абдоминальными болями неясного генеза, прошедшие полный спектр неинвазивных методов обследования. Лапароскопия выполнялась с целью постановки диагноза, дифференциальной диагностики и определения дальнейшей хирургической тактики. В сфере внимания данной группы находились пациенты с патологией разных областей (нейрохирургический, травматологический, гинекологический, урологический, кардиологический, неврологический, терапевтический профиль).

Выводы. Диагностическая лапароскопия, как инструментальный диагностический инвазивный метод, в 96% (629 случаев) позволяла поставить правильный диагноз, определить дальнейшую тактику лечения. Малый процент не информативности данного метода 4% (26 случаев) обусловлен определенными объективными факторами, которые не позволяют считать этот метод абсолютно информативным. К таким причинам мы относим невозможность выполнить полноценную ревизию брюшной полости по причине выраженного спаечного или воспалительного процесса, невозможность наложить пневмоперитонеум по причине тяжелой сопутствующей патологии сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

*Я.И. Афанасьев, В.А. Сунисон, Д.Х. Маракаев, А.В. Иванов,
И.Т. Ахмадулло*

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА В УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ

**ГУЗ Ульяновский областной клинический центр
специализированных видов медицинской помощи
им. заслуженного врача России Е.М. Чучкалова**

Острый панкреатит (ОП) представляет собой асептическое воспаление демаркационного типа, в основе которого лежат некроз ацинарных клеток поджелудочной железы, и ферментная агрессия с последующим расширяющимся некрозом и дистрофией железы, при которых возможно поражение окружающих тканей и отдаленных органов, а также систем и присоединение вторичной гнойной инфекции.

Этиология заболевания. Выделяют следующие этиологические формы острого панкреатита: острый алкогольно-алиментарный панкреатит – 55%, острый билиарный панкреатит (возникает из-за желчного рефлюкса в панкреатические протоки при билиарной гипертензии, которая возникает, как правило, вследствие холелитиаза, иногда – от других причин: дивертикул, папиллит, описторхоз и т.д.) – 35%.

Острый травматический панкреатит (вследствие травмы поджелудочной железы, в том числе операционной или после ЭРХПГ) 2 – 4%.

Другие этиологические формы причины: аутоиммунные процессы, сосудистая недостаточность, васкулиты, лекарственные препараты (гидрохлортиазид[®], гормональные препараты для системного применения, меркаптопурин[®]), инфекционные заболевания (вирусный паротит, гепатит, цитомегаловирус), аллергические факторы (лаки, краски, запахи строительных материалов, анафилактический шок), дисгормональные процессы при беременности и менопаузе, заболевания близлежащих органов (гастродуоденит, пенетрирующая язва, опухоли гепатопанкреатодуоденальной области) – 6–8%. Ведущая роль в патогенезе токсемии при остром панкреатите принадлежит ферментам поджелудочной железы: трипсин, липаза, фосфолипаза – А₂, лизосомным ферментам, которые вызывают окислительный стресс, липидный дистресс-синдром, тромбоз капилляров, гипоксию, ацидоз, гиперметаболизм, повреждение мембран клеток и эндотелия.

Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний). В 2022 г. в Российской Федерации госпитализированы с диагнозом «острый панкреатит» 137 662 человек, в 2021 г. – 134 331. Умерли в 2022 г. 4 633 пациента (3,37%), в 2021 г. – 4 231 (2,8%). Оперированы в 2022 г. 14 299 пациента (10,39%), в 2021 г. – 20 176 (13,2%). Умерли после операции, соответственно, 2 744 человек (19,19%) и 2 614 (13,0%).

В 2022 г. в Ульяновской области госпитализированы с диагнозом «острый панкреатит» 1 217 человек. Умерли в 2022 г. 46 пациентов (3,78%). Оперированы в 2022 г. 108 пациентов (8,87%). Умерли после операции 26 человек (24,07%).

Среди острых заболеваний органов брюшной полости острый панкреатит занимает третье место после острого аппендицита и острого холецистита.

С 2000 г. доля острого панкреатита среди госпитализированных пациентов с острыми заболеваниями органов брюшной полости возросла с 13,5 до 23,6%. За этот период послеоперационная летальность снизилась с 22,0 до 13,0%.

Классификация острого панкреатита Российского Общества Хирургов (2014 г.) разработана с учётом классификации Атланта–92 и её модификаций, предложенных в г. Кочин в 2011 г. (Международная Ассоциация Панкреатологов, International Association of Pancreatology) и Международной рабочей группой по классификации острого панкреатита (Acute Pancreatitis Classification Working Group) в 2012 г.

Острый панкреатит лёгкой степени. Панкреонекроз при данной форме острого панкреатита не образуется (отёчный панкреатит) и органная недостаточность не развивается.

Острый панкреатит средней степени. Характеризуется наличием либо одного из местных проявлений заболевания: острое перипанкреатическое жидкостное скопление, острое некротическое скопление, перипанкреатический инфильтрат, ПКПЖ, отграниченный некроз или/и развитием общих проявлений в виде транзиторной органной недостаточности (не более 48 часов).

Острый панкреатит тяжёлой степени. Характеризуется наличием либо инфицированного панкреонекроза (гнойно-некротического парапанкреатита), или/и развитием персистирующей органной недостаточности (более 48 часов).

Диагноз острого панкреатита лёгкой, средней или тяжёлой степени устанавливается по факту законченного случая заболевания.

Фазы острого панкреатита. Отечный (интерстициальный) панкреатит по частоте занимает 80–85% в структуре заболевания.

Характеризуется легкой степенью тяжести заболевания и редким развитием локальных осложнений или системных расстройств, фазового течения не имеет. Некротический панкреатит (панкреонекроз) встречается у 15–20% больных ОП, клинически всегда проявляется средней или тяжелой степенью заболевания, имеет фазовое течение заболевания с двумя пиками летальности – ранней и поздней. После ранней фазы, которая обычно продолжается в течение первых двух недель, следует вторая или поздняя фаза, которая может затягиваться на период от недель до месяцев. Целесообразно рассматривать эти две фазы отдельно, так как каждой фазе соответствует определенная клиническая форма, и, следовательно, определенный лечебно-диагностический алгоритм.

I фаза – ранняя, в свою очередь подразделяется на два периода:

IA фаза – как правило, первая неделя заболевания. В этот период происходит формирование очагов некроза в паренхиме поджелудочной железы или окружающей клетчатке различного объема и развитие эндотоксикоза. Эндотоксикоз проявляется легкими или глубокими системными нарушениями в виде органной (полиорганной) недостаточности. Максимальный срок формирования некроза в поджелудочной железе обычно составляет трое суток, после этого срока он в дальнейшем не прогрессирует. Однако при тяжелом панкреатите период его формирования гораздо меньше (как правило, 24–36 часов). В брюшной полости происходит накопление ферментативного выпота (ферментативные перитонит и парапанкреатит), который является одним из источников эндотоксикоза. Средняя степень тяжести течения заболевания проявляется преходящей дисфункцией отдельных органов или систем. При тяжелых формах заболевания в клинической картине могут преобладать явления органной (полиорганной) недостаточности: сердечно-сосудистой, дыхательной, почечной, печеночной и др.

IV фаза – как правило, вторая неделя заболевания. Характеризуется реакцией организма на сформировавшиеся очаги некроза (как в поджелудочной железе, так и в парапанкреальной клетчатке). Клинически преобладают явления резорбтивной лихорадки, формируется перипанкреатический инфильтрат.

II фаза – поздняя, фаза секвестрации (начинается, как правило, с 3-ей недели заболевания, может длиться несколько месяцев). Секвестры в поджелудочной железе и в забрюшинной клетчатке обычно начинают формироваться с 14-х суток от начала заболевания. При отторжении крупных фрагментов некротизированной ткани поджелудочной железы может происходить разгерметизация её протоковой системы и образование внутреннего панкреатического свища. От конфигурации панкреонекроза (локализации, глубины, отношения к главному

панкреатическому протоку и др.) и объёма оставшейся жизнеспособной паренхимы поджелудочной железы зависят: количество, масштабы и скорость распространённости жидкостного образования в забрюшинном пространстве, риск инфицирования и развития других осложнений. Возможно два варианта течения этой фазы: асептическая секвестрация – стерильный панкреонекроз характеризуется образованием изолированного скопления жидкости в области поджелудочной железы и постнекротических ПК ПЖ; септическая секвестрация возникает при инфицировании некроза паренхимы поджелудочной железы и парапанкреальной клетчатки с дальнейшим развитием гнойных осложнений. Клинической формой данной фазы заболевания является инфицированный панкреонекроз (ГНПП). При прогрессировании гнойных осложнений инфицированный панкреонекроз может иметь собственные осложнения (гнойно-некротические затёки, абсцессы забрюшинного пространства и брюшной полости, гнойный перитонит, аррозийные и желудочно-кишечные кровотечения, дигестивные свищи, сепсис и т.д.) с развитием эндотоксикоза инфекционного генеза, органной (полиорганной) недостаточности.

Показания к операции при остром панкреатите. При установлении диагноза «инфицированный панкреонекроз» и/или «панкреатогенный абсцесс», «септическая флегмона забрюшинной клетчатки», «гнойный перитонит» проводится хирургическое лечение независимо от степени органных дисфункций.

При отсутствии признаков инфицирования больному продолжают интенсивные мероприятия, предусмотренные схемой лечения тяжелого панкреатита.

Показания к вынужденным ранним (до 5 суток) операциям при тяжелом панкреатите без признаков инфицирования возникают при появлении признаков панкреатогенного (ферментативного) перитонита, при стойкой или прогрессирующей органной недостаточности, несмотря на комплексную интенсивную терапию в течение 1-3 суток, а также если диагностировано обширное распространение некроза на забрюшинное пространство. Последние два условия свидетельствуют о высоком риске инфицирования поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки и фатальных системных осложнений.

Основные направления консервативного лечения. Главными целями терапии острого панкреатита являются профилактика и лечение системных осложнений (сепсис, полиорганная недостаточность, инфекционно-токсический шок, панкреатогенный шок), профилактика

инфицирования при развитии некроза. Результаты лечения больных с острым панкреатитом в целом и консервативного лечения в частности зависят от своевременного (как можно более раннего) назначения препаратов с доказанной эффективностью.

1. Купирование болевого синдрома и нейровегетативная блокада.
2. Коррекция нарушений гомеостаза.
3. Подавление секреции поджелудочной железы.
4. Интракорпоральная детоксикация.
5. Экстракорпоральная детоксикация.
6. Коррекция нарушений микроциркуляции и системы гемостаза.
7. Респираторная поддержка.

*Е.Г. Евтушенко, С.В. Ярков, А.А. Карташев,
И.Р. Файзуллин, Ю.В. Мовчан, В.Г. Виряскин*

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВЫХ ГРЫЖ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВИДЕОЛАПАРОСОКПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ

**ГУЗ Ульяновский областной клинический центр
специализированных видов медицинской помощи
им. заслуженного врача России Е.М. Чучкалова**

Актуальность. Проблема выбора безрецидивного способа хирургического лечения больных паховыми грыжами остается актуальной и в настоящее время, что обусловлено широким распространением заболевания и преимущественным поражением лиц трудоспособного возраста. Операции по поводу ПГ занимают первое место по частоте среди плановых хирургических вмешательств. В России за год выполняется более 150 тыс. плановых операций по поводу ПГ. В 36,2% случаев выполняется герниопластика местными тканями, в 51,3% – с использованием сетчатого импланта и в 12,5% – с использованием видеоэндоскопических технологий. Хирургическое лечение ПГ рекомендуется адаптировать к характеристикам пациента и грыжи, опыту врача-хирурга, а также к ресурсам медицинской организации. Основные виды современных хирургических вмешательств при ПГ основаны на использовании сетчатых имплантов (эндопротезов). К оперативному лечению с использованием сетчатых имплантов в первую очередь относится техника открытого доступа по Лихтенштейну (Lichtenstein) и видеоэндоскопические технологии,

которые представлены двумя видами хирургических вмешательств: трансабдоминальная преперитонеальная пластика – ТАПП (ТАРР) и тотальная экстраперитонеальная пластика ТЭП (ТЕР). Оперативное лечение ПГ с использованием сетчатых имплантов открытым доступом и с использованием видеоэндоскопических технологий сопоставимы по частоте ранних осложнений и рецидивов, за исключением больших (невправимых) пахово-мошоночных грыж, при которых предпочтительнее использовать открытый доступ. Различие в подходах при эндоскопических методиках дает теоретическое преимущество в пользу ТАПП, при котором легче определить анатомические ориентиры, начиная операцию с обзорной лапароскопии. В то же время, при ТЭП нет необходимости вскрывать и ушивать брюшину при выполнении герниопластики. При выборе метода хирургического лечения ПГ без использования сетчатого импланта рекомендуется, как предпочтительная, операция Шолдайса (Shouldice). Таким образом в настоящее время рекомендуется три вида вмешательств: без импланта – операция Шолдайса, открытая пластика пахового канала по Лихтенштейну, два вида лапароскопических операций ТАРР и ТЕР.

Цель исследования – оценить ближайшие результаты хирургического лечения паховых грыж с использованием сетчатого импланта при помощи «открытых» методик в сравнении с видеолапароскопическими.

Метод исследования – был произведен анализ случаев хирургического лечения паховых грыж в хирургическом отделении №7 ГУЗ УОКЦСВМП за 2 года (с 2021 по 2022).

Результаты. Лапароскопические герниопластики стали выполнять с 2021 года. За два года выполнено 200 операций по поводу паховых грыж. В 2021 – 102 операции (72 открытых, 30 лапароскопических), в 2022 – 98 операций (40 открытых, 58 лапароскопических). Из 200 вмешательств 112 открытых с пластикой по Лихтенштейну, 88 – видеолапароскопических грыжесечений. Все видеолапароскопические операции выполнены по методике трансабдоминальной предбрюшинной аллопластики (ТАРР). В 2021 году преобладали пластики по Лихтенштейну над лапароскопическими. В 2022 году обратная тенденция: выполнено 58 лапароскопических вмешательств, 40 операций Лихтенштейна. Все оперированные пациенты были мужского пола. В 72% отмечалась правосторонняя локализация грыж.

При анализе мы получили следующие результаты:

	Лихтенштейна	TAPP
средняя продолжительность операции	59 мин	62 мин
образование гематом в послеоперационном периоде	4	1
образование сером	2	0
диастаз краев раны	0	0
длительность болевого синдрома	3 дня	1 день
нагноение послеоперационной раны	0	0
к/дни	8	4
временная нетрудоспособность	25	14

Выводы. При одинаковой продолжительности оперативного вмешательства применение лапароскопических технологий обладает рядом преимуществ: лучшим косметическим эффектом по сравнению с «традиционной» операцией, меньшим болевым синдромом, более ранним восстановительным периодом, меньшим риском развития осложнений, сокращением времени пребывания в стационаре, уменьшением сроков временной нетрудоспособности. В то же время «открытые» методы лечения остаются актуальными у лиц старшего возраста с наличием тяжелой сопутствующей патологии, когда риск общей анестезии и необходимость наложения карбоксиперитонеума превышает риск хирургического вмешательства.

*А.П. Власов, Шейх-Ахмед Саад Аль-Кубайси,
М.Ю. Дормидонтов, В.С. Ларина*

ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПЕРИТОНИТОМ РАЗНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

**ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский Мордовский
государственный университет им. Н.П. Огарёва»,
кафедра факультетской хирургии, г. Саранск**

Введение. В последнее время отмечается сохранение достаточно высокого уровня осложнений и летальности при остром перитоните (ОП), что несет в себе многочисленные диагностические и терапевтические вопросы, направленные на оптимизацию методов лечения, что должно основываться на углубленном изучении патогенеза [1, 2].

Цель – установить функциональный статус печени в сопряженности с микроциркуляторными нарушениями у пациентов ОП различной степени тяжести.

Материал и методы. Материалом исследования являлись 40 пациентов острым перитонитом. Исследуемые были разделены по шкале APACHE 2 на группы: I группа (n=20) – с легкой, II группа (n=20) – с тяжелой формой ОП. Для сравнения полученных данных с референсным значением обследованы 13 здоровых лиц. Критерии включения – персональное согласие, верификация диагноза, возраст 22–65 лет, длительность патологии – не более 24 ч, легкие сопутствующие заболевания. Критерии исключения – отказ, возраст старше 65 лет и моложе 22 лет, тяжелые сопутствующие заболевания.

Методы. Оценка микроциркуляции проводилась с помощью аппарата доплеровской флоуметрии (НПП «Лазма»). Функциональный статус печени определялся по активности ряда ферментов (аланинаминотрансферазы (АЛТ) и аспартатаминотрансферазы (АСТ)), по содержанию общей и эффективной концентрации альбумина.

Статистическая обработка результатов выполнена с помощью программы Statistics 7.0., Microsoft Excel 2013 и критерий Краскела – Уоллиса, Фишера.

Результаты. Выявлено, что острый перитонит сопровождается печеночной дисфункцией, которая сопряжена с тяжестью болезни, подтверждая участие органа непосредственно в утяжелении патологии и развития осложнений. Установлено, что уже при поступлении пациентов в клинику активность АЛТ и АСТ при легкой степени ОП превосходила нормальный уровень на 20,2 и 36,8% ($p < 0,05$) соответственно. При тяжелой форме заболевания активность аланинаминотрансферазы и аспартатаминотрансферазы возрастала на 54,7 и 78,5% ($p < 0,05$) соответственно. У пациентов выявлено существенное снижение общей и эффективной концентрации альбумина. Анализ показал, что их уровень во второй группе был ниже такового первой на 11,3 и 17,8% ($p < 0,05$) соответственно.

