

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

## **ЦИФРОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ НА СТРАЖЕ ЗДОРОВЬЯ**

*12-13 мая 2022 года*

*Материалы 57 межрегиональной  
научно-практической  
медицинской конференции*

Ульяновск, 2022

## РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

## Председатель:

Гашков А.В. — Министр здравоохранения Ульяновской области

## Члены редколлегии:

Дадиянов А.А. — Первый заместитель Министра здравоохранения Ульяновской области.

Колотик-Каменева О.Ю. — Заместитель Министра здравоохранения Ульяновской области,

Пикуш О.В. — Директор департамента организации медицинской помощи населению  
Министерства здравоохранения Ульяновской области,

Караулова В.Г. — Председатель Ассоциации содействия развитию здравоохранения  
«Медицинская Палата Ульяновской области»,

главный врач ГУЗ «Центр общественного здоровья и медицинской профилактики  
Ульяновской области», главный врач ГУЗ «Городская поликлиника № 4»,

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

*Д.О. Вишневская, Д.Р. Касьмова, С.А. Захаревский*

**СЛУЧАЙ СЛОЖНОЙ ПРЕНАТАЛЬНОЙ  
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ  
ГЕРМИНОГЕННОЙ ОПУХОЛИ И ЭКТОПИЧЕСКОЙ  
(БРЮШНОЙ) БЕРЕМЕННОСТИ**

**ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»**

**Актуальность исследования.** Случай диагностики эктопической, в особенности брюшной беременности – крайне редкое явление. Именно с таким направительным диагнозом была направлена пациентка в консультативно-диагностическое отделение ГУЗ УОКБ. И целью нашего ультразвукового консилиума стало разобраться в увиденном опухолевидном образовании придатков для принятия решения о необходимости экстренного хирургического лечения.

**Описание случая.** Беременная X, 30 лет. В анамнезе: первая беременность, в течение 2 лет отсутствие наступления беременности, гинекологические заболевания – хронический аднексит в 2012 г. При 1-ом скрининге (ПЦ «Мама») – выставлено заключение: фетометрия соответствует 12,6 недель беременности. Образование брюшной полости. Киста правого яичника. В последующем, при проведении УЗИ брюшной полости (на момент исследования срок беременности составлял 16-17 недель) была заподозрена атипичная беременность. По УЗ описанию: в левой половине брюшной полости тонкостенной жидкостное образование размерами 110×93×71 мм с пристеночным гиперэхогенным компонентом с ровными контурами размером 70×14 мм, по структуре схожее с тканью плаценты. Органопринадлежность самого образования четко не определялась. По рекомендации акушера-гинеколога женской консультации женщина была направлена на перинатальный консилиум в КДО УОКБ. В условиях нашего отделения повторно в рамках УЗ-консилиума проведено динамическое УЗ-исследование и выставлено заключение: УЗ-признаки наиболее вероятно герминогенной опухоли с двусторонним поражением яичников (дифференцировать между зрелой тератомой, дисгерминомой, нельзя исключить эктопическую беременность (рис 1).



Рис. 1

По решению перинатального консилиума беременная госпитализирована в гинекологическое отделение ГУЗ УОКЦ СВМП для проведения диагностической лапароскопии уточнения диагноза. Диагноз послеоперационный: «нижнесрединная лапаротомия». Удаление левых придатков. Санация и дренирование брюшной полости. По гистологии: зрелая тератома. Лютеиновая киста с кровоизлиянием. По закону парных случаев, в КДО УОКБ обратилась беременная У 24 лет, у которой также диагностировали при первом скрининге образование брюшной полости больших размеров. У данной пациентки первая беременность. Гинекологический анамнез не отягощен. Проведено динамическое УЗ-исследование: в проекции правого яичника округлое анэхогенное образование с ровными контурами, размерами 122×91 мм и пристеночным гетерогенным компонентом размерами 66×35мм (УЗ картина абсолютно идентична с первым случаем (рис 2)).



Рис. 2

Выставлено заключение: опухолевидное образование правого яичника больших размеров (герминогенная опухоль? киста с кровоизлиянием?) Пациентка была уже консультирована в ГУЗ ОКОД и даны рекомендации об оперативном лечении в общей сети, после чего направлена на госпитализацию в гинекологическое отделение ГУЗ УОКБ. Послеоперационный диагноз: «лапаротомия». Резекция правого яичника с удалением опухоли яичника. По данным гистологического исследования: в материальных стенках крупная серозная киста и более мелкие кисты со слизистой. Обе женщины благополучно пролонгируют беременность, послеоперационный период прошел без осложнений.