Результатами выявлено, что при остром перитоните наблюдается существенные изменения со стороны микроциркуляции. Показатель микроциркуляции (ПМ, характеризующий сосудистую перфузию) у пациентов легкой формой ОП был понижен относительно нормы на 22,4% ($p < 0,05$). При тяжелой степени – значение ПМ оказалось еще ниже (на 51,6% ($p < 0,05$)). Индекс эффективности микроциркуляции (ИЭМ, определяющий соотношение пассивных и активных механизмов регуляции микроциркуляции) в первой группе был ниже референсного уровня на 26,7% ($p < 0,05$), а во второй – на 61,3% ($p < 0,05$).

Параметр шунтирования (ПШ) превосходил норму как при легком – на 16,5% ($p < 0,05$), так и при тяжелом ОП – на 36,9% ($p < 0,05$). Сравнительный тест показал, что выраженность микроциркуляторных нарушений сопряжена с степенью тяжести ОП. В первой группе значение ПМ и ИЭМ – был выше второй на 12,4 и 14,8% ($p < 0,05$), а ПШ – ниже – на 13,7% ($p < 0,05$).

Выводы. При остром перитоните нарушение функционального статуса печени сопряжено с микроциркуляторными расстройствами, степень которых связаны с тяжестью заболевания. Указанные нарушения во многом обуславливают развитие осложнений (по классификации хирургических осложнений по Clavien-Dindo во второй группе их было больше на 36,7%).

Литература.

1. Власов А.П., Маркин О.В., Шапов В.В., Ревва О.В., Шейранов Н.С., Али Ф.Ф., Томилин И.С. Компоненты патогенеза синдрома системного воспалительного ответа при остром перитоните//Вестник Уральской медицинской академической науки. 2020. Т. 17. №1. С. 26-32.
2. Мустафин Т.И., Еникеев Д.А., Сафинова Л.Ш., Куклин Д.С., Шарифгалиев И.А. Гистоэнзиматические показатели печени при остром экспериментальном перитоните//Здравоохранение Башкортостана. 2005. №57. С. 137-140.

В.Г. Вергазов

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ С ОСТРОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ НА УРОВНЕ СТАЦИОНАРА

ГУЗ «Сенгилеевская районная больница»

Вопросы оказания хирургической помощи пациентам, особенно неотложной хирургической помощи, остаются актуальными в медицинской отрасли. Несмотря на проведенную модернизацию здравоохранения, хирургическая служба требует постоянного внимания со стороны администрации региона, медицинских работников, общественности с целью совершенствования, оптимизации работы существующих отделений. Особого внимания заслуживает районная хирургическая служба и пути повышения эффективности ее работы.

Проведен анализ работы хирургической службы за 2020–2022 гг. За указанный период провели лечение 1 521 больного. Выполнено 809 оперативных вмешательств, из них 527 (65,1%) экстренных. Значительный раздел составляют пациенты с острыми заболеваниями органов брюшной полости. В составе Сенгилеевской районной больницы одно хирургическое отделение (22 койки). В районе на 01.01.2023 г. 19 936 населения. Обеспеченность хирургическими койками 11,0 на 10 000 населения. Обеспеченность врачами хирургами на 10 тыс. населения – 1,0. Хирургическая активность 52,7%. В хирургическом отделении лечились в 2022 г. 243 плановых и 315 экстренных больных, оперировано 290, соответственно экстренных – 185. Приведенные показатели свидетельствуют об относительно стабильной работе районной хирургической службы. Одной из важных причин стабильной работы следует считать оптимальный баланс круглосуточных коек хирургического профиля, обеспеченность кадрами, медицинским оборудованием.

Обязательным условием совершенствования хирургической службы района следует признать внедрение современных методов диагностики и лечения.

Соотношение экстренных и плановых операций выглядит следующим образом: в 2020 г. было выполнено 152 экстренных и 72 (31,1%) плановых оперативных вмешательств, в 2021 г. – 190 экстренных и 98 (34,0%) плановых, в 2022 г. – 185 экстренных и 105 (36,2%) плановых операций.

Основные виды оперативных вмешательств: аппендэктомии, операции на желчном пузыре, грыжесечения и операции на ЖКТ.

В 2020 г. проведено 17 (23,3%) эндоскопических операций против 67 открытых оперативных вмешательств. В 2021 г. число эндоскопических операций составило 18 (25,3%) против 71 открытого оперативного вмешательства. В 2022 г. выполнено 21 (30,4%) эндоскопических операций против 69 открытых оперативных вмешательств.

При этом увеличение доли лапароскопических операций связано с расширением показаний к лапароскопической холецистэктомии – выполнением ее не только при хроническом калькулезном холецистите и полипах желчного пузыря в плановом порядке, но и при острых, в т.ч. деструктивных, калькулезных холециститах с перивезикальными осложнениями (перивезикальный инфильтрат, абсцесс, местный перитонит). При желчнокаменной болезни в 2020 г. было выполнено одна открытая и 13 (92,4%) эндоскопических операций, в 2021 г. – одна открытая и 12 (91,7%) эндоскопических, в 2022 г. – одна открытая и 14 (92,9%) лапароскопических холецистэктомий. Эти данные еще раз

подчеркивают более широкое применение лапароскопических технологий при осложненном течении острого калькулезного холецистита.

Пациенты с желчнокаменной болезнью, оперированные в экстренном или отсроченном порядке, получали, при отсутствии на предоперационном этапе антибиотикотерапии, с целью антибиотикопрофилактики амоксициллин клавуланат (при аллергических реакциях на β -лактамы антибиотики – ципрофлоксацин). В послеоперационном периоде больные получали инфузионную, спазмолитическую, по показаниям – антимикробную (амоксициллин/клавуланат), фторхинолоны (пемфлоксацин, ципрофлоксацин, левофлоксацин) в сочетании с метронидазолом, противоязвенную (при наличии эрозивно-язвенных поражений ЖКТ), секретолитическую (при повышении уровня амилазы крови и мочи, при наличии клинико-инструментальных признаков острого панкреатита), симптоматическую, в т.ч. ненаркотические анальгетические лекарственные средства и НПВП. В первые 2–3 суток послеоперационного периода больные получали инъекционные формы НПВП (кеторолак), а затем, после начала приема пищи, назначались НПВП с гастропротекторными свойствами для перорального приема (амтолметин гуацил – найзилат) – до купирования болевого синдрома (в среднем 4–5 суток послеоперационного периода). При остром аппендиците в 2020 г. было выполнено 11 (100%) открытых операций, в 2021 г. – 11 открытых и одна (9,0%) эндоскопическая, в 2022 г. – 13 открытых и одна (7,6%) лапароскопическая аппендэктомия.

После аппендэктомии по поводу острого флегмонозного аппендицита без периаппендикулярных осложнений в послеоперационном периоде больные получали только инъекционные формы НПВП (кеторолак), а затем, после начала приема пищи, перорально назначались НПВП с гастропротекторными свойствами – амтолметин гуацил (найзилат) до купирования болевого синдрома (в среднем 3–5 суток послеоперационного периода). При остром гангренозном аппендиците, а также наличии периаппендикулярных осложнений больные дополнительно в послеоперационном периоде получали антимикробную химиотерапию: амоксициллин/клавулановую кислоту, цефалоспорины III поколения (цефтриаксон, цефотаксим) или фторхинолоны (пемфлоксацин, ципрофлоксацин, левофлоксацин) в сочетании с метронидазолом. Аналогичная схема назначения НПВП в послеоперационном периоде применялась и у пациентов при ушивании перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки, с применением противоязвенных препаратов в инъекционной форме с последующим переводом на пероральные препараты. При клинико-лабораторном и инструментальном

подтверждении диагноза «острый панкреатит» больные получали консервативную терапию: инфузионную, спазмолитическую, секретолитическую, по показаниям – антимикробную (защищенные пенициллины, фторхинолоны), противоязвенную (при наличии эрозивно-язвенных поражений ЖКТ), симптоматическую, в т.ч. инъекционные формы НПВП.

После операций по поводу отечного панкреатита, асептического панкреонекроза (геморрагического, жирового или смешанного) с диффузным или разлитым ферментативным перитонитом, которые были выполнены открытым способом (дренированием брюшной полости, по показаниям – дренированием сальниковой сумки), пациентам также назначались инъекционные формы НПВП (кеторолак), а затем, после начала приема пищи, назначались перорально НПВП с гастропротекторными свойствами – амтолметин гуацил (найзилат) до купирования болевого синдрома (в среднем 5–7 суток послеоперационного периода).

Важным аргументом стабильности является грамотное руководство со стороны администрации больницы, постоянный ежемесячный анализ работы отделений, изучение стандартов и положений оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций, анализ ошибок и осложнений, работа КИЛИ.

Следует отметить, что у пациентов, получавших в раннем послеоперационном периоде НПВП с гастропротекторными свойствами, эрозивноязвенных поражений ЖКТ и связанных с ними осложнений не выявлено. В лечении пациентов с urgentной хирургической патологией органов брюшной полости в условиях общехирургического стационара показано применение НПВП с гастропротекторными свойствами в раннем послеоперационном периоде с момента начала энтерального приема жидкости и пищи.

В дальнейшем в практике хирургического отделения ГУЗ «Сенгилеевская районная больница» планируется расширение объема выполняемых эндоскопических вмешательств в условиях urgentной хирургии. Для реализации этого необходимы усовершенствование материально-технической базы и корректировка медико-экономических стандартов, позволяющих выполнять операции и использовать новые необходимые лекарственные средства.

Таким образом, эффективность работы хирургической службы района зависит от правильно продуманной организации медицинской помощи сельским жителям, оказания специализированной помощи сертифицированным специалистом, кадрового потенциала и современного оборудования в условиях оптимального количества коек.

В.Г. Петренко, Е.В. Сотникова, С.Г. Сорокин

СПОНТАННЫЙ НАРУЖНЫЙ СВИЩ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

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

Наружные желчные свищи – патологическое соустье между желчным пузырем и внутренними органами либо передней брюшной стенкой.

Свищ желчного пузыря является редким осложнением. Данная патология диагностируется у 1,5% пациентов с желчнокаменной болезнью. Выделяют посттравматические, послеоперационные, паренхиматозные и спонтанные желчные свищи. Частота спонтанных наружных желчных свищей колеблется от единичных наблюдений до 0,12% всех наружных свищей. Наружное отверстие свища может располагаться на значительном расстоянии от места проекции желчного пузыря на переднюю брюшную стенку.

Приводим собственное наблюдение. Пациент М., 56 лет, поступил 30.01.2023 в хирургическое отделение ГУЗ «ЦК МСЧ им ЗВР В.А. Егорова» с жалобами на боли в правом подреберье, наличие свищевого хода в правом подреберье.

Из анамнеза: «Болен с мая 2022 года, когда в правом подреберье появилось опухолевидное образование, которое увеличивалось в размерах. В дальнейшем появился гнойный свищ. В ноябре 2022 года амбулаторно выполнено вскрытие абсцесса передней брюшной стенки в области правого подреберья, после операции жалобы сохранялись. Через 2 недели после выписки вновь отметил появление свища на передней брюшной стенке со скудным гнойным отделяемым. Лечился амбулаторно: перевязки, антибактериальная терапия. Желтухи в анамнезе не было. Обратился в приемное отделение».

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы светло-розовой окраски. Живот не вздут, умеренно болезненный в правом подреберье. В проекции реберной дуги по среднеключичной линии имеется свищевое отверстие 0,3×0,2 см в диаметре со скудным серозно-гнойным отделяемым, без перифокального воспаления. По данным УЗИ брюшной полости: желчный пузырь сокращен, в виде гиперэхогенного тяжа, заполнен конкрементами. Холедох d – 4 мм, не расширен. В правом подреберье на глубине 15 мм визуализируется жидкостное образование с неровным контуром, размерами 28×16 мм, от которого идет свищевой ход шириной 7 мм. При фиброгастродуоденоскопии

выделение желчи из большого дуоденального сосочка есть. Лабораторно: общий билирубин 24,0 мкмоль/л, прямая фракция – 9,3 мкмоль/л, щелочная фосфатаза 59 ЕД/л, АСТ 46 ед, АЛТ 30 ед, СРБ 0,07 мг/л. На вторые сутки выполнена лапаротомия правым подреберным доступом по Кохеру. В подпеченочном пространстве выраженный спаечный процесс между склерозированным желчным пузырем, большим сальником и поперечной ободочной кишкой. Свищевой ход расположен между желчным пузырем и передней брюшной стенкой, с формированием подкожного абсцесса. Выделен желчный пузырь, представляет собой плотный тяж, полностью заполнен конкрементами. Общий желчный проток диаметром 0,8 см, пальпаторно конкрементов не содержит, инфильтрация и отек гепатодуоденальной связки. Выполнена холецистэктомия от шейки, холедохотомия, дренирование общего желчного протока по Пиковскому. Вскрыт подкожный абсцесс, свищевой ход дренирован. Послеоперационный период без осложнений. На 7-е сутки выполнена фистулография – по дренажу Пиковского контраст заполняет желчевыводящие пути и проникает в двенадцатиперстную кишку. Дренаж по Пиковскому удален на 13-е сутки. На 15-е сутки пациент выписан.

Клинический диагноз. Основной: «Желчнокаменная болезнь. Хронический калькулезный холецистит. Отключенный желчный пузырь».

Осложнения: «Наружный желчный свищ».

Сопутствующий: «ИБС. Стенокардия напряжения 2 ФК. Гипертоническая болезнь III стадии. ПИКС от 2021 и 2022 года».

В представленном наблюдении причиной отключенного желчного пузыря был холелитиаз. По всей видимости произошла фиксация дна желчного пузыря к круглой связке печени. В дальнейшем сформировался свищевой ход от дна желчного пузыря с вовлечением круглой связки печени и открылся на коже передней брюшной стенки.

Цель нашего сообщения – напомнить хирургам амбулаторного и стационарного звена о редком осложнении желчнокаменной болезни – наружных свищах, которые могут локализоваться в нетипичных местах и не всегда сопровождаются желчеистечением.

М.П. Кабаков, А.А. Муравьев

ОПЫТ РАБОТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГУЗ «КАРСУНСКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА» ЗА 2020–2022 ГГ.

ГУЗ «Карсунская районная больница имени врача В.И. Фиошина»

Работа хирургической койки в 2022 году 341,4 на уровне средних показателей (в 2021 – 349,9, в 2020 – 338). Увеличились такие показатели, как уровень госпитализации на 1000 населения – 22,8 (в 2021 – 19,2 в 2020 – 17,5), число койко-дней на 1000 населения – 210,4 (в 2021 – 199,4 2020 году – 156,8). Это связано с увеличением времени работы отделения по своему профилю. Среднее пребывание пациента на койке 9,3 (9,0 – в 2020 г и 10,3 – в 2021 г.), соответствует необходимым требованиям. В связи со вспышкой новой коронавирусной инфекции в Карсунской районной больнице, хирургическое отделение было закрыто с 05.04.2020 по 14.05.2020. С 15.05.2020 – открыто на 10 коек для оказания экстренной хирургической помощи. На базе ГУЗ «Карсунская районная больница» был открыт ковидный госпиталь с 15.05.2020 и 8 коек были переданы из отделения.

В 2022 году в хирургическом отделении пролечено 317 urgentных пациентов (315 – 2021 год, 314 – в 2020), что составило 77,7% от общего количества хирургических пациентов (68,9% – 2021, 83% – 2020 год). Из них с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости 93 пациента – 20,2% от всех экстренных пациентов (59 человек – 18,7% – в 2021 г., 79 пациентов – 20% – в 2020). В 2022 году было 32 случая поздней доставки больных с острой хирургической патологией брюшной полости, что составило 35,1% от пациентов данной группы. Этот показатель увеличился с прошлого года (23,7% – в 2021 г., 38,3% – в 2020 г.). В 2022 г. он был самым высоким в группах пациентов с ОКН – 50% и холециститом – 46,8%. В 2021 году удалось снизить процент поздней обращаемости при аппендицитах 23% (48,9% – в 2021 г.). Следствием поздней госпитализации являются запущенность патологии и сложности, возникающие в ходе диагностики и лечения. Высокий процент позднего поступления больных с острой хирургической патологией связан с низким уровнем жизни населения, низкой информированностью населения, зачастую со злоупотреблением алкоголя, медицинской неграмотностью. Общая хирургическая летальность составила 3,0% в 2022 г. (1,7% – в 2021 г., 3,3% – в 2020 г.), послеоперационная летальность – 5,8% в 2022 г. (2,4% – 2021 г., 3,2% – 2020 г.). В 2022 г. летальность при экстренной

абдоминальной патологии увеличилась до 3,19% (1,78% – в 2021 г., 1,2% – в 2020 г.). Это связано с тяжестью состояния пациентов при поступлении. От экстренной хирургической патологии брюшной полости умерли 3 пациента (1 – в 2020 г., 1 – в 2021 г.).

В 2022 году выполнено в условиях операционной 85 операций (81 – в 2021 г., 88 – в 2020 г.), в том числе 25 плановых операций, что составило 29,4% (18–22,3% в 2021г, 25–28,4% – в 2020 г.) и экстренных 60–70,6% (63–77,7% – в 2021 г., 63–71,4 – в 2020 г.). Послеоперационных осложнений 10 случаев – 5,8%, в 2021 году 7–2,4%, 5 случаев – 2,87% – в 2020 г. После плановых операций осложнений нет.

Вероятными причинами развития осложнений явились: технические сложности при операциях, запущенные случаи обращения, тяжёлый коморбидный фон.

7 пациентов умерли после оперативных вмешательств на фоне тяжелой сопутствующей патологии (4 – 2021 г., 2 – 2020 г.).

Выводы: занятия с фельдшерами ФАПов, скорой помощи по тактике при экстренной хирургической патологии; занятия с дежурными врачами по тактике при экстренной хирургической патологии и тяжелых травмах; проведение лекций, бесед с населением при выездах на ФАПы по ранней обращаемости в РБ при болях в животе; использование печатных изданий в местной газете «Карсунский вестник» и социальных сетях; активизировать плановую операционную деятельность.

Р.М. Шабает, П.М. Староконь, А.Л. Левчук, С.А. Ходырев

ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ГИДРОКСИЭТИЛДИМЕТИЛДИГИДРО- ПИРИМИДИНА (КСИМЕДОНА)

Филиал Военно-медицинской академии

им. С.М. Кирова МО РФ, г. Москва

ФГБУ «Национальный медико-хирургический Центр

им. Н.И. Пирогова», г. Москва

Военно-медицинская организация, г. Голицыно, Московская область

Актуальность. Наиболее частым осложнением в реконструктивно-восстановительной хирургии молочных желез (МЖ) с использованием силиконовых имплантов после радикального

лечения новообразований молочной железы является длительно сохраняющаяся лимфорея, несущая угрозу развития послеоперационных осложнений [1; 2]. Совершенствование хирургической техники реконструктивно-восстановительных операций на МЖ после радикального лечения новообразований молочной железы не позволяет исключить травмирование тканей и оставление в сформированных полостях инородных материалов, являющихся одними из основных факторов формирования серомы [3]. Оптимизация лекарственной терапии позволяет минимизировать проявления лимфореи и серомообразования, улучшить показатели качества жизни (КЖ) пациенток [4]. В 2001 г. Измайлов С.Г. и соавт. в своей работе широко осветили положительные свойства гидроксипиримидина [5]. Описанные фармакологические эффекты Ксимедона обусловили большой интерес к его использованию, а отсутствие токсичности, терапевтическая широта, крайне узкие противопоказания делают возможным применение препарата во многих областях медицины [6]. Положительное влияние препарата на тканевое сосудистое русло в условиях обширной резекции, лимфодиссекции в ходе реконструктивно-восстановительных операций на МЖ также способствует минимизации послеоперационных осложнений [4; 6].

Цель – оценка эффективности применения гидроксипиримидина (Ксимедон) у женщин, перенесших реконструктивно-восстановительные операции на молочной железе.

Материалы и методы исследования. В период с 2020 по 2022 гг. проведен анализ результатов лечения 75 пациенток, перенесших лечение по поводу рака молочной железы (РМЖ). В 1 группу (n=34) включены женщины, которым назначался гидроксипиримидин в предоперационном периоде за сутки до оперативного лечения и в послеоперационном периоде с 1 до 8 суток включительно после выполненной реконструктивно-восстановительной операции на МЖ с использованием силиконового импланта в дозировке по 0,5 грамм 4 раза в сутки. Во 2 группе (n=41) прием Ксимедона не назначался. Все пациентки были трудоспособного и репродуктивного возраста. Всем пациенткам резекционный этап выполнялся в объеме КРМЭ с сохранением сосково-ареолярного комплекса (САК). Симметризирующие операции на контрлатеральной МЖ выполнялись в большинстве случаев. Аугментационная маммопластика в сочетании с редукционной мастопексией выполнена 14 пациенткам 1 группы и 8 пациенткам 2 группы. Коррекцияптоза МЖ 2–3 степени glandулярным лоскутом [7] выполнена 10 пациенткам 1 группы и 12 пациенткам 2 группы. Из лабораторных показателей крови за 1 сутки

до операции, а также в 3, 7 и 10 сутки после операции оценивался уровень лейкоцитов, лимфоцитов, фибриногена, С-реактивного белка, интерлейкина-6. Выбор этих показателей крови обусловлен информативностью в плане оценки выраженности воспалительной реакции организма в ответ на хирургическую операцию. Также были проанализированы показатели КЖ пациенток (с применением опросника MOS SF-36), которые позволили объективизировать степень влияния приема Ксимедона в реконструктивно-восстановительных операциях на МЖ. Анализ показателей КЖ пациенток до и после операции в разных группах также позволяет оценить степень влияния приема Ксимедона на причинно-следственную связь между развившимся осложнением и удовлетворенностью результатами лечения [8].

Результаты исследования и их обсуждение. При оценке динамики показателей С-реактивного белка и интерлейкина-6 после операции выявлена отчетливая тенденция в виде менее выраженной воспалительной реакции у пациенток, принимавших Ксимедон, несмотря на более значимое повышение уровня интерлейкина-6 на 3–5 сутки после операции. При анализе уровня фибриногена отмечено менее значимое увеличение его показателей в острую фазу воспалительного процесса на 3–5 сутки после операции у пациенток, принимавших Ксимедон. Также прием Ксимедона позволил сократить сроки удаления улавливающего дренажа, с 5,4 дней (II группа) до 2,6 дней (I группа). У 16 пациенток 2 группы потребовалось пункционное ведение парапротезного лимфоцеле в течение 14–20 дней раннего послеоперационного периода. У пациенток I группы формирование парапротезного лимфоцеле, требовавшее его пункционного ведения, не выявлено. При оценке показателей КЖ до операции у пациенток обеих групп не выявлено значимой разницы в физическом компоненте здоровья. Прием Ксимедона позволил сохранить высокие показатели КЖ у пациенток I группы. Напротив, развившиеся осложнения, в частности парапротезная серома в 16 случаях, у пациенток II группы снизили показатели физического компонента здоровья, что объясняется необходимостью проведения мероприятий по их ликвидации. Более высокие показатели психологического компонента здоровья у пациенток II группы после операции обусловлены достигнутыми конечными результатами реконструктивно-восстановительного лечения.

Выводы. Применение Ксимедона позволяет оптимизировать течение раннего послеоперационного периода после реконструктивно-восстановительных операций на МЖ с использованием силиконового

импланта, уменьшить сроки удаления улавливающих дренажей, минимизировать формирование парапротезной серомы, достичь значительно лучших показателей качества КЖ.

Список литературы.

1. Kocdor M.A., Kilic Yildiz D., Kocdor H. et al. Effects of locally applied 5-fluorouracil on the prevention of postmastectomy seromas in a rat model. *Eur Surg Res.* 2008; 40(3): 256 – 262.
2. Van Bommel A.J., Van de Velde C.J., Schmitz R.F. et al. Prevention of seroma formation after axillary dissection in breast cancer: a systematic review. *Eur J Surg Oncol.* 2011; 37(10): 829 – 835. <https://doi.org/10.1016/j.ejso.2011.04.012>.
3. Klink C.D., Binnebösel M., Lucas A.H. et al. Do drainage liquid characteristics serve as predictors for seroma formation after incisional hernia repair? *Hernia.* 2010; 14(2): 175–179.
4. Доброквашин С.В., Измайлов А.Г., Шакирова Д.Х. и соавт. Применение препарата Ксимедон в хирургической практике. Практические рекомендации//Казань. Татхимфармпрепараты. – 2017. – 47 с.
5. Измайлов С.Г., Измайлов Г.А., Аверьянов М.Ю., Резник В.С. Ксимедон в клинической практике//МЗ РФ. ВМИ ФПС РФ при НГМА – Н. Новгород: Издательство НГМА. – 2001. – 18 С. ISBN 5-7032-0112-8.
6. Измайлов С.Г., Леонтьев А.Е., Бесчастнов В.В. и соавт. Технические аспекты активного хирургического лечения проблемных ран мягких тканей: Монография//Нижний Новгород. – 2020. – 212 с.
7. Шабаев Р.М., Ходырев С.А., Богданов С.Н., Самойленко В.М., Левчук А.Л., Староконь П.М. Способ хирургической коррекции птоза молочной железы//Патент на изобретение RU №2780368 – Бюл. №27 от 21.09.2022 г.
8. Шабаев Р.М., Ходырев С.А., Богданов С.Н., Самойленко В.М., Левчук А.Л., Староконь П.М. Лекарственное средство для оптимизации приживления силиконового импланта после реконструктивно-восстановительной операции на молочной железе//Патент на изобретение RU №2788259 – Бюл. №2 от 17.01.2023 г.

Е.В. Карпухина

РОЛЬ ДНЕВНИКА МОЧЕИСПУСКАНИЙ В ДИАГНОСТИКЕ И КОРРЕКЦИИ СИМПТОМОВ ГИПЕРАКТИВНОГО МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»

Актуальность. В соответствии с определением Международного общества по удержанию мочи гиперактивный мочевой пузырь (ГАМП) – это симптомокомплекс, характеризующийся расстройствами фазы накопления мочевого пузыря: неудержимыми (императивными) позывами к мочеиспусканию – urgenностью, учащенным мочеиспусканием (поллакиурией), ночным мочеиспусканием (ноктурией) с наличием или без ургентного недержания мочи при отсутствии доказанной инфекции мочевых путей или другой патологии нижнего отдела мочевых путей, способной вызвать данные нарушения. Гиперактивность мочевого пузыря может проявляться в двух формах: идиопатической – при которой невозможно определить факторы возникновения; нейрогенной – основные причины проявления связаны с патологией центральной нервной системы.

Проблема ГАМП в настоящее время является одной из самых широко обсуждаемых среди урологов, гинекологов, неврологов, врачей общей практики. Симптомы данного состояния наблюдаются как у женщин, так и у мужчин, и частота их увеличивается с возрастом. На сегодняшний день по сводным данным симптомы ГАМП имеются у 17% взрослого населения. ГАМП оказывает негативное влияние на все сферы жизни современного человека: вызывает снижение физической и социальной активности, психологический дискомфорт, проблемы в семейных отношениях и сексуальной сфере, снижение продуктивности в профессиональной деятельности. В связи с этим своевременная грамотная диагностика и адекватный выбор урологом лечебной тактики играют ключевую роль в коррекции данного состояния.

Цель – дать актуальное представление о дневнике мочеиспусканий как о ведущем первичном методе оценки функции мочевого пузыря и расстройств мочеиспускания, показать его роль в диагностике ГАМП и коррекции соответствующих нарушений мочеиспускания, подчеркнуть необходимость широкого применения в своей практике коллегами-урологами.

Материалы и методы. Дневник мочеиспусканий – это один из самых простых и самых информативных диагностических методов, который заключается в регистрации обычного для пациента режима мочеиспускания. Он является основным «инструментом» в диагностике не нейрогенного ГАМП. В своей урологической практике всем пациентам, имеющим жалобы на расстройства мочеиспускания, позволяющие заподозрить ГАМП, кроме прочих методов диагностики, рекомендую в обязательном порядке заполнение дневника мочеиспусканий. Для комплексной оценки мочеиспускания рекомендуется ведение дневника в течение трёх суток. При меньшей продолжительности ведения может быть затруднена интерпретация результатов (недостаточно данных), при большей – снижается комплаентность пациентов.

Пациентом регистрируются: время каждого мочеиспускания, объем выделенной мочи (при каждом мочеиспускании и общий за сутки), эпизоды императивных позывов, эпизоды потери мочи при императивных позывах, смена прокладки/памперса, объем употребляемой жидкости (каждый эпизод и общий объем за сутки), время подъёма и отхода ко сну.

Дневник мочеиспускания позволяет ответить на множество вопросов, связанных с расстройствами мочеиспускания. Анализируя дневник мочеиспусканий, оцениваю: количество мочеиспусканий в течение суток и отдельно в дневные и ночные часы, наличие и частоту императивных позывов, наличие и частоту эпизодов потери мочи, наличие связи между императивным позывом и недержанием мочи, наибольший и наименьший объёмы мочеиспускания и, следовательно, функциональную емкость мочевого пузыря, суточный диурез и отдельно дневной и ночной, наличие/отсутствие поллакиурии, ноктурии, полиурии.

Следует отметить, что анализ дневника мочеиспусканий провожу совместно с пациентом. Обращаю внимание на эпизоды с наиболее продолжительным промежутком времени между мочеиспусканиями и максимальным объемом выделенной мочи. В беседе с пациентом указываю на наличие таких эпизодов и объясняю, что если они возможны, то нет необходимости для более частого мочеиспускания небольшими порциями. Далее определяется минимальный промежуток времени, который необходимо соблюдать пациенту между мочеиспусканиями, например, каждые 1,5 часа. Такой режим соблюдается в течение 2 недель, далее, при успешном выполнении этого условия, промежуток между мочеиспусканиями постепенно удлиняется. Необходимо вместе сформировать такую модель поведения, которая позволит

пациенту без выраженных усилий контролировать позыв, отсрочить мочеиспускание до удобного момента. Данный пример показывает, что такой совместный анализ дневника мочеиспусканий позволяет разработать для пациента своеобразную «поведенческую терапию» проявлений ГАМП. Таким образом, дневник мочеиспусканий позволяет пациенту субъективизировать состояние, а врачу – дать объективную оценку жалоб пациента и наряду с другими обследованиями подтвердить диагноз ГАМП с последующим выбором тактики лечения.

Результаты. Мною проведен анализ результатов обращения на амбулаторный прием 32 пациентов, имеющих жалобы на наличие urgency. Из них 23 женщины и 9 мужчин. В ходе беседы выяснилось, что 4 мужчин подвергались оперативному вмешательству по поводу доброкачественной гиперплазии предстательной железы, после чего у них появились симптомы urgency. У 3 мужчин было выявлено наличие доброкачественной гиперплазии предстательной железы в ходе обследования, и urgency явилась одним из ирритативных симптомов, связанных с данным заболеванием. У 2 женщин имелась неврологическая патология, нарушения мочеиспускания у них были расценены как нейрогенная дисфункция м\пузыря. У остальных пациентов – 21 женщина и 2 мужчин (71,8% случаев) – в ходе обследования был заподозрен идиопатический гиперактивный мочевого пузыря. В качестве одного из этапов первоначального обследования им было рекомендовано ведение дневника мочеиспусканий. При повторных визитах к анализу предоставили дневник мочеиспусканий 17 женщин и 2 мужчин – 82,6%. При анализе дневника мочеиспусканий ГАМП был подтвержден у 15 женщин и 2 мужчин – 89,5%. Мужчины (средний возраст – 48 лет) получали медикаментозную терапию препаратами, рекомендованными для лечения ГАМП, с положительным результатом. 7 женщинам (средний возраст – 40,7) предложены в качестве первой линии лечения «поведенческая» терапия (тренировки мочевого пузыря) и коррекция питьевого режима (у 4 имелся положительный эффект, 3 перешли на медикаментозную терапию), 8 женщинам (средний возраст 63,6) сразу назначена медикаментозная коррекция с положительным результатом.

Выводы. Дневник мочеиспусканий является простым, но чрезвычайно информативным методом диагностики расстройств мочеиспускания. Дневник мочеиспусканий необходимо рекомендовать к заполнению всем пациентам при подозрении на ГАМП. Кроме того, целесообразно использовать дневник мочеиспусканий для динамической оценки состояния пациента и эффективности лечения.

*О.А. Никонов, О.Н. Пайзе, Р.Р. Гильметдинов,
О.Ю. Бехтина*

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ИНВЕРТИРОВАННОГО ДИВЕРТИКУЛА МЕККЕЛЯ

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

Актуальность. Дивертикул Меккеля (ДМ) – это наиболее частый врожденный порок развития желудочно-кишечного тракта, который возникает вследствие неполного обратного развития желточного протока и встречается примерно у 2% населения. Клинически ДМ проявляется в 2–15% случаев. Наиболее частыми осложнениями ДМ служат кровотечения, непроходимость и дивертикулит.

Клинический случай. Пациент Х, 10 мес., поступил в экстренном порядке с жалобами стул с примесью крови. Со слов матери, ребенок болен в течение суток. Ранее ребенок находился на лечении в ГУЗ УОДКБ АРО-1, в гастроэнтерологическом отделении с диагнозом: «Эрозивный колит аллергический, тяжелое течение. Состоявшееся кровотечение. Острая постгеморрагическая анемия тяжелой ст.». 21.04.22 обратились в ГУЗ УОДКБ. Состояние при поступлении – средней тяжести. Живот округлой формы, не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный. Патологические образования не пальпируются. С-мы раздражения брюшины отриц. Печень по краю правой реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул самостоятельный, полуоформленный с примесью крови (мелена). Внешне область ануса без патологии. Ректально: ампула прямой кишки пустая, патологических образований не пальпируется, на перчатке – алая кровь небольшими сгустками, нависание стенок прямой кишки отсутствует. В ОАК признаки железодефицитной анемии (Hb-91 г/л, Эр.-3,29 млн). По данным УЗИ: б/п-патологии органов брюшной полости не выявлено. По данным КТ: признаков патологических изменений органов брюшной полости и забрюшинного пространства не выявлено. Выполнена лапароскопическая диагностика, в 30 см. от илеоцекального угла выявлен дивертикул Меккеля, выполнена лапароскопически-ассистированная резекция дивертикула Меккеля. Тонко-тонкокишечный анастомоз «конец-в-конец». На 14 сутки малыш выписан домой в удовлетворительном состоянии.

Пациент Л., 8 лет поступил в экстренном порядке с жалобами на приступообразные боли в животе, тошноту. Со слов матери,

ребенок болен в течение 6 ч. Состояние при поступлении: средней степени тяжести.

Живот округлой формы, умеренно вздут, при пальпации активно напрягает брюшную стенку, умеренно болезненный в правой подвздошной области. Пальпируется патологическое образование в параумбиликальной области справа протяженностью до 6 см, болезненное. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Стул накануне самостоятельный, 2 раза. В ОАК при поступлении лейкоцитоз 20 тыс. По данным УЗИ б/п в динамике: в правой подвздошной области визуализируется инвагинат кишечника d43 мм, протяженностью 57 мм. При ЦДК кровоток сохранен. Перистальтика кишечника вялая. Выполнена операция: Лапаротомия. Ревизия брюшной полости, дезинвагинация тонкого кишечника. Резекция участка тонкой кишки с патологическим образованием, с наложением тонко-тонкокишечного анастомоза. Послеоперационный диагноз: Тонко-тонкокишечная инвагинация. Дивертикул Меккеля. Патогистологическое исследование: Экзофильное образование в просвете тонкой кишки представляет собой дивертикул Меккеля с полным сращением серозной оболочки. Слизистая оболочка дивертикула имеет гетеротопическую структуру слизистой желудка по всей поверхности с наличием дисплазии 1-2 ст. в полнокровном и ямочном эпителии. Заключение: Инвертированный дивертикул Меккеля с дисплазией 1-2 ст. и гетеротопией слизистой желудка. Ребенок на 10 сутки выписан домой в удовлетворительном состоянии.