**Выводы.** Направленный в отделение КДО УОКБ на консультацию и УЗ-консилиум случай заставил наших докторов всерьез усомниться, действительно ли мы видим крайне редко встречающуюся эктопическую беременность, и до момента оперативного лечения сохранялись сомнения в правильности выбранных дифференциальных диагнозов. При сравнении двух похожих случаев выводы таковы: практически схожая ультразвуковая картина образований придатков показала абсолютно разный гистологический характер опухолей.

*Н.Г. Кузнецова, Н.И. Кан, А.Н. Казаков, М.Е. Катанаева*

### АНАЛИЗ ОПЕРАТИВНОЙ АКТИВНОСТИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА ЗА ПЕРИОД 2019–2021 гг.

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

**Актуальность.** Одним из наиболее важных вопросов акушерства и перинатологии является комплекс вопросов, связанных с оперативным родоразрешением. Частота и обоснованность проведения операций кесарева сечения (КС) – один из самых дискутируемых аспектов в акушерстве.

**Цель исследования** – сравнительный анализ частоты осложнений операций кесарева сечения в Перинатальном центре ГУЗ «УОДКБ им. политического и общественного деятеля Ю.Ф. Горячева».

**Материалы и методы.** За основу взят ретроспективный анализ операций кесарева сечения, проведенных в 2019–2021 гг.

**Результаты исследования.** Удельный вес операций кесарева сечения, проведенных за трехлетний промежуток времени значительно

снижился (2019 г. 692 – 34,6%; 2020 г. 810 – 29,9%; 2021 г. 837 – 29,8%). Доля экстренных операций кесарева сечения относительно 2019 г. увеличилась на 4,8%, 2020 г. – 2,26%. В группе плановых оперативных родоразрешений наблюдается снижение: в 2019 г. – 4,9%, в 2020 г. – 2,3%. Количество операций кесарева сечения уменьшилось на 0,1% по сравнению с предыдущим годом. Доля кесарева сечения в Перинатальном центре не выходит за пределы уровня оперативного родоразрешения, допустимого для Перинатальных центров.

**Результаты исследования.** *Первое место* среди показаний занимает рубец на матке (как в группе плановых, так и в группе экстренных операций кесарева сечения) и составляет 14,9% и 24,3% соответственно. Снижение плановых операций в 2021 г. по поводу рубца на матке в сравнении с 2020 годом составляет 0,6%, с 2019 г. – 2,2%. В группе экстренных операций в той же нозологии отмечается увеличение в сравнении с 2019 г. на 1,2%, с 2020 г. – на 3,1%. *Второе место* среди показаний к операции занимают плодово-тазовые диспропорции (анатомически узкий таз, деформация костей таза, плодово-тазовые диспропорции при крупном плоде). В плановом порядке за трехлетний промежуток времени отмечается снижение (2019 г.– 0,42%; 2020 г. – 0,07%), в группе экстренных операций той же нозологии – увеличение (2019 г.– 5,05%; 2020 г. – 3,15%). *Третье место* в группе экстренного оперативного родоразрешения занимает дистресс плода (прогрессирование хронической гипоксии плода при беременности, декомпенсированные формы плацентарной недостаточности плода), наблюдается увеличение: 2019 г. – 1,94%, 2020 г. – 1,58%.

Среди плановых операций третье место занимают неправильное положение и предлежание плода, значение которых несколько снизилось: в 2019 г. – 0,8%, 2020 г. – 1,1%.

Удельный вес экстренного оперативного родоразрешения по поводу ПОНРП вырос на 1%, кровотечения из предлежащей плаценты в качестве показаний к оперативному родоразрешению уменьшились.

Такие показания к экстренному оперативному родоразрешению, как преэклампсия, эклампсия, HELLP-синдром говорят об увеличении в сравнении с 2019 г. на 1,6% и снижении в 2020 г. на 0,8%.

Среди показаний при многоплодной беременности (при любом неправильном положении одного из плодов, тазовом предлежании 1-го плода; фето-фетальном трансфузионном синдроме) наблюдается незначительное увеличение экстренных оперативных родоразрешений: в сравнении с 2019 г. – на 0,3%, с 2020 г. – на 0,9%.