Результаты и выводы. Диагностика ДМ – непростая задача. К существующим методам относится компьютерная томография (КТ) брюшной полости с внутривенным контрастированием, КТ-энтерография, капсульная эндоскопия и диагностическая лапароскопия. Основным методом лечения осложненного ДМ является хирургическое вмешательство. Лапароскопические вмешательства при ДМ безопасны и приводят к скорому восстановлению больного после операции.

*О.А. Никонов, О.Н. Пайзе, О.Ю. Бехтина,
Эльвин Захир Оглы Абдуллаев*

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ИСТОРИЙ БОЛЕЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ПИЛОНИДАЛЬНОЙ КИСТЫ

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»

На протяжении последних пяти лет отмечается рост числа обращений пациентов с эпителиальным копчиковым ходом (ЭКХ). Ее частота 10–26 клинических случаев на 100 000 детей. У мальчиков такая патология появляется в 3 раза чаще, чем у девочек.

Актуальность изучения данной патологии объясняется тем, что несмотря на длительность изучения данной проблемы и множество вариантов оперативных вмешательств, их результаты нельзя назвать полностью удовлетворительными, в связи с длительным сроком заживления ран крестцово-копчиковой области, высокой частотой рецидивов заболевания от 2 до 40%. Таким образом, вопросы диагностики, выбора оперативного лечения и методов реабилитации пациентов остаются дискуссионными до настоящего времени.

Эпителиальный копчиковый ход представляет собой узкий канал, выстланный эпителием, содержащий волосные луковицы, сальные железы и открывающийся на коже межъягодичной складки одним или несколькими точечными отверстиями. До настоящего времени единого мнения о причинах, провоцирующих возникновение копчикового хода у ребенка, не существует. Однако ученые выделяют 2 теории.

Теория приобретенного генеза. Исходя из нее, копчиковая киста и свищевые ходы в этой области зарождаются из-за обратного роста волос и их врастания в подкожную жировую клетчатку. При обильном волосном покрове в области ягодиц и глубокой межъягодичной складке происходит «погружение» волос в подкожную жировую клетчатку и образование кисты.

Теория врожденного происхождения связана с появлением аномалий в развитии эпителиальных, соединительных и мышечных тканей в копчиковой области эмбриона. Это провоцирует зарождение эпителиальной копчиковой кисты.

Пациентам с острым воспалением ЭКХ и при наличии абсцесса крестцовокопчиковой области в качестве первичного лечения в нашей клинике проводится вскрытие и дренирование абсцесса.

Через 1-3 мес. после стихания воспалительного процесса, всем пациентам рекомендовано проведение радикальной операции. В последние годы изменилась тактика обследования таких пациентов. В настоящее время перед радикальной операцией мы рекомендуем проведение УЗИ, КТ или МРТ, в некоторых случаях – колоноскопии. За последние 5 лет в нашей клинике было прооперировано 52 пациента с хроническими формами ЭКХ. Средний возраст пациентов составил 16,4 лет. 37,2% всех прооперированных пациентов с хроническими формами ЭКХ приходится на последние 2 года наблюдений. Соотношение пациентов мальчиков и девочек составило 2,2. Средний индекс массы тела наших пациентов составляет 25,86, что является предожирением.

Операцией выбора при хронических формах ЭКХ в нашей клинике является иссечение ЭКХ с дренированием и ушиванием раны. В последние годы мы стараемся избегать ушивания по средней линии с целью снижения частоты рецидивов заболевания. В нашей практике мы не прибегаем к перемещающим пластическим методам закрытия дефекта тканей после иссечения ЭКХ, что вероятно, связано с отсутствием запущенных хронических форм. Частота рецидивов в нашем исследовании составила 10,4%. За последние 2 года количество рецидивов снизилось до 6,7%.

Результаты и выводы. ЭКХ является довольно частым заболеванием, распространенность составляет 1-2% от всех хирургических больных. Наиболее часто данное заболевание встречается у детей с избыточной массой тела, а среднегодовой прирост темпов ожирения у подростков составил 7,6% в год. Таким образом мы ожидаем увеличение числа пациентов с ЭКХ.

Применение дополнительных методов диагностики – УЗИ поверхностных структур межъягодичной области, КТ, МРТ, колоноскопии, а также внедрение новых методик радикального лечения позволило снизить количество рецидивов у данной группы пациентов.

В.Ю. Сальников, О.А. Никонов, О.Н. Пайзе, И.И. Измайлов

К ВОПРОСУ КОМПЛАЭНТНОСТИ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

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

Актуальность. Один из принципов современной медицины – малоинвазивность при выборе вида оперативного пособия для лечения хирургической патологии. Эндохирургические вмешательства все более широко охватывают разделы хирургии, открывая новые горизонты. Для детской хирургии особенно важен оптимальный баланс соотношения степени малоинвазивности доступа и эффективности хирургической процедуры. Важно иметь обоснованное представление о степени комплаэнтности выбираемого типа вмешательства, чтобы обеспечить пациенту наименьший уровень морбидности в послеоперационном периоде.

Цель – провести сравнительный анализ комплаэнтности послеоперационного периода открытых и эндохирургических операций у пациентов детского возраста. Комплаэнс в нашем исследовании определялся как низкий уровень болезненности в раннем послеоперационном периоде и отсутствие рецидива в отдаленном периоде.

Материалы и методы. В исследование включено 394 пациентов различного возраста, оперированных за 2021-2022 годы в хирургическом отделении УОДКБ по отдельным нозологиям открыто и с применением лапароскопической техники. В выборку №1 (с подгруппами 1а-типичного грыжесечения по Дюамелю и 1б-лапароскопически ассистированной) включены пациенты с паховой грыжей в количестве 216 и 51 соответственно. В выборку №2 (с подгруппами 2а – надпаховая перевязка яичковой вены по Иванисевичу слева и 2б – лапароскопическое клипирование левой яичковой вены по методу «high ligation») включены пациенты с варикоцеле 2 степени слева в количестве 52 и 48 соответственно. В выборку №3 включены пациенты (с подгруппами 3а – пиелoureteroанастомоз по Хайнс-Андерсону открытым доступом и подгруппой 3б – лапароскопический пиелoureteroанастомоз) с гидронефрозом 4 стадии в количестве 17 и 10 соответственно.

В качестве сравнительных критериев комплаэнтности мы рассмотрели качественные показатели.

1. Наличие рецидива в отдаленном операционном периоде
2. Уровень болезненности в раннем послеоперационном периоде.

Отклонение от нормального распределения пациентов во всех выборках с учетом сравнительного анализа критических значений асимметрии и эксцесса в среде Excel определило наш выбор в пользу непараметрических статистических критериев. Для оценки качественных показателей использован метод Хи-квадрат Пирсона с уровнем значимости 0,05.

Результаты. При сравнительном анализе по подгруппам во всех выборках уровня рецидивов во всех выборках получены уровни значимости, намного превышающие $p < 0,05$. Таким образом, различия по уровню рецидивов во всех выборках статистически незначимы.

Сравнительный анализ уровня послеоперационной морбидности. При сравнительном анализе по подгруппам во всех выборках уровня рецидивов во всех выборках получены уровни значимости не превышающие $p < 0,05$. В целом, по данному критерию различия по уровню послеоперационной морбидности во всех выборках статистически значимы.

Выводы. По результатам проведенного анализа мы пришли к выводу, что выбор метода доступа для выполнения основного пособия при всех типах рассмотренных вмешательств достоверно не определяет уровень возможных последующих рецидивов, не влияя на общую комплаэнтность при рассматриваемых наиболее распространенных типах оперативных вмешательств. Однако сравнительный анализ в выборках пациентов по уровню послеоперационной морбидности показал отчетливые статистически значимые различия в подгруппах. Именно этот аргумент предопределяет современный хирургический выбор в пользу значимо менее травматичных лапароскопических вмешательств с заведомо высоким уровнем комплаэнтности.

М.Ю. Юдин, А.В. Климашевич

**ПРИМЕНЕНИЕ АУДИОЛОГИЧЕСКОГО АНАЛИЗА
ГОЛОСА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ
ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ С ВИЗУАЛИЗАЦИЕЙ
И СОХРАНЕНИЕМ НАРУЖНОЙ ВЕТВИ ВЕРХНЕГО
ГОРТАННОГО НЕРВА ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

**СМ-Клиника, г. Москва
Московский клинический научный центр
имени А.С. Логинова, г. Москва
Пензенский Государственный Университет,
кафедра Хирургии, г. Пенза**

Проблема измененного голоса после операций на щитовидной железе и околощитовидных железах не теряет актуальности на сегодняшний день, несмотря на активное использование хирургами нейромониторинга. Наружной ветви верхнего гортанного нерва, как правило, не уделяется должного внимания ввиду многих причин: вариантной анатомии нерва, небольшого размера нерва, сложностей в его визуализации и идентификации. Применение нейромониторинга во время операции на щитовидной железе в настоящее время широко распространено только лишь в отношении возвратно-гортанного нерва. Повреждение наружной ветви верхнего гортанного нерва может влиять на качество жизни пациентов, их социальный статус в обществе, трудовую деятельность.

Цель исследования – улучшить результаты лечения больных с доброкачественными заболеваниями щитовидной железы, подвергаемых хирургической коррекции, с применением переменного нейромониторинга путем интраоперационного контроля состояния наружной ветви возвратного гортанного нерва.

Материалы и методы. В исследование были включены 25 пациентов, которые перенесли тиреоидэктомию, гемитиреоидэктомию, паратиреоидэктомию при доброкачественной патологии щитовидной железы и околощитовидных желез. Оперативное лечение проводилось с только с использованием переменного мониторинга возвратно-гортанного нерва и наружной ветви верхнего гортанного нерва до и после удаления.

Выполнен анализ аудиограмм после оперативного лечения с целью оценки высоты и тона голоса.

Результаты. При оценке результатов аудиограмм у пациентов, перенесших оперативное лечение с визуализацией наружной ветви верхнего гортанного нерва, во всех случаях отмечается сохранение тона и высоты голоса в допустимых значениях частот. Применение интраоперационной визуализации и нейромониторинга наружной ветви верхнего гортанного нерва позволило избежать изменений в голосе пациентов и сохранить голосовую функцию в полном объеме.

Выводы. В эпоху активного развития видеосвязи трудовая деятельность многих пациентов сильно зависит от их голоса. По данным собственного опроса более 100 пациентов мы выявили, что около 30% пациентов работают удаленно и качество их работы в том числе зависит от их голоса. Вероятность изменений в голосе после операции является одним из главных факторов в откладывании хирургического лечения доброкачественной патологии щитовидной железы.

Применение переменного нейромониторинга для обеспечения целостности не только возвратно-гортанного нерва, но и для наружной ветви верхнего гортанного нерва позволяет в большинстве случаев избежать интраоперационного повреждения этой «тонкой», но важной для пациента структуры, что тем самым позволяет сохранить голос пациента и избежать изменения качества жизни после операции.

По данным аудиологического анализа отмечается во всех случаях сохранность голосовых функций у исследованных пациентов что позволяет рекомендовать визуализацию не только возвратно-гортанного нерва, но и наружной ветви верхнего гортанного нерва.

А.И. Малявин, Р.К. Сидорова, Е.П. Андреева

**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ
МОНИТОРИНГА ЛОКАЛЬНОЙ
АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ
ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ
ПУТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ
ГУЗ «ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА №4»**

ГУЗ «Городская поликлиника №4»

Актуальность проблемы. Терапия внебольничных острых инфекций мочевыводящих путей (ИМП) предполагает эмпирическое назначение антимикробного препарата (АМП), что требует знания микробного пейзажа и антибиотикорезистентности возбудителя. Неадекватный выбор класса, длительности и дозы назначения АМП ведут к росту устойчивости уропатогенов, которая представляет собой серьезную проблему для здравоохранения. Рациональное использование АМП включает регулярный мониторинг назначений и показателей резистентности возбудителей, начиная с локального уровня оказания медицинской помощи.

Цель – определить активность АМП к возбудителям, выделенных у пациентов с внебольничными ИМП в ГУЗ «Городская поликлиника №4» в период июль–декабрь 2022 г., провести сравнительный анализ с данными локального мониторинга, полученными в ходе участия в многоцентровом, проспективном эпидемиологическом исследовании «ДАРМИС-2018».

Методы исследования. В анализ включено 357 штаммов уропатогенов, выделенных у взрослых пациентов обоих полов всех возрастных групп с острыми и хроническими в стадии обострения внебольничными ИМП, включая беременных с бессимптомной бактериурией. Изолят включался в анализ при выделении возбудителя в диагностически значимом титре из средней порции свободно выпущенной мочи после туалета наружных половых органов.

В исследование включены 194 изолята пациентов с ИМП (первая группа) и 162 изолята беременных с ИМП и бессимптомной бактериурией (вторая группа). Критериями исключения из исследования являлись наличие в анамнезе стационарного лечения за предшествующие 6 месяцев и/или антибиотикотерапия за 3 месяца до взятия пробы мочи. Идентификация возбудителя выполнялась культуральным

бактериологическим методом с определением чувствительности микроорганизма к АМП диско-диффузионным методом согласно клиническим рекомендациям от 2021 г. Определение резистентности возбудителей к фосфомицину трометамолу в данном исследовании не выполнялось.

Результаты. Энтеробактерии составили 82,0% от всех выделенных бактериальных возбудителей (86,7% в первой группе и 76,5% во второй группе). Наиболее часто встречались *E.coli* (49,7% и 30,9%) и *Enterococcus faecalis* (19,0% и 31,5%).

В отношении основного уропатогена *E.coli* максимальную активность продемонстрировали амоксициллин/клавулановая кислота (76,2%) и цефепим (70,2%), из парентеральных препаратов – амикацин (95,2%) и гентамицин (89,3%). Был выявлен рост резистентности штаммов *E.coli* цефалоспорином. Отдельно следует отметить снижение резистентности изолятов *E.coli* к ципрофлоксацину (47,0%) по сравнению с результатами, полученными нами 4 года назад в рамках участия в исследовании «ДАРМИС-2018» (52,2%). Наибольшую активность ко всем энтеробактериям показал амоксициллин/клавулановая кислота.

В группе беременных женщин с ИМП и бессимптомной бактериурией *E.coli* максимальную активность продемонстрировал амоксициллин/клавулановая кислота (30,0%). Отмечен рост резистентности штаммов *E.coli* к цефепиму (25,0%) по сравнению с данными локального мониторинга «ДАРМИС-2018» (23,9%)

Выводы. Эмпирическую терапию внебольничных ИМП следует проводить с учетом локального мониторинга микробного пейзажа и антибиотикорезистентности. Результаты исследования свидетельствуют о росте резистентности к отдельным классам АМП среди внебольничных штаммов *E.coli*. Ограничение назначений АМП ведет к снижению резистентности возбудителя. Целесообразно определить периодичность замены АМП выбора с целью предотвращения развития резистентности.

СОДЕРЖАНИЕ

АКУШЕРСТВО, ГИНЕКОЛОГИЯ

О.Н. Белоглазова, Н.Н. Шудинова, О.В. Ситкова, Д.В. Юренков АБДОМИНАЛЬНОЕ РОДОРАЗРЕШЕНИЕ ПЕРВОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН: ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАНИЯ И ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ СНИЖЕНИЯ ЕГО ЧАСТОТЫ.....	3
Т.Ю. Корнилова, Е.И. Завьялова, Е.М. Бандалетова, А.Г. Акопов МУЦИНОЗНАЯ ОПУХОЛЬ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.....	4
Ю.В. Гулей, Д.Ю. Давидян, Ю.В. Выборнова, Ю.Д. Сидорова СВЯЗЬ МИКРОБИОТЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ТРАКТА ЖЕНЩИН И ГОРМОНАЛЬНОЙ РЕЦЕПЦИИ В ОСЛОЖНИВШЕМСЯ ТЕЧЕНИИ МИОМЫ МАТКИ.....	7
Н.Г. Кузнецова, Н.И. Кан, А.П. Солдатова ОЦЕНКА ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ОЧЕНЬ РАННИХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ.....	9
Т.Ю. Корнилова, Д.В. Юренков, М.Е. Филатов, Н.П. Селезнева ОСОБЕННОСТИ АНЕСТЕЗИИ И ТРОМБОПРОФИЛАКТИКИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭКСТРЕННОГО КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ НА ФОНЕ НК COVID-19.....	11
Н.Г. Кузнецова, Н.И. Кан, О.А. Фахрутдинова АНАЛИЗ ПОСЛЕРодОВЫХ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ.....	13
Д.О. Вишневецкая, Н.И. Петрова, Д.Р. Касымова, Т.И. Сорокина ДИАБЕТИЧЕСКАЯ ФЕТОПАТИЯ КАК ПРИЗНАК ОТСУТСТВИЯ КОМПЕНСАЦИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ.....	15
Т.Ю. Корнилова, Е.И. Завьялова, О.Н. Белоглазова, Т.Ю. Куценко СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ФАКТОРАХ РИСКА РАЗВИТИЯ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ И РАКА ЭНДОМЕТРИЯ.....	17
А.Ю. Богдасаров, Л.Ю. Давидян, Д.В. Олейникова, Т.А. Богдасаров, Т.Х. Давидян СОДЕРЖАНИЕ ЯИЧНИКОВЫХ ГОРМОНОВ У ЖЕНЩИН С ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИМИ ПРОЦЕССАМИ ЭНДОМЕТРИЯ В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ.....	19
Т.Ю. Корнилова, Е.И. Завьялова, Л.В. Пучкова, О.Н. Белоглазова РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА РАКА ЭНДОМЕТРИЯ В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ.....	21
Т.М. Никонорова, Л.А. Топоркова, В.М. Харитонов, В.Д. Таджиева ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МИФЕПРИСТОНА В КАЧЕСТВЕ ПОДГОТОВКИ К РОДОРАЗРЕШЕНИЮ.....	23
Т.Ю. Корнилова, Э.Э. Аничкина, М.А. Добролюбская, Э.Р. Нурахмедова ВЛИЯНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕНЕСЕННОЙ В РАЗЛИЧНЫЕ ГЕСТАЦИОННЫЕ СРОКИ, НА ДАЛЬНЕЙШЕЕ ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И ВЫБОР МЕТОДА РОДОРАЗРЕШЕНИЯ.....	25
А.А. Паничкина, А.С. Казакова ВЫБОР МЕТОДА РЕГИОНАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ РОДОРАЗРЕШЕНИИ ПУТЕМ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ У БЕРЕМЕННЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ.....	27
Н.С. Исаенкова, В.Ю. Жданова, А.В. Смирнова, Е.А. Никитина, Е.А. Гурьянова ВНУТРИУТРОБНАЯ ПНЕВМОНИЯ ПЛОДА: МАТЕРИНСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА.....	29
Л.Ю. Давидян, А.Ю. Богдасаров, Т.Х. Давидян, Т.А. Богдасаров, Д.В. Олейникова ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ, АССОЦИИРОВАННЫХ С МИКОПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИЕЙ.....	31
Д.Р. Касымова, А.П. Солдатова, Е.Н. Маланина, Ю.Ю. Сухова КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ НЕЙРОБЛАСТОМЫ НАДПОЧЕЧНИКА ПЛОДА.....	33
Е.Н. Маланина, Д.Р. Касымова ПРЕНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА РЕДКИХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ: ЛЕГочНАЯ СЕКВЕСТРАЦИЯ.....	35
Ю.Ю. Сухова, Е.Н. Маланина, Д.Р. Касымова, С.С. Чистякова ПРЕНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА РЕДКИХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ: ПУЗЫРНО-АЛЛАНТОИСНАЯ КИСТА.....	37
А.В. Яценко, Е.Н. Маланина, С.С. Чистякова СЛИЗИСТО-ГНОЙНЫЙ ЦЕРВИЦИТ КАК ВОЗМОЖНАЯ ПРИЧИНА ПЕРИНАТАЛЬНОЙ И АКУШЕРСКОЙ ПАТОЛОГИИ.....	39
С.С. Чистякова, Д.Р. Касымова, Ю.К. Куткова, А.П. Солдатова ПРЕНАТАЛЬНАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА СКЕЛЕТНЫХ ДИСПЛАЗИЙ: АХОНДРОПЛАЗИЯ У ПЛОДА.....	41
Н.И. Кан, Т.А. Тимошенко HELLP-СИНДРОМ В АКУШЕРСТВЕ (РАЗБОР КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ В УСЛОВИЯХ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА).....	43

<i>Ю.В. Гулей, Ю.В. Сидорова, Л.Ю. Давидян, Ю.В. Выборнова, А.Ю. Богдасаров</i> КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГИГАНТСКОЙ МИОМЫ МАТКИ.	44
<i>Е.С. Спиридонова, А.Ю. Богдасаров, Д.В. Олейникова, Л.Ю. Давидян</i> РАЗРАБОТКА И ВАЛИДАЦИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ ШКАЛЫ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ВРВМТ.	48
<i>Ю.В. Сидорова, Ю.В. Гулей, Л.Ю. Давидян, А.Ю. Богдасаров</i> РОЛЬ ЭНДОКРИНОПАТИЙ В КЛИНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ МИОМЫ МАТКИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА.	51
<i>М.А. Иглина, Е.И. Завьялова, П.С. Савельев, Д.М. Измайлова</i> ХРОНИЧЕСКИЙ ЭНДОМЕТРИТ КАК МАРКЕР НЕБЛАГОПОЛУЧНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ИСХОДОВ.....	53
<i>М.А. Иглина, Ю.К. Куткова, Е.И. Завьялова, А.Ю. Осипова</i> ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕНАТАЛЬНОГО СКРИНИНГА В ДИАГНОСТИКЕ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ПЛОДА В УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ИТОГАМ 2022 ГОДА.....	55
<i>С.А. Захаревский, А.С. Коновалова</i> АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ ЗАПУЩЕННЫХ ФОРМАХ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ.....	57
<i>И.В. Коженикова, Н.Л. Семенова, О.В. Мысина, Э.О. Соломянный</i> КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ МИОМЕ МАТКИ.....	60
<i>Л.Ю. Корнилова, О.Н. Белоглазова, Д.Ш. Галаутдинов, А.О. Грунтошкин</i> НОВАЯ КОРОНАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ И БЕРЕМЕННОСТЬ: ОЖИДАЕМОЕ И РЕАЛЬНОСТЬ.....	62

АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ

<i>В.М. Бирюков, К.О. Тякин, Е.П. Ульянин, Н.Д. Харитонов</i> ЭФФЕКТИВНОСТЬ БИС-МОНИТОРИНГА У ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ПАЦИЕНТОВ В ПАЛАТЕ ПРОБУЖДЕНИЯ.....	64
<i>В.М. Бирюков, В.Н. Шарфутдинов, С.В. Хандалеев, В.А. Канайкин</i> БИС-МОНИТОРИНГ ПРИ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОМ ПОСОБИИ У ДЕТЕЙ В ОФТАЛЬМОЛОГИИ.	66
<i>Л.Ю. Архиреева, Т.А. Зайцева, А.Е. Парменов, А.А. Архиреева</i> ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГАЛАНТАМИНА С ЦЕЛЬЮ КУПИРОВАНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОГО АНТИХОЛИНЕРГИЧЕСКО- ГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ.	67
<i>О.Н. Малянков, А.Я. Князев, А.А. Казаков, Д.А. Лисин</i> ОСОБЕННОСТИ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ ПРИ РЕНТГЕНОХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬ- СТВАХ.	69
<i>С.М. Айнулов, А.О. Стародубов, Г.Н. Сулейманова, Д.А. Богаченок</i> ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ ТЕРАПИИ У РЕАНИМАЦИОННЫХ ПАЦИЕН- ТОВ С ОСТРЫМ ПОЧЕЧНЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ.	71
<i>С.К. Лонская, К.И. Новикова, М.Е. Палаткина, Р.В. Багаров</i> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОЛЕВОГО ЭНТЕРАЛЬНОГО РАСТВОРА В СОСТАВЕ КОМПЛЕКСНОЙ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ИНТЕСТИНАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ.	73
<i>А.Б. Борисанов, Т.В. Гарипов</i> АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ, СПОСОБСТВУЮЩЕЕ РАННЕЙ АКТИВИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ОТКРЫТОМ СЕРДЦЕ.....	75
<i>Ю.А. Кутузова, А.В. Головатюков, А.С. Комаров, Д.З. Вильданов</i> ПОСТАНОВКА И ЭКСПЛУАТАЦИЯ ИМПЛАНТИРУЕМЫХ ВЕНОЗНЫХ ПОРТ-СИСТЕМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕН- ТОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В УСЛОВИЯХ ОБЛАСТНОГО КЛИНИЧЕСКОГО ОНКОЛО- ГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА.	77
<i>А.О. Тимофеева, А.В. Головатюков, М.Ф. Идрисов, А.Г. Медведев</i> ПОСТАНОВКА И ЭКСПЛУАТАЦИЯ PICC (PERIPHERALLY - INSERTED CENTRAL VENOUS CATHETER) КАТЕТЕ- РОВ В УСЛОВИЯХ ОБЛАСТНОГО КЛИНИЧЕСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА.	79
<i>Я.И. Горбунова, А.В. Головатюков, Д.И. Бураков, А.А. Мельников</i> ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ БЛОКАДЫ НЕРВОВ НЕЙРОФАСЦИАЛЬНОГО ПРОСТРАНСТВА МЫШЦ ВЫПРЯМИТЕЛЯ СПИНЫ В УСЛОВИЯХ ТОРАКАЛЬНОЙ ОНКОХИРУРГИИ.	80
<i>А.С. Комаров</i> ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДОВ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ ГЕМОКОРРЕКЦИИ В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ СЕПСИ- СА И СЕПТИЧЕСКОГО ШОКА.....	81
<i>В.А. Тарасов, А.Е. Парменов, Н.В. Трошина, Н.В. Емелькин</i> ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ДЕКСМЕДЕТОМИДИН У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ.	83

ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ

<i>Г.Н. Милюкова, Е.Е. Юдина, Т.С. Голубцова, А.А. Фирстов</i> ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА, С НЕКОТОРЫМИ КЛИНИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ.....	85
<i>М.П. Хохлов, А.Б. Песков, Е.Е. Юдина, И.Р. Керова</i> ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПЬЮТЕРНОЙ ЭЛЕКТРОАКУПНКТУРЫ В ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА РАЗ- ДРАЖЁННОГО КИШЕЧНИКА С ПРЕОБЛАДАНИЕМ ЗАПОРОВ.....	87
<i>М.П. Хохлов, А.Б. Песков, Т.С. Голубцова, С.А. Прибылова</i> ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПЬЮТЕРНОЙ ЭЛЕКТРОАКУПНКТУРЫ У СЛУЧАЙНО ОТОБРАННЫХ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ.....	88
<i>А.А. Петрова, Н.В. Филиппова, Л.Г. Андреева</i> АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ ПОСЛЕ ПАНДЕМИИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19.....	90
<i>Ю.Н. Бозова, М.А. Визе-Хрипунова, М.А. Турецкая</i> НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У БЕРЕМЕННЫХ С УКОРОЧЕННЫМ ИНТЕРВАЛОМ PQ.....	92
<i>С.А. Кабакова</i> ПРИМЕНЕНИЕ ФИКСИРОВАННОЙ КОМБИНАЦИИ ГИПОТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ.....	94
<i>М.В. Марковцева, Н.Б. Есефьева, Н.В. Зуйко</i> ФУНКЦИЯ ПОЧКИ И ВЫЖИВАЕМОСТЬ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ЛИМФОЛЕЙКОЗОМ.....	95
<i>С.Б. Мещанинова, Е.В. Мовчан, О.А. Андреева</i> АКТУАЛЬНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ДАПАГЛИФЛОЗИНА (ФОРСИГА) У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧ- НОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ СО СНИЖЕННОЙ ФВ.....	97
<i>С.В. Михеев, О.В. Мелешко, Е.Е. Булатова, З.Р. Латыпова</i> ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ С ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧ- НОСТЬЮ.....	99
<i>Ю.Б. Келин, С.А. Дудина, С.Б. Уланова, Г.Н. Джеландинова</i> РЕБАМИПИД ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЭРБ.....	101
<i>Р.А. Мамедова, Г.Р. Юнусова, Г.Н. Джеландинова, С.В. Андреева</i> АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ПРИ ПОСТКОВИДНОМ СИНДРОМЕ.....	103
<i>А.А. Петрова, Л.Г. Андреева, В.А. Шурбин</i> ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАНКРЕОНЕКРОЗА, ОСЛОЖНЕННОГО ПРИСОЕДИНЕНИЕМ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ ПО- ЛИРЕЗИСТЕНТНЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ, С БЛАГОПРИЯТНЫМ ИСХОДОМ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ).....	105
<i>С.Н. Долгополова, Е.В. Никитина, Р.З. Лурда, Н.В. Майорова</i> ПОСТКОВИДНЫЙ СИНДРОМ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ: ТРУДНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНО- СТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ.....	107
<i>С.А. Прибылова, И.Р. Керова, С.В. Войко, И.Н. Клещевникова</i> ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ НА ПРИМЕРЕ ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ №5.....	109
<i>С.В. Михеев</i> КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: КАРДИОМИОПАТИЯ ТАКОЦУБО ПРИ ОСТРОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ.....	111
<i>А.Н. Каширина, А.Г. Офилкин, А.А. Офилкина, А.А. Губеева</i> СЛОЖНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ БОЛЕВОГО АБДОМИНАЛЬНОГО СИНДРОМА НА ПРИМЕРЕ ДИАГНОЗА ИЛИОПСОИТ.....	113
<i>Л.А. Шайдуллова, В.А. Разин</i> КОГНИТИВНЫЙ ДЕФИЦИТ У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ.....	115
<i>А.Ю. Быхова, Е.В. Никитина, С.Н. Долгополова, Н.В. Майорова</i> ТЕМПЕРАМЕНТ И ДЕПРЕССИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА.....	116
<i>И.П. Сочнева</i> ПОРФИРИЯ – МИФ О ВАМПИРАХ.....	120
<i>С.А. Прибылова, И.Р. Керова, В.В. Гноевых, Н.Н. Рогожина</i> ОПЫТ РАБОТЫ В ПОДГОТОВКЕ ОРДИНАТОРОВ НА ПЛОЩАДКЕ СИМУЛЯЦИОННОГО ЦЕНТРА МЕДИЦИН- СКОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ ФГБОУ ВО УЛУГ.....	122
<i>Ю.П. Касаткина</i> КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА СОЛИКВА СОЛОСТАР У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ВТОРОГО ТИПА, НЕ КОМПЕНСИРОВАННЫХ НА ПРЕДШЕСТВУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ.....	124

В.В. Овсяник, А.Г. Овчаренко ЖИТЬ ИЛИ НЕ ЖИТЬ?.....	127
М.М. Ребровская, Н.С. Шаповал, А.А. Шаповал ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ COVID-19.....	129
Э.Р. Сакаева, А.М. Шутов, И.Е. Савинова, И.Н. Дементьев ОСТРОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19.....	131
И.Р. Керова, С.А. Прибылова, В.В. Гноевх, Л.В. Матвеева ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ И ПЕРВИЧНОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ АККРЕДИТАЦИИ НА БАЗЕ СЦММ УЛУГ ЗА ПЕРИОД 2020-2022 ГГ.....	132
Н.Н. Рогожина, О.М. Свирид, Е.В. Гноевх, М.А. Визе-Хрипунова ОСОБЕННОСТЬ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ.....	133
М.А. Визе-Хрипунова, В.С. Лебедева, Е.О. Хлопкова, Е.В. Гноевх ТЕЧЕНИЕ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА В УСЛОВИЯХ КОМОРБИДНОСТИ.....	135
М.А. Визе-Хрипунова, А.Н. Каширина, Е.В. Гноевх, М.А. Турецкая ПРЕДИКТОРЫ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ТЕЧЕНИЯ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ.....	137
А.А. Царева, В.А. Разин, А.Ю. Сурминова, Р.Р. Бурашев ВЛИЯНИЕ ИНГИБИТОРОВ SGLT2 НА МАРКЕРЫ РЕПОЛЯРИЗАЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВ ПРИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДО- СТАТОЧНОСТИ С НИЗКОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА.....	139
Т.С. Кузнецова ИСХОДЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ У ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ЗАМЕ- СТИТЕЛЬНУЮ ПОЧЕЧНУЮ ТЕРАПИЮ МЕТОДОМ ГЕМОДИАЛИЗА, В УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ В 2021 ГОДУ.....	141
А.В. Крупенинкова, Л.Г. Андреева, Н.В. Трошина, А.Е. Парменов ВНУТРИРЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ДОГОСПИТАЛЬНОЙ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ.....	142
А.В. Крупенинкова, Н.В. Трошина, В.А. Тарасов, И.В. Глинкина СОБЛЮДЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДОГОСПИТАЛЬНОЙ ТРОМБОЛИТИЧЕ- СКОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ СЕКМЕНТА ST.....	145

ГЕРОНТОЛОГИЯ И ГЕРИАТРИЯ

Н.Н. Кукушкина, Л.Н. Савоненкова, М.С. Шумилова, О.Н. Еремеева, Т.С. Васильева ТРУДНОСТИ И ОШИБКИ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО КОКСИТА В ГЕРИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ.....	147
А.В. Олейникова ВЛИЯНИЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ПРЕКОНДИЦИОНИРОВАНИЯ МИОКАРДА НА РЕЗУЛЬТАТЫ РЕПЕРFUЗИИ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ С ЭЛЕВАЦИЕЙ СЕКМЕНТА ST.....	149
Т.Ф. Ивлева, Э.А. Каримова, Ф.А. Сайфутдинова СИСТЕМА ОРГАНИЗАЦИИ УПРАВЛЕНИЯ И ПРОВЕДЕНИЯ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ГУЗ «УЛЬЯНОВСКИЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ГОСПИТАЛЬ ВЕТЕРАНОВ ВОЙН».....	151
Н.А. Слободнюк, Д.П. Драпова, Э.А. Каримова, М.Е. Федулова ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕРЫВИСТОЙ ГИПОБАРИЧЕСКОЙ ГИПОКСИИ ПРИ ГИПЕРТИРЕОЗЕ.....	153
Д.В. Колчин, Д.П. Драпова, В.Е. Салюкова, Е.А. Филина ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТРАНСКРАНИАЛЬНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ И ВНУТРИВЕННОЙ ОЗОНОТЕРАПИИ В УЛУЧ- ШЕНИИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ.....	155
М.В. Фролова, В.И. Рузов, Р.Р. Хайруллин, М.А. Мельникова КАСПАЗА-8 В ДИАГНОСТИКЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕ- НИЕМ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА, ПЕРЕНЕСШИХ КОРОНАРНУЮ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЮ.....	157
Д.П. Драпова, Н.А. Слободнюк, Р.Х. Гимаев, В.И. Рузов КОМБИНИРОВАНИЕ ТРАНСКРАНИАЛЬНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ И ВНУТРИВЕННОЙ ОЗОНОТЕРАПИИ В УЛУЧ- ШЕНИИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ.....	159
М.Н. Горячая, Н.А. Слободнюк ПЕРСОНИФИКАЦИЯ ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА.....	160
Э.Н. Алтынбаева, В.И. Рузов, М.Н. Горячая, Н.Т. Тагирова ВОЗРАСТ-АССОЦИИРОВАННАЯ ОЦЕНКА АНТИАГРЕГАНТНОГО ЭФФЕКТА ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНА- ЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С НИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ.....	162