Согласно анализу, проведенному по шкале Робсона, видно, что наибольший интерес в плане снижения частоты абдоминального

родоразрешения представляют пациентки, входящие в 1 группу по классификации Робсона (первородящие с одноплодной беременностью в головном предлежании  $\geq 37$  недель гестации, со спонтанным началом родовой деятельности) – 16,85% и пациентки, входящие в 5а группу по классификации Робсона (все повторнородящие с одним КС в анамнезе, с одноплодной беременностью в головном предлежании, более 37 недель гестации) – 34,77%.

**Выводы.** План мероприятий, направленный на снижение необоснованного оперативного родоразрешения:

1. Рациональное ведение родов у первородящих беременных, снижение оперативной активности у первородящих:
  - своевременное лечение очагов хронической инфекции,
  - отказ от оперативных вмешательств на шейке матки у нерожавших женщин,
  - тщательный отбор контингента беременных для индукции в роды,
  - рациональное использование утеротонической терапии в родах,
  - своевременное и адекватное обезболивание родов,
  - профилактика аномалий родовой деятельности,
  - тщательный отбор беременных с крупным плодом и анатомически узким тазом для родоразрешения через естественные родовые пути.
2. Отбор женщин, перенесших кесарево сечение, для родоразрешения через естественные родовые пути:
  - рациональное ведение послеоперационного периода,
  - диспансеризация и реабилитация женщин с рубцом на матке,
  - профилактика крупного плода.

А.П. Михеев, И.В. Грешнова, Н.В. Гурьянова,  
Д.Ю. Шишкина

**КОМОРБИДНОСТЬ В АКУШЕРСТВЕ:  
ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ, ИНФАРКТ ПРАВОГО  
ПОЛУШАРИЯ МОЗЖЕЧКА, ОБОИХ ПОЛУШАРИЙ  
ГОЛОВНОГО МОЗГА. ВРАЩЕНИЕ ПРЕДЛЕЖАЩЕЙ  
ПЛАЦЕНТЫ В ОБЛАСТЬ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО  
РУБЦА, ЗАДНЮЮ СТЕНКУ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ  
(ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ)**

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»,  
Перинатальный центр

**Актуальность.** Во время беременности у женщин происходят существенные изменения в сердечно-сосудистой системе и мозговом кровообращении. По данным разных авторов, **при беременности риск инсульта увеличивается в 3–13 раз**. Летальность при инсульте у беременных может достигать 8–26%. Согласно результатам эпидемиологических исследований, в среднем заболеваемость инсультом составляет 11–34 случая на 100 тыс. родов, 10,7 на 100 тыс. небеременных женщин. Около 10% случаев инсульта происходит в дородовой период, 40% – непосредственно во время родов и 50% – после родов. Существует ряд изменений во время беременности, предрасполагающих к развитию инсультов. Это гиперкоагуляция, гипофибринолиз, тенденция к стазу крови, пиковых значений активация системы гомеостаза достигает в третьем триместре, во время и после родов. Беременность инициирует усиление маточного кровотока, но область **рубцово-изменённого миометрия** не способна к обеспечению полноценного кровотока. Снижение васкуляризации в районе дефекта происходит за счет замены соединительной ткани на фиброзную, что приводит к местной ишемии и очаговой дегенерации, что является патофизиологической основой вращающейся плаценты.

**Описание клинического случая.** Беременная Х. поступила с **диагнозом:** «Беременность 4, 31-32 недели. Угрожающие преждевременные роды. ИЦН. Группа риска по вращению плаценты. Рубец на матке после 2-х операций кесарева сечения. Избыточная масса тела. Гестационный сахарный диабет, на диете. Хронический пиелонефрит, латентное течение. Варикозная болезнь вен нижних конечностей. После поступления было назначено обследование и лечение угрожающих преждевременных родов. Проведено МРТ».