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

З.А. Козан ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ БИОСИМИЛЯРОВ СЕЛЕКТИВНЫХ ИНГИБИТОРОВ IGE В ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СПОНТАННОЙ КРАПИВНИЦЫ.....	164
М.В. Куликова КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВРОЖДЕННОГО БУЛЛЕЗНОГО ЭПИДЕРМОЛИЗА, ПОГРАНИЧНОЙ ФОРМЫ, ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПОДТИПА, АУТОСОМНО-РЕЦЕССИВНОГО ТИПА НАСЛЕДОВАНИЯ, ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ.....	165
И.Р. Каримов, М.А. Магомедов, В.Ю. Золотнова, М.В. Куликова КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ МИКРОСПОРИЕЙ В УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ.....	166
А.В. Пызырова ОНКОНАСТОРОЖЕННОСТЬ И ДИАГНОСТИКА НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ В РАБОТЕ ВРАЧА-ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА.....	169
Р.Х. Сибеева ИМПОРТОЗАМЕЩЕНИЕ: ЭМОЛЕНТЫ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ДЕРМАТОЛОГА.....	171
Н.Г. Гумаюнова, М.В. Куликова, М.А. Магомедов, И.Р. Каримов ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ ДЕРМАТИТОВ С ПРЕИМУЩЕСТВЕННОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ В ЗОНЕ ЛИЦА.....	173
И.Ю. Ермолаева, В.А. Разин, А.С. Нестеров ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ОНИХОМИКОЗАМИ.....	174
И.Ю. Ермолаева, В.А. Разин, А.С. Нестеров ВИДОВОЙ СОСТАВ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ОНИХОМИКОЗОВ У ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕННОЙ ТОЛЕРАНТНОСТЬЮ К УГЛЕВОДАМ ПРИ СТАБИЛЬНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА.....	176
С.Ю. Золотнова, Я.Э. Кожаринова, А.О. Шульга, Н.И. Маркелова СЛУЧАЙ ФУЛЬМИНАНТНОЙ ФОРМЫ АКНЕ.....	178
Я.Э. Кожаринова, В.Ю. Золотнова, А.С. Колесникова, Н.И. Маркелова ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С КЛИМАКТЕРИЧЕСКОЙ КЕРАТОДЕРМИЕЙ.....	180
Н.А. Круглова, Л.Ш. Миннабетдинова ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВОССТАНАВЛИВАЮЩИХ СРЕДСТВ В ДЕРМАТОЛОГИИ.....	182
К.В. Мясникова, А.А. Фролова БАЗОВЫЙ УХОД ЗА КОЖЕЙ ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ.....	183
Е.В. Пришельцева, О.В. Коноплина СИСТЕМНЫЕ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДЫ КАК УРГЕНТНАЯ ТЕРАПИЯ ТЯЖЕЛЫХ ДЕРМАТОЗОВ.....	185
А.В. Сергиенко, О.С. Кабаева ВЛИЯНИЕ ПРИЕМА СИСТЕМНОГО ИЗОТРЕТИНОИНА НА ФУНКЦИЮ ПЕЧЕНИ И ЛИПИДНОГО ОБМЕНА.....	186
Я.В. Сулименко СОВРЕМЕННЫЙ И КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД КОРРЕКЦИИ И ТЕРАПИИ МЕЛАЗМЫ КОЖИ В ОТДЕЛЕНИИ КОСМЕТОЛОГИИ ГУЗ ОККВД.....	187
А.В. Тихомирова, Н.А. Круглова АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ ПРЕПАРАТАМИ ИНТЕРФЕРОНОВ В ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ РЕЦИДИВОВ ВИРУСНЫХ БОРОДАВОК.....	189
Е.В. Шулюкова, А.И. Вильданова КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТОКСИКО-АЛЛЕРГИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ НА ФОНЕ ПРИЕМА НПВС.....	190
ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ. ГИГИЕНА	
В.Н. Речник, Г.А. Савинова РОЛЬ ВИРУСА ГЕРПЕСА 6 ТИПА В ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ.....	192
А.А. Нафеев, Г.В. Салина НОВАЯ КОРОНАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ (2019-NCOV) В ПРАКТИКЕ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ».....	194
Н.Ф. Абдуллова, И.Е. Крылова ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕ 60 ЛЕТ.....	196
Ф.А. Сайфутдинова, В.Н. Речник, К.А. Сайфутдинов, Е.Е. Юдина АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ИММУНИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ ПРИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19.....	198

<i>Л.В. Ильмухина, Я.Е. Саранская</i> ЭТИОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С ПРЕПАРАТАМИ ПРЯМОГО ПРОТИВОВИРУСНОГО ДЕЙСТВИЯ В УСЛОВИЯХ ОМС	200
<i>В.В. Безик, О.В. Кондратьева, А.А. Нафеев, В.Н. Шарафутдинов</i> КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ РЕБЕНКА	202
<i>Г.А. Савинова, В.Н. Речник, К.А. Сайфутдинов, Ф.А. Сайфутдинова</i> ДОКОНТАКТНАЯ ПРОФИЛАКТИКА КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 ТИКСАГЕВИМАБОМ И ЦИЛГАВИМАБОМ У ИММУНОКОМПРОМЕТИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ	203
<i>В.В. Безик, О.В. Кондратьева, О.Н. Пайзе</i> КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПРИОБРЕТЁННОЙ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ И МЕТАПНЕВМОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У РЕБЕНКА	205
<i>О.И. Салминская, Н.В. Мецзяркова</i> «МАСКИ» ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ НА КЛИНИЧЕСКОМ ПРИМЕРЕ	206
<i>И.З. Боговенко, Н.В. Белова</i> ПРОБЛЕМЫ И ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИХ СРЕДСТВ ЛАБОРАТОРИЯМИ ФБУЗ «ЦЕНТР ГИГИЕНЫ И ЭПИДЕМИОЛОГИИ В УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ»	210
<i>В.И. Аббазова, Г.В. Салпина, Г.М. Юсупова</i> АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ НА ТЕРРИТОРИИ УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ	212
<i>Л.В. Азова, И.З. Боговенко</i> АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ НА ТЕРРИТОРИИ УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ДАННЫМ РЕЗУЛЬТАТОВ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВЫСОКОИНФОРМАТИВНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЙ, ВЫПОЛНЕННЫХ В РАМКАХ СГМ	214
<i>Г.М. Ахметзянова, М.И. Айнагуллов</i> ДЕТИ И ЗДОРОВОЕ ПИТАНИЕ	216
<i>Н.В. Белова</i> РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ МЕТОДА ИФА В ПРАКТИКУ РАБОТЫ САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРИИ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ АНТИБИОТИКОВ ЗА 2019-2022 ГГ.	218
<i>О.А. Котова, И.Х. Бильданова</i> ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРИИ ФБУЗ «ЦЕНТР ГИГИЕНЫ И ЭПИДЕМИОЛОГИИ В УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ» В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19	220
<i>Е.Н. Дубовицкая, М.А. Суханов</i> О РАЗВИТИИ ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ В УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19)	222
<i>Л.М. Федоскова, Е.Н. Дубовицкая</i> О САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ ВОДОСНАБЖЕНИЯ И ОСНОВНЫХ ЗАДАЧАХ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА ЗА ОРГАНИЗАЦИЕЙ ПИТЬЕВОГО ВОДОСНАБЖЕНИЯ В УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ	225
<i>Д.А. Хакимова, Г.М. Айнугудинова</i> ОПЫТ РАБОТЫ УПРАВЛЕНИЯ РОСПОТРЕБНАДЗОРА ПО УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ЛОКАЛИЗАЦИИ ОЧАГА НОРОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В ФЕДЕРАЛЬНОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ БЮДЖЕТНОМ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ УЧРЕЖДЕНИИ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «УЛЬЯНОВСКИЙ ИНСТИТУТ ГРАЖДАНСКОЙ АВИАЦИИ ИМЕНИ ГЛАВНОГО МАРШАЛА АВИАЦИИ Б.П. БУГАЕВА»	228
<i>Б.А. Ибрагимов, А.Л. Малых, Д.А. Малых, О.О. Беденко</i> ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЫХ ВЗРОСЛЫХ С ПОРАЖЕНИЕМ МОЧЕВЫВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ	230
ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	
<i>Д.С. Семенов, А.В. Аникин</i> ОБ ИЗМЕНЕНИЯХ ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА ОТ 27.07.2006 №152-ФЗ «О ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ» ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ	233
<i>Р.Ф. Багаутдинов, Ю.В. Шабашова</i> О МЕРАХ, НАПРАВЛЕННЫХ НА ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ «ЦИФРОВОЙ ЗРЕЛОСТИ» ОТРАСЛИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	236
КЛИНИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА	
<i>Е.П. Андреева, Р.К. Сидорова</i> АНАЛИЗ ВЫСЕВАЕМОСТИ STREPTOCOCCUS AGALACTIAE ИЗ КЛИНИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА БЕРЕМЕННЫХ ЗА 2022 ГОД В ГУЗ «ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА №4»	239

О.А. Малиновская, М.Н. Соколова, Н.С. Нуруллина, М.Э. Хапман ЗНАЧЕНИЕ СКРИНИНГА АНТИЭРИТРОЦИТАРНЫХ АЛЛОАНТИТЕЛ К АНТИГЕНАМ ЭРИТРОЦИТОВ В РАБОТЕ ОЛД ГУЗ УОСПК.....	241
А.В. Мاستиленко, А.А. Ломакин, Р.Ф. Бурганова, Р.К. Сидорова РАЗРАБОТКА СИСТЕМЫ ИНДИКАЦИИ И ИДЕНТИФИКАЦИИ ТОКСИГЕННЫХ CORYNEBACTERIUM DIRTHERIA И CORYNEBACTERIUM ULCERANS НА ОСНОВЕ МУЛЬТИПЛЕКСНОЙ ПЦР.....	244
И.Ю. Матвеева, М.В. Лаврик, М.В. Смолякова ВЫЯВЛЕНИЕ АНТИФОСФОЛИПИДНЫХ АНТИТЕЛ ПРИ ПРИВЫЧНОМ НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ.....	246
Т.М. Образцова, В.В. Вяльдина ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА АУТОИММУННОЙ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	248
Н.Б. Федорова ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ.....	250

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА

Е.Н. Айнулова, Р.К. Корженевич, А.В. Кирпичев, А.И. Андрианов КТ-ДИАГНОСТИКА ИЗМЕНЕНИЙ В ЛЕГКИХ ПРИ ГРАНУЛЕМАТОЗНЫХ ПОЛИАНГИИТАХ.....	252
А.И. Андрианов, Р.К. Корженевич, Е.Н. Айнулова, А.В. Кирпичев КТ В ДИАГНОСТИКЕ СПОНДИЛОДИСЦИТА.....	256
А.В. Кирпичев, Р.К. Корженевич, М.В. Сагель, А.И. Андрианов ВОЗМОЖНОСТИ МСКТ В ДИАГНОСТИКЕ РАЗРЫВА ПИЩЕВОДА.....	259
А.А. Базюк, Е.В. Полякова, Е.Е. Волкова ДИАГНОСТИКА КОСТНЫХ МЕТАСТАЗОВ МЕЛАНОМЫ.....	262
В.Е. Поспелова, Р.К. Корженевич, А.В. Кирпичев, А.И. Андрианов ВОЗМОЖНОСТИ МСКТ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПАТОЛОГИИ НАДПОЧЕЧНИКОВ.....	264
А.А. Базюк, Е.В. Полякова, Е.Е. Волкова ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДИНАМИЧЕСКОЙ НЕФРОСЦИНТИГРАФИИ У ПАЦИЕНТОВ С НОВО- ОБРАЗОВАНИЯМИ ПОЧЕК.....	267
С.Н. Сорокина, Е.В. Страхова, Г.А. Гашикова, В.Н. Селифонов ПОСТНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ПИЕЛОЭКТАЗИИ У ПЛОДА.....	269
Д.Н. Солнцев, А.В. Бырлина РАССЛАИВАЮЩАЯ АНЕВРИЗМА АОРТЫ НА ФОНЕ СИНДРОМА МАРФАНА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ.....	271

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ, ПРЕВЕНТОЛОГИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

Е.В. Картламаева, И.В. Китасова, Л.В. Шеймухова, Ю.А. Платова ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТО- ЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ В ОТДЕЛЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ВЗРОСЛЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ НОВУЮ КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ.....	273
И.В. Китасова, Е.В. Картламаева, Л.В. Шеймухова ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХОКОРРЕКЦИОННОЙ ПРОГРАММЫ ДЛЯ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ПОДХОДА.....	274
Л.В. Рожнова ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ С ОТЯГОЩЕННЫМ АКУШЕРСКИМ АНАМНЕЗОМ.....	276
Е.В. Демидова ПСИХОКОРРЕКЦИОННАЯ РАБОТА С ТРЕВОЖНЫМИ ДЕТЬМИ. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВКЛЮЧЕНИЯ СЕМЬИ В ПСИХОКОРРЕКЦИОННЫЙ ПРОЦЕСС.....	278
Д.В. Гришук, Е.Ф. Маханова САМОРЕГУЛЯТОРНЫЕ ПРОЦЕССЫ ПРИ АДАПТАЦИИ К ОБУЧАЮЩЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.....	280
С.А. Колчина ВЛИЯНИЕ СЕТИ ИНТЕРНЕТ НА ФОРМИРОВАНИЕ СУИЦИДАЛЬНЫХ МЫСЛЕЙ И НАМЕРЕНИЙ У ПОДРОСТ- КОВ. КЛАСТЕРНЫЕ САМОУБИЙСТВА.....	281
Д.В. Гришук, М.А. Альберт ПСИХОКОРРЕКЦИОННЫЕ МИШЕНИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ.....	283
Т.Л. Павлова РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕТОДОВ МЕТАКОГНИТИВНОЙ ТЕРАПИИ.....	285
И.В. Ткачева, Л.П. Емелина ПРИМЕНЕНИЕ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ТЕХНИК У БЕРЕМЕННЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.....	287
А.Г. Кузьмина, О.П. Ведянова, А.В. Демин, Д.В. Волков ИССЛЕДОВАНИЕ СТАДИЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ У НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ В РЕЗУЛЬТАТЕ ИХ УЧАСТИЯ В ПРОГРАММЕ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ.....	288

С.В. Губкина, И.А. Сабитов

ИССЛЕДОВАНИЕ СТИЛЕВЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ И ТОЛЕРАНТНОСТИ К НЕОПРЕДЕЛЕННОСТИ У ПОДРОСТКОВ С ДЕЗАДАПТИВНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ..... 291

С.В. Ярзуткин, С.В. Губкина, Э.И. Майер, М.И. Сабитов

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПСИХИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА..... 293

НЕВРОЛОГИЯ, НЕЙРОХИРУРГИЯ

А.А. Кувайская, Л.А. Белова, Ю.Д. Удалов, М.П. Дейч

КАРДИОВАСКУЛЯРНАЯ ФОРМА АВТОНОМНОЙ НЕЙРОПАТИИ У ПАЦИЕНТОВ С РМЖ В ПРОЦЕССЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ: ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ, РЕАБИЛИТАЦИЯ..... 295

В.В. Машин, Е.Ю. Котова, Д.Р. Долгова, Н.Е. Золотухина

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19..... 297

М.И. Шигапов, А.Н. Елистратов, А.И. Мидленко, С.В. Ретьман

АНАЛИЗ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДЕГЕНЕРАТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА, СОПРОВОЖДАЮЩИМИСЯ ЭКСТРУЗИЯМИ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ НА ПОЯСНИЧНОМ УРОВНЕ..... 299

В.В. Бакиев, В.Н. Герасимов, А.В. Борисов, А.П. Пятаков

ТОКСОПЛАЗМОЗ. РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ПАРАЗИТАРНОГО ПОРАЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА..... 301

А.И. Мидленко, А.В. Салин, А.А. Кузин, С.Ю. Рябов

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ СОТРЯСЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА В ДЕТСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ Г. УЛЬЯНОВСКА ЗА ПЕРИОД 2016–2022 ГГ..... 303

А.И. Мидленко, С.Ю. Рябов, Н.М. Мидленко, А.Д. Семенов

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СПИННО-МОЗГОВЫХ ГРЫЖ У ДЕТЕЙ..... 305

А.И. Мидленко, С.Ю. Рябов, Н.М. Мидленко, А.Д. Семенов

КРАНИОСИНОСТОЗЫ..... 307

А.И. Мидленко, Р.Ф. Ишматов, Н.М. Мидленко, А.Д. Семенов

ВРОЖДЕННЫЕ ГИДРОЦЕФАЛИИ – ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ. УЛЬЯНОВСКАЯ ОБЛАСТЬ..... 309

А.И. Мидленко, Р.Р. Гафуров, Н.М. Мидленко, С.С. Напханюк

АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ АКТИВНЫХ АРАХНОИДАЛЬНЫХ КИСТ СИЛЬВЬЕВОЙ ЩЕЛИ (АК ЛЩ)..... 310

А.И. Мидленко, С.Ю. Рябов, Н.М. Мидленко, А.Д. Семенов

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ДЕНДИ-УОКЕРА (DWM)..... 312

А.И. Мидленко, Р.С. Залов, Н.М. Мидленко, А.Д. Семенов

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ГРЫЖ У ДЕТЕЙ..... 313

И.В. Грешинова, Н.О. Жаринова, Т.В. Федотова

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА КЛАДРИБИН У ПАЦИЕНТОВ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ . 314

Н.О. Жаринова, В.П. Малянкova, Т.В. Морозова, Е.С. Преображенская

ПРОФИЛЬ ПАЦИЕНТА С МИАСТЕНИЕЙ..... 316

Т.В. Федотова, Е.И. Алексеева, Н.А. Шеголева, Л.И. Яковлева

СИНДРОМ ГИЙЕНА-БАРРЕ КАК СЛЕДСТВИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19..... 317

Ш.Ф. Хаернасов

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДИСКОВЕННОЙ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОЙ РАДИКУЛОПАТИИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-НЕВРОЛОГА..... 319

В.В. Бакиев, К.А. Латыпова, А.П. Пятаков, М.С. Скрипина

ЗЕРНИСТО-КЛЕТОЧНАЯ ОПУХОЛЬ (ОПУХОЛЬ АБРИКОСОВА) МЯГКИХ ТКАНЕЙ ПРАВОЙ ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ КАК ОПУХОЛЬ РЕДКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ..... 321

М.И. Шигапов, А.Н. Елистратов, С.В. Ретьман, С.В. Сорокин

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕОСЛОЖНЕННОЙ АГРЕССИВНОЙ ГЕМАНГИОМЫ..... 324

ОНКОЛОГИЯ, ПАЛЛИАТИВНАЯ МЕДИЦИНА

О.В. Шабалина, В.Д. Куликов, З.К. Фехретдинова, Р.Р. Имамдинова

ПОКАЗАТЕЛИ РАБОТЫ ГУЗ «ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР» В 2022 ГОДУ..... 327

О.В. Шабалина, В.Д. Куликов, С.В. Панченко, А.В. Романова, С.А. Шелькалина

РЕАЛИЗАЦИЯ РЕГИОНАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ «БОРЬБА С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ» В УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ В 2022 ГОДУ..... 328

О.В. Шабалина, В.Д. Куликов, С.В. Панченко, Е.Н. Заключнова

РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ НА ТЕРРИТОРИИ УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ В 2022 ГОДУ..... 330

<i>А.В. Головатюков, Д.И. Бурлаков, М.Ф. Идрисов, А.С. Комаров</i> ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ БЛОКАДЫ НЕРВОВ ВЛАГАЛИЩА ПРЯМОЙ МЫШЦЫ ЖИВОТА В УСЛОВИЯХ АБДОМИНАЛЬНОЙ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ОНХОХИРУРГИИ.....	331
<i>А.В. Жинов, С.В. Городнов, С. Мохаммад, Н.А. Романов, Б.Х. Камалов, Б.В. Аброськин, Р.И. Казыханов</i> ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ПЕЧЕНИ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ.....	333
<i>А.В. Жинов, С.В. Городнов, Н.А. Романов, Н.В. Деньгина, Б.В. Аброськин, Р.И. Казыханов, С. Мохаммад, М.С. Владимиркина</i> ТОТАЛЬНАЯ НЕОАДЪЮВАНТНАЯ ТЕРАПИЯ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ.....	335
<i>А.А. Князева, О.А. Подъячева</i> РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ ИБРУТИНИБА ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕФРАКТЕРНОЙ ЛИМФОМЫ ИЗ КЛЕТОК МАНТИИ.....	337
<i>М.Г. Кузнецикова, О.А. Подъячева</i> КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОБИНУТУЗУМАБА В ПЕРВОЙ ЛИНИИ ТЕРАПИИ ФОЛЛИКУЛЯРНОЙ ЛИМФОМЫ.....	339
<i>Л.В. Матвеева, А.С. Тоиге, М.Г. Шарафутдинов, Д.Ф. Насардинова</i> ПРОФИЛАКТИКА ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОНКОПАТОЛОГИЕЙ.....	341
<i>И.С. Панченко, В.В. Родионов, С.В. Панченко, М.Г. Шарафутдинов</i> ВЛИЯНИЕ ЭКСПРЕССИИ АНДРОГЕНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ НА ВЫЖИВАЕМОСТЬ БОЛЬНЫХ С ТРИЖДЫ НЕГАТИВНЫМ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	343
<i>А.А. Рева, М.Г. Шарафутдинов, Л.В. Матвеева</i> КОРРЕКЦИЯ АНЕМИИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ.....	345
<i>Ю.Н. Хуртина, Л.В. Матвеева, М.Г. Шарафутдинов</i> ЦИФРОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ДЛЯ УДАЛЕННОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ И МОНИТОРИНГА ОНКОЛОГИЧЕСКОГО РИСКА.....	347
<i>С.И. Чивильгина, И.Н. Елистратова</i> ПРИМЕНЕНИЕ ПРОЕКТНЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ПСИХОКОРРЕКЦИИ В ПАЛЛИАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ГУЗ УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТНОЙ «ХОСПИС».....	349
ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ	
<i>Ю.М. Езоришин, У.А. Алтунина, Е.Ю. Бекина</i> ВЛИЯНИЕ МЕР СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ МОЛОДЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ НА УКОМПЛЕКТОВАННОСТЬ КАДРАМИ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ.....	351
<i>Е.В. Мовчан, О.Н. Козырева, А.В. Кунеевский</i> АНАЛИЗ ЛЬГОТНОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПО ПРОГРАММЕ БСК В УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ.....	354
<i>И.А. Галушина, К.С. Галушина</i> ПРИЧИНЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ВЫБОР ПРОФЕССИИ ВРАЧА.....	356
<i>В.И. Горбунов, Г.В. Возженникова, И.Н. Исаева, С.В. Камардин</i> ОСОБЕННОСТИ ПРЕПОДАВАНИЯ ДИСЦИПЛИН КАФЕДРЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ С УЧЕТОМ СОВРЕМЕННЫХ ТРЕБОВАНИЙ ПРИМЕНЕНИЯ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ОБРАЗОВАНИИ.....	358
<i>М.Е. Шалыгина, К.С. Никанорова, Ю.В. Кумская</i> ПРОЕКТНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В РАБОТЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ.....	360
<i>В.Г. Караулова, Е.В. Балацук, Е.В. Мовчан</i> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МКБ-10 В СТАТИСТИКЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ В УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ.....	361
<i>Н.Ф. Абдуллова, А.М. Салахиева, О.И. Салминская</i> АНАЛИЗ ЗАВИСИМОСТИ СМЕРТНОСТИ ОТ СПИДА ОТ СРОКОВ НАЧАЛА АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ.....	363
ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ	
<i>Е.Е. Калегин, И.В. Митченко, Е.Ф. Гришина</i> ИНТЕРФЕРОНЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ РЕЦИДИВА ПАПИЛЛОМАТОЗА ГОРТАНИ.....	366
<i>Е.Ю. Фалина, О.В. Демина, Г.В. Колесникова, В.В. Лыкина</i> НЕЙРОСЕНСОРНАЯ ТУГОУХОСТЬ У РАБОТАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ ШУМА ПО ДАННЫМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ.....	367
<i>Н.Ф. Родионов, В.В. Костенко, А.М. Кулагин, Д.В. Холев</i> ПИОЦЕЛЕ ЛОБНОЙ ПАЗУХИ СЛЕВА. ЛЕВОСТОРОННИЙ ХРОНИЧЕСКИЙ ГНОЙНЫЙ ГАЙМОРОЭТМОИДИТ.....	369
<i>В.В. Костенко, А.Я. Кулагин, Н.Ф. Родионов, А.М. Кулагин</i> 50 ЛЕТ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОМУ ОТДЕЛЕНИЮ ГУЗ «ЦЕНТРАЛЬНАЯ ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА Г. УЛЬЯНОВСКА».....	371

ОФТАЛЬМОЛОГИЯ

- И.В. Ковеленова, Ю.С. Косенко, Д.Д. Шарафетдинова*
АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕХНОЛОГИИ TREAT & EXTEND В ЛЕЧЕНИИ ВОЗРАСТНОЙ НЕОВАСКУЛЯРНОЙ МАКУЛОДИСТРОФИИ..... 374
- И.В. Ковеленова, П.В. Библаев, А.А. Тимофеев, Д.В. Беломестнова*
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НАРУШЕНИЯ КРОВООБРАЩЕНИЯ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА ПОСЛЕ КОСМЕТОЛОГИЧЕСКИХ ИНЪЕКЦИЙ ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ..... 377
- И.В. Ковеленова, Е.А. Малиновская, Р.Г. Зайнетдинов, А.А. Тимофеев*
АНАЛИЗ РЕФРАКЦИОННЫХ ОШИБОК ПРИ РАСЧЕТЕ ИОЛ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРМЕТРОПИЕЙ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ..... 379
- М.Ю. Евтушенко, Т.А. Маликова, А.А. Осихов, Н.А. Титов*
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДИРОФИЛЯРИОЗА..... 381
- С.С. Степанова, И.К. Шишкина, Н.В. Охотникова, В.В. Безик, О.В. Кондратьева*
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ АДЕНОВИРУСНОГО КОНЬЮНКТИВИТА НА БАЗЕ ГУЗ «УЛЬЯНОВСКАЯ ОБЛАСТНАЯ ДЕТСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА ИМ. ПОЛИТИЧЕСКОГО И ОБЩЕСТВЕННОГО ДЕЯТЕЛЯ Ю.Ф. ГОРЯЧЕВА»..... 383
- И.В. Ковеленова, К.О. Малиновский, Ю.С. Косенко*
ПРИМЕНЕНИЕ ИМПЛАНТА ДЕКСАМЕТАЗОНА ПРИ УВЕИТАХ: АНАЛИЗ ЗА 3 ГОДА..... 385
- Г.Р. Яфясова, И.А. Булакова, И.В. Ковеленова*
КЛИНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СИНДРОМА СУХОГО ГЛАЗА У ПАЦИЕНТОВ С РАЗНЫМИ НОЗОЛОГИЯМИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО МОДУЛЯ НА ФОТО-ВИДЕО ЩЕЛЕВОЙ ЛАМПЕ DIXION S350.388
- И.Х. Казымова, Н.А. Титов, А.А. Осихов*
ОПЫТ РАБОТЫ ОФТАЛЬМОЛОГА В УСЛОВИЯХ ГОСПИТАЛЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ..... 392
- А.Ю. Возженников, Т.А. Мидленко*
МИКРОИМПУЛЬСНАЯ ЛАЗЕРКОАГУЛЯЦИЯ МАКУЛЫ ШИРОКИМ ПЯТНОМ В ЛЕЧЕНИИ ВЛАЖНЫХ ФОРМ ВОЗРАСТНОЙ МАКУЛЯРНОЙ ДЕГЕНЕРАЦИИ, РЕЗИСТЕНТНЫХ К ИНГИБИТОРАМ АНГИОГЕНЕЗА..... 394
- Д.В. Борисова, И.А. Фрольчев, Н.А. Поздеева*
МИКРОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИИ МАКУЛЯРНОГО РАЗРЫВА..... 396
- С.Л. Кузнецов, Н.Н. Гостева, К.Е. Гостева, Ф.А. Анесян*
К ВОПРОСУ О «ПОДЛИПАНИИ» РАДУЖКИ ПОСЛЕ НЕПРОНИКАЮЩЕЙ ХИРУРГИИ ГЛАУКОМЫ..... 398

ПАТАНАТОМИЯ

- Е.В. Балацук, А.И. Поняшкова, М.Р. Масленникова, Н.В. Огонькина*
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ ВИРУСАХ ГРИППА И COVID-19..... 400
- С.В. Анисимова, В.Б. Поддубный, Ю.Г. Зотова, Т.С. Циркина*
ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ В СТРУКТУРЕ ОСЛОЖНЕНИЙ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ, УМЕРШИХ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ..... 402
- Р.В. Уренева, Н.С. Злобина, О.Н. Романова, А.В. Жинов, С.С. Мохаммад*
ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ СМЕШАННОГО АЦИНАРНО-КЛЕТОЧНОГО РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В УСЛОВИЯХ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГУЗ ОКОД..... 404
- М.В. Андреева, Е.В. Балацук, А.С. Волженцев, Р.В. Уренева*
СЛУЧАЙ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ЭХИНОКОККОЗА В ПРАКТИКЕ ПАТОЛОГОАНАТОМА..... 406
- О.Е. Железнякова, К.А. Латыпова, Е.В. Слесарева, Д.Н. Павлова*
ТРУДНОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ И МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ОЧАГОВОЙ УЗЛОВОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПЕЧЕНИ..... 408
- В.М. Макаров, Л.М. Киселева, Е.В. Балацук, А.В. Клыкова*
ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПОРАЖЕНИЯ КЛЕТОК-МИШЕНЕЙ ПРИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ SARS-COV-2..... 410

ПЕДИАТРИЯ И НЕОНАТОЛОГИЯ

- А.С. Азоркина, У.В. Неродик, А.В. Кархалева, К.Н. Харитонова*
ГЕМОРАГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ И ФАКТОРЫ РИСКА ИХ ВОЗНИКНОВЕНИЯ..... 413
- Н.В. Калининкова, Н.Ф. Абдуллова*
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ 14-ЛЕТНЕГО РЕБЕНКА..... 415
- М.Е. Алексеева, Н.Ю. Кандрашина*
ЗНАЧЕНИЕ УНИВЕРСАЛЬНОГО АУДИОЛОГИЧЕСКОГО СКРИНИНГА В СИСТЕМЕ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИЕЙ..... 417

<i>Е.В. Зубцова, О.Н. Первалова, О.С. Федотова</i> КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИИ И ОСТРОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ В ПЕРВЫЕ СУТКИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ.....	420
<i>Н.А. Котманова</i> РОЛЬ ПРОБИОТИКОВ В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ, АССОЦИИРОВАННЫХ С <i>HELICOBACTER PYLORI</i> В ПЕДИАТРИИ.....	422
<i>С.Ю. Кузнецова, Е.А. Дикушкина</i> ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МИКРОТОКОВОЙ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО И РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ В ГОСУДАРСТВЕННОМ УЧРЕЖДЕНИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	424
<i>Т.П. Никулина, И.Л. Соловьева, Г.И. Шайморданова, Е.О. Хлопкова</i> ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА.....	426
<i>Е.П. Селезнева, А.В. Шетинин</i> ГОМЕОПАТИЧЕСКИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	428
<i>Т.В. Павахун, С.В. Мкртчян</i> РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ ПОЛИХОНДРИТ У ПОДРОСТКА.....	429
<i>Н.С. Попова, Т.В. Тураева</i> ОСОБЕННОСТИ ПРОТЕКАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У РЕБЕНКА.....	431
<i>Т.В. Тураева, Н.С. Попова</i> ОСОБЕННОСТИ ПРОТЕКАНИЯ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ У РЕБЕНКА ДО 1 ГОДА.	433
<i>Т.В. Тураева, Н.С. Попова</i> ПАРОКСИЗМАЛЬНАЯ ТАХИКАРДИЯ У РЕБЕНКА КАК ОДНА ИЗ ПРИЧИН СИНКОПАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ.....	435
<i>Т.В. Павахун, Т.Г. Бой</i> ТРУДНОСТИ И ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ МАНИФЕСТНОГО СИНДРОМА ВОЛЬФА-ПАРКИНСОНА-УЙТА.	437
<i>Б.А. Ибрагимов, А.Л. Малых, Д.А. Малых, О.О. Беденко</i> ТЕЧЕНИЕ РАННЕГО ПОСТВАКЦИНАЛЬНОГО ПЕРИОДА У ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЫХ ВЗРОСЛЫХ ПОСЛЕ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ: ПРОДОЛЖЕНИЕ СЛЕДУЕТ.	439
ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ, ФОРМИРОВАНИЕ ЗОЖ И СПОРТИВНАЯ МЕДИЦИНА	
<i>В.Г. Караулова, Н.Н. Рогожина, Л.Ю. Лукичева, М.Н. Сорочкина</i> ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ.	442
<i>В.Г. Караулова, Л.Ю. Кирилина, М.Н. Сорочкина</i> СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ «ДИСТАНЦИОННЫЙ КОНТРОЛЬ ВЕСА ТЕЛА» В УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ В 2020-2022 ГГ.....	444
<i>А.Ю. Любаев, Н.П. Сусина, В.А. Шмойлова, В.Б. Волкова</i> ИССЛЕДОВАНИЕ ДИНАМИКИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ УЧАЩИХСЯ ЗА ПЕРИОД ОБУЧЕНИЯ С 1 ПО 5 КЛАСС.	446
<i>В.Г. Караулова, С.Н. Милашина, О.В. Рябинкина</i> ПРОВЕДЕНИЕ ИНФОРМАЦИОННО-КОММУНИКАЦИОННОЙ КАМПАНИИ ПО ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ НА ПРИМЕРЕ ПРОЕКТА «СПРОСИТЕ ДОКТОРА».....	448
<i>В.Г. Караулова, А.А. Макарова, Т.В. Туркина</i> О РЕАЛИЗАЦИИ РЕГИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА «ЗДОРОВЫЙ ВЫБОР».....	450
<i>А.Ю. Любаев, М.А. Степанова, И.Н. Фролова, А.А. Бурлаков</i> АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ КУРЕНИЯ КАЛЬЯНА В СПОРТИВНОЙ СРЕДЕ. ПУТИ РЕШЕНИЯ.	452
ПСИХИАТРИЯ, НАРКОЛОГИЯ	
<i>М.В. Белянкин, М.В. Сухорукова, О.П. Зашихина, А.Н. Аюгова</i> АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ПИЛОТНОГО ПРОЕКТА «ИНТЕНСИВНЫЙ КУРС ПСИХОТЕРАПИИ И ПСИХОКОРРЕКЦИИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ».....	454
<i>К.С. Алиева, А.В. Криков, М.В. Белянкин, А.В. Дёмин</i> ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЛИЦ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ.	456
<i>А.В. Астасенко, Ш.М. Абулханов, И.Н. Матейко, В.К. Маринов</i> РОЛЬ КАРБАМАЗЕПИНА В ПРЕДУПРЕЖДЕНИИ РАЗВИТИЯ АЛКОГОЛЬНОГО ДЕЛИРИЯ.	458

<i>А.А. Ахремочкин, А.И. Асадуллин</i> АНАЛИЗ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПОИСКА В ОТНОШЕНИИ ЛИЦ, СОВЕРШИВШИХ СЕКСУАЛЬНЫЕ ПРЕСТУПЛЕНИЯ ПРОТИВ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЕЙ.	459
<i>С.П. Блохина</i> АНАЛИЗ ХАРАКТЕРИСТИК ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ МОЗГА У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ В ПЕРИОД РЕМИССИИ ПРИПАДКОВ.....	462
<i>С.Б. Волкова, Д.В. Волков, М.В. Сухорукова, Л.Д. Богданова</i> ПСИХОТЕРАПИЯ КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ ТАБАКОЗАВИСМОСТИ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ.....	463
<i>М.М. Еремеев, В.В. Акимов</i> ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ЗУКЛОПЕНТИКСОЛ ДЕПО В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА-ПСИХИАТРА.	466
<i>В.А. Кормишин, М.В. Белянкин</i> АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ОТРАВЛЕНИЯ СУРРОГАТАМИ АЛКОГОЛЯ.....	467
<i>В.В. Крупченко, О.Ю. Мартьянова, О.В. Гаврилина</i> КОМБИНАЦИЯ ПРЕПАРАТА «КАРИПАЗИН» С «ТРАДИЦИОННЫМИ» НЕЙРОЛЕПТИКАМИ С ЦЕЛЬЮ ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ДЕФИЦИТАРНУЮ СИМПТОМАТИКУ. ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ.	469
<i>О.М. Некрасова, Э.А. Шайхалова, Е.В. Кельса, А.В. Красавина</i> ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ	472
<i>А.С. Пацаева, М.В. Белянкин, Д.В. Волков, О.В. Ширинов</i> ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГЕПАТОПРОТЕКТОРНОЙ ТЕРАПИИ У НАРКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ №1.	474
<i>Ю.А. Ревенкова, А.А. Вырин, Л.В. Кузнецenkova, Н.Н. Боброва</i> ОТНОШЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ И СОПУТСТВУЮЩИМ ДИАГНОЗОМ ТУБЕРКУЛЕЗ ЛЕГКИХ К ГИПЕРГИДРОЗУ, КАК ПОБОЧНОМУ ДЕЙСТВИЮ НЕЙРОЛЕПТИКОВ И ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ.	476
<i>М.М. Шевалдов, В.В. Акимов, О.В. Гаврилина</i> РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ ВРАЧАМИ-ПСИХИАТРАМИ ГРАЖДАНСКИХ ЛИЦ, ПРИБЫВШИХ ИЗ ЗОНЫ СВО В ПУНКТАХ ВРЕМЕННОГО РАЗМЕЩЕНИЯ ГРАЖДАН НА ТЕРРИТОРИИ УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ.	478
<i>И.А. Сабитов, С.В. Губкина, М.И. Сабитов, М.В. Белянкин</i> ОЦЕНКА КОМОРБИДНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ПЕРИОД АДОЛЕСЦЕНЦИИ.	480
<i>Э.И. Майер, И.А. Сабитов, С.В. Губкина, М.И. Сабитов</i> КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ПОСТИНСУЛЬТНЫХ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ	482

РЕВМАТОЛОГИЯ

<i>О.В. Сальникова, В.В. Саверкина</i> ОПЫТ АМБУЛАТОРНОГО ВРАЧА ПО ПРЕД- И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМУ ВЕДЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ СУСТАВОВ.	485
<i>Ю.В. Матейко</i> ЛОКАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ РЕВМАТОЛОГА.....	487

СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО

<i>О.А. Александрова, Т.В. Лебедева, Е.С. Сердцева</i> ИМИДЖ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ КАК ЧАСТЬ ИМИДЖА ЛЕЧЕБНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ.....	489
<i>О.А. Александрова, Т.В. Лебедева, М.А. Угарина</i> СУИЦИД В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ.....	491
<i>Л.С. Васильева, Е.А. Алмакаева, В.В. Бакиев</i> ВНУТРИМОЗГОВЫЕ ГИПЕРТЕНЗИВНЫЕ ГЕМАТОМЫ. РОЛЬ ОПЕРАЦИОННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ.	493
<i>Г.А. Волкова, Г.М. Туешева, Н.О. Соломянная</i> РАЗВИТИЕ И ПОДДЕРЖКА ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ В ПОЛИКЛИНИКЕ ПО ОБСЛУЖИВАНИЮ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ГУЗ «ЦЕНТРАЛЬНАЯ ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА Г. УЛЬЯНОВСКА.	494
<i>Г.В. Воробьева, С.А. Солдатова, И.С. Иванова</i> РОЛЬ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ В ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЕ ЛПУ.....	497
<i>О.В. Унянина, Л.А. Гаранина</i> ОРГАНИЗАЦИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ГУЗ «ЧЕРДАКЛИНСКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА».	498
<i>Н.В. Дурманова</i> ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ СЕСТРИНСКИЙ УХОД - ЗАЛОГ УСПЕШНОГО ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ ПАЦИЕНТА.	501
<i>М.В. Заложных, Т.В. Горбунова, Т.А. Моисеева</i> РАБОТА МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ С ПАЦИЕНТАМИ В УСЛОВИЯХ ДИСПАНСЕРНОГО ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ.	503

<i>И.П. Иванова, И.А. Кулькова, В.Ю. Золотнова, М.А. Магомедов</i> РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ВУЛЬГАРНЫМ ПСОРИАЗОМ.	505
<i>Т.Д. Казеева</i> РОЛЬ МОРФОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ.	507
<i>С.Н. Ключникова, Л.И. Блохина, Н.Ф. Абдуллова</i> РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПОВЫШЕНИИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ.....	509
<i>Э.Р. Кондрашкина, Т.В. Лебедева, И.Р. Куликов</i> МАЛОИНВАЗИВНЫЙ МЕТОД ОПЕРАЦИЙ ГЛАЗАМИ ОПЕРАЦИОННОЙ МЕДСЕСТРЫ.....	510
<i>О.А. Нестерова, Н.Г. Кузьмина, Н.О. Соломянная</i> ПРОФИЛАКТИКА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У СОТРУДНИКОВ РЕГИСТРАТУРЫ.	512
<i>Е.Р. Пихцелаури, С.Ф. Руссова</i> ВЛИЯНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (SARS-COV-2), ПЕРЕНЕСЕННОЙ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННО- СТИ, НА ТЕЧЕНИЕ РОДОВ И СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННОГО. РОЛЬ АКУШЕРКИ.....	514
<i>Л.А. Сосина</i> ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ОТДЕЛЕНИЯ СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ.	516
<i>Н.В. Сотникова</i> ОРГАНИЗАЦИЯ СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ.....	518
<i>Г.С. Хайсянова, С.Ю. Васильчева</i> РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОВЕДЕНИИ НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ ПАЦИЕНТАМ С ОНКОЛОГИ- ЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ХИМИОТЕРАПИИ.....	520
<i>С.Н. Шарова</i> ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ БЕРЕЖЛИВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ГУЗ «ДЕТСКАЯ ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА ГОРОДА УЛЬЯНОВСКА.	522
<i>Н.В. Шиблицист, Е.В. Григорьева</i> СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ГУЗ «НОВОСПАССКАЯ РБ».....	524
<i>Е.В. Шонина, К.В. Литвинова, И.Н. Перепелкина</i> СВОЕВРЕМЕННАЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ КАК ОТВЕТСТВЕННЫЙ ШАГ К СВОЕМУ ЗДОРОВЬЮ.....	525
СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ И МЕДИЦИНА КАТАСТРОФ	
<i>Д.А. Золотарёв, А.М. Имангулов</i> ПРИМЕНЕНИЕ ЭБРАНТИЛА У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКИМ КРИЗОМ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ.	528
<i>Е.Д. Берч</i> ОПАСНОСТЬ ОТРАВЛЕНИЯ ГРИБАМИ.....	531
<i>С.А. Зязянов</i> ОСОБЕННОСТИ ВЫБОРА ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА БРИГАДАМИ СКОРОЙ МЕДИ- ЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.	535
<i>Д.В. Козлов, А.А. Княжеченко, А.А. Раевский, А.П. Миронова</i> ОПЫТ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОГО КОНТАКТ-ЦЕНТРА КОМИТЕТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ.	537
<i>Н.Н. Колонтай, Д.А. Арапов</i> ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ У ДЕТЕЙ.	539
<i>К.Е. Никишин, О.В. Логинова</i> ПОРАЖЕНИЯ ЧЕРЕПНЫХ НЕРВОВ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19, В ПОЗДНИЕ СРОКИ «ПОСТКО- ВИДНОГО СИНДРОМА», ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ В ПРАКТИКЕ ФЕЛЬДШЕРА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.....	542
<i>К.Е. Никишин, А.А. Шаповал, О.В. Логинова, П.А. Гориков</i> КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ ФЕЛЬДШЕРА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: САРКОМА ЮИН- ГА, СПРОВОЦИРОВАННАЯ ВИРУСОМ COVID-19.....	544
<i>В.Е. Червко</i> ЗНАЧЕНИЕ ОПЕРАТИВНОЙ ИНФОРМАЦИИ В ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЕ (ИС) «СИЛЫ И СРЕДСТВА СМК МИНЗДРАВА РОССИИ» ДЛЯ ГОТОВНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В СОСТАВЕ НЕШПАТНЫХ ФОРМИРОВАНИЙ СЛУЖБЫ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ К ЛИКВИДАЦИИ МЕДИКО-САНИТАРНЫХ ПОСЛЕД- СТВИЙ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ.	545

<i>М.А. Шмина</i> АНАЛИЗ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ.	549
---	-----

СТОМАТОЛОГИЯ

<i>Р.М. Халилов</i> ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА КАНАЛОВ ЗУБОВ ПОД ШТИФТОВО-КУЛЬТЕВУЮ ВКЛАДКУ.	551
<i>Г.Г. Физюкова, Д.О. Никифоров, К.А. Сайфутдинов, А.М. Сайфутдинов</i> АНАЛИЗ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ И ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ.	553
<i>Г.М. Гафурова, Ю.Е. Панина</i> КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПОСТОЯННОГО ШИНИРОВАНИЯ ЗУБОВ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА.	555
<i>Н.Н. Соломатина, А.А. Гальчина, О.Г. Кузьмина, М.В. Седюкова</i> СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ МАНУАЛЬНЫХ И ЭЛЕКТРИЧЕСКИХ ЗУБНЫХ ЩЕТОК.	557
<i>И.Н. Писарева, Р.А. Сибгатулин, Г.Г. Физюкова, Т.Г. Галыгина</i> ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СПОРТСМЕНАМ 7-18 ЛЕТ.	560
<i>С.Н. Кузьмичева</i> ОТДАЛЕННЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ.	562
<i>П.В. Выселкин</i> ЗНАЧИМОСТЬ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ЛОЖЕК ПРИ ПОЛНОМ СЪЕМНОМ ПРОТЕЗИРОВАНИИ.	565
<i>Г.Г. Физюкова, Ф.Ф. Низамова, Л.Н. Преснякова, Н.П. Хропова</i> АЛГОРИТМ И ОБЪЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ ОСНОВНЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.	567

ТРАВМАТОЛОГИЯ

<i>О.И. Сорокин, С.В. Ретьман, Г.А. Шевалаев, А.С. Элли</i> СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ТРАВМАТИЗМА В УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ.	571
<i>А.П. Клемендеев, Р.А. Замальдинов, Р.Р. Айнетдинов, К.А. Мизуков</i> ЗАКРЫТАЯ РУЧНАЯ РЕПОЗИЦИЯ, ОСТЕОСИНТЕЗ ПЯСТНЫХ КОСТЕЙ СПИЦАМИ КИРШНЕРА В УСЛОВИЯХ ЭКСТРЕННОЙ ОПЕРАЦИОННОЙ.	572
<i>М.Р. Сафетов, А.В. Манин, Г.А. Шевалаев, Э.Р. Ахтямова</i> АНАЛИЗ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ГОЛЕНИ НА АМБУЛАТОРНОМ И СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ.	574
<i>А.С. Ермоленко, А.А. Спассков, С.В. Адайкин, А.Х. Ельяттар Сальман</i> ГЕМИАРТРОПЛАСТИКА ИЛИ ТОТАЛЬНОЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА: ЛЕЧЕНИЕ ВНУТРИСУСТАВНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА.	576
<i>А.С. Савельев, А.А. Кузин, Ю.М. Ниц</i> ОПЫТ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ УКОРОЧЕНИЯ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА.	577

ФИЗИЧЕСКАЯ И РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ МЕДИЦИНА. МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

<i>И.Б. Пальшинцева, Э.Р. Абрамянец</i> СОВРЕМЕННЫЙ КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД В КОРРЕКЦИИ ДИСФАГИИ КАК ПОСЛЕДСТВИЯ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНСУЛЬТА У ДЕТЕЙ В РАННЕМ ВОЗРАСТЕ.	580
<i>Л.М. Родионова, И.М. Воронников</i> НИЗКОИНТЕНСИВНАЯ ЛАЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ МОЗГА.	583
<i>Т.Е. Столбова, И.Б. Пальшинцева, Т.Г. Губарева</i> МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ В ГУЗ «ДЕТСКАЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА №1». ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ.	585
<i>Н.Д. Идиатуллова, Ю.В. Никонова, В.Н. Аветисян</i> ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ОПРЕДЕЛЕННЫХ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ, СВЯЗАННАЯ С ПОВЕДЕНЧЕСКИМ СПЕКТРОМ И ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ ЛИЧНОСТИ ПРИ ПОСТКОВИДНОМ СИНДРОМЕ.	589

ФТИЗИАТРИЯ

<i>Л.Н. Савоненкова, Н.Р. Войналович, А.В. Кузьмина, Н.В. Инкина</i> КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ С ПЕРВИЧНОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ ВОЗБУДИТЕЛЯ	592
<i>Л.Н. Савоненкова, Ю.А. Дестярева, Е.А. Качагина, Р.В. Лубнин</i> КЛИНИЧЕСКИЕ ТЕЧЕНИЕ COVID-19 И ИСХОДЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ АКТИВНОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ЛЕГКИХ, СОЧЕТАННОМ С COVID-19	594
<i>А.В. Кузьмина, Л.Н. Савоненкова, Д.В. Колчин, Т.С. Васильева</i> ДИНАМИКА СТРУКТУРЫ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ ВОЗБУДИТЕЛЯ ТУБЕРКУЛЕЗА У ГОСПИТАЛЬНЫХ БОЛЬНЫХ ЗА 2000, 2010 И 2020 ГОДЫ	596
<i>Л.Н. Савоненкова, Е.В. Майорова, А.В. Кузьмина, О.В. Еракина</i> ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ 5-МЕСЯЧНОГО КУРСА ХИМИОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ С ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ ВОЗБУДИТЕЛЯ	598

ХИРУРГИЯ

<i>А.Г. Ермошин, А.Н. Герасимов, В.В. Кожевников, Н.А. Герасимов, О.А. Кузнецова, О.В. Еремينا</i> ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЛАПАРОСКОПИЯ В ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ	600
<i>Я.И. Афанасьева, В.А. Сунисон, Д.Х. Маракаев, А.В. Иванов, И.Т. Ахмадулло</i> КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА В УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ	602
<i>Е.Г. Еатушенко, С.В. Ярков, А.А. Карташев, И.Р. Файзуллин, Ю.В. Мовчан, В.Г. Вирыскин</i> ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВЫХ ГРЫЖ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ	606
<i>А.П. Власов, Шейх-Ахмед Саад Аль-Кубайси, М.Ю. Дормидонтов, В.С. Ларина</i> ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПЕРИТОНИТОМ РАЗНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ	608
<i>В.Г. Вергазов</i> СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ С ОСТРОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ НА УРОВНЕ СТАЦИОНАРА	610
<i>В.Г. Петренко, Е.В. Сотникова, С.Г. Сорочкин</i> СПОНТАННЫЙ НАРУЖНЫЙ СВИЩ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)	614
<i>М.П. Кабаков, А.А. Мураевев</i> ОПЫТ РАБОТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГУЗ «КАРСУНСКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА» ЗА 2020–2022 ГГ.	616
<i>Р.М. Шаббаев, П.М. Староконь, А.Л. Левчук, С.А. Ходырев</i> ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В РЕКОНСТРУТИВНОЙ ХИРУРГИИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ГИДРОКСИЭТИЛДИМЕТИЛДИГИДРО-ПИРИМИДИНА (КСИМЕДОНА)	617
<i>Е.В. Карпухина</i> РОЛЬ ДНЕВНИКА МОЧЕИСПУСКАНИЙ В ДИАГНОСТИКЕ И КОРРЕКЦИИ СИМПТОМОВ ГИПЕРАКТИВНОГО МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ	621
<i>О.А. Никонов, О.Н. Пайзе, Р.Р. Гильметдинов, О.Ю. Бехтина</i> КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ИНВЕРТИРОВАННОГО ДИВЕРТИКУЛА МЕККЕЛЯ	624
<i>О.А. Никонов, О.Н. Пайзе, О.Ю. Бехтина, Эльвин Захир Оглы Абдуллаев</i> РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ИСТОРИЙ БОЛЕЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ПИЛОНИДАЛЬНОЙ КИСТЫ	626
<i>В.Ю. Сальников, О.А. Никонов, О.Н. Пайзе, И.И. Измайлов</i> К ВОПРОСУ КОМПЛАЭНТНОСТИ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА	628
<i>М.Ю. Юдин, А.В. Климашевич</i> ПРИМЕНЕНИЕ АУДИОЛОГИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ГОЛОСА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ С ВИЗУАЛИЗАЦИЕЙ И СОХРАНЕНИЕМ НАРУЖНОЙ ВЕТВИ ВЕРХНЕГО ГОРТАННОГО НЕРВА ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	630
<i>А.И. Малявин, Р.К. Сидорова, Е.П. Андреева</i> СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ МОНИТОРИНГА ЛОКАЛЬНОЙ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ ГУЗ «ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА №4»	632