**Заключение.** Краевое предлежание плаценты. МР признаки плацентарной адгезивно-инвазивной патологии: глубокой инвазии плаценты в нижних, средних, переднем и левом боковом сегментах матки (pl. Increta, pl. Percreta/PAS3a), с распространенной в этой области гиперваскуляризации, вследствие коллатерализации, и крайне высокими рисками задержки ее отхождения, и массивного акушерского кровотечения. По левой боковой стенке наличие зон ишемии и гематом. В 20 часов появились кровянистые выделения в виде рыхлого сгустка 100 мл. Была переведена в родово-операционное отделение для дальнейшего наблюдения. В 2 часа 05 мин появились кровянистые выделения в **большем объеме**. Взята на экстренное оперативное родоразрешение. Операция **кесарево сечение** поперечным разрезом, в связи со спаечным процессом брюшной полости, наличия выступающей плаценты в нижнем сегменте матки. Извлечение недоношенного ребенка без технических сложностей, за ножки, рожден недоношенный мальчик, в умеренной асфиксии. Далее развилось массивное кровотечение из нижнего сегмента матки, куда произошло вращение плаценты. **Объем операции был расширен до экстирпации матки без придатков**, с целью хирургического гемостаза. После проведенного хирургического гемостаза произведено ушивание дефекта задней стенки мочевого пузыря (врастание плаценты). Операция: 2 часа 17 мин – 5 часов 30 мин. **Кровопотеря общая с удаленной маткой – 6000 мл (7,7%)**.

**Диагноз:** «Беременность 4, 32 недели. Роды 3, преждевременные, в головном предлежании, оперативные. Кровотечение из низкорасположенной плаценты (по МРТ). Акушерская кровопотеря 4 степени. Вращение плаценты в область послеоперационного рубца, заднюю стенку мочевого пузыря. Рубец на матке после 2-х операций кесарева сечения. Истмико-цервикальная недостаточность. Гестационный сахарный диабет, на диете. Варикозное расширение вен нижних конечностей. Атопический дерматит, стадия ремиссии».

**Лапаротомия нижнесрединная. Кесарево сечение в теле матки (поперечный разрез). Экстирпация матки без придатков. Дефект задней стенки мочевого пузыря. Ушивание дефекта мочевого пузыря. Дренаж брюшной полости. Тотальная внутривенная анестезия. Гемотрансфузия. Аутогемотрансфузия аппаратом Cell-Saver. Постгеморрагическая анемия 1-2 степени.**

Послеоперационный период **осложнился развитием острого нарушения мозгового кровообращения по типу ишемического инсульта**. Пролонгированная ИВЛ была до 18 часов, после экстубации сохранялось состояние оглушения, проведено КТ головного мозга. Заключение: «КТ признаки ОНМК по ишемическому типу, инфаркт правого полушария

мозжечка, обоих полушарий головного мозга. Отек головного мозга. Осмотрена дежурным врачом отделения ОНМК, даны рекомендации лечения. Проведено УЗИ брюшной полости – без патологических изменений. Проведен консилиум по определению тактики дальнейшего лечения и ведения пациентки.

**Диагноз:** «Ишемический инсульт I68.3. Инфаркт правого полушария мозжечка, обоих полушарий головного мозга. Глазодвигательные нарушения. Легкий правосторонний гемипарез. Мозжечковый синдром. Бульбарный синдром. Отек головного мозга. Энцефалопатия смешанного генеза 2-3 степени».

Назначено дополнительное обследование по системам. Коррекция лечения – добавлены нейропротективные препараты. В течение последующих суток состояние остается тяжелым, сознание на уровне оглушения. Проведено обследование: доплер ЭХО-КС, УЗДГ МАГ, КТ головного мозга в динамике, УЗДГ нижних конечностей, УЗИ брюшной полости, УЗИ почек, УЗИ малого таза. Рентгенография легких: легкие расправлены. Легочной рисунок усилен, сгущен в прикорневой зоне. СОП – срединное положение. Катетер слева.

Проведена **телемедицинская консультация** с НМИЦ акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика Кулакова. Рекомендовано продолжить нейропротективные препараты в прежнем объеме, тактика верная. Рекомендовано по стабилизации состояния – ранняя нейрореабилитация в федеральном центре. В последующие дни ежедневно медленно улучшалось состояние пациентки, активировались функции высшей нервной деятельности, наступала положительная динамика в двигательной активности. Лабораторные показатели пришли в норму.

ОАК: Нв – 112 г/л, Эр –  $3,88 \times 10^{12}$ /л, Лейк –  $8,0 \times 10^9$ /л, Тр –  $434 \times 10^9$ /л, П-1, С-72, М-7, Л-17, Э-3.

ОАМ: Белок – 0,9 г/л, Лейк – 2-3 в п/з, Эр – 10-20 в п/з. слизь ++. Щелочная.

Биохимия крови: Общий белок – 49,8 г/л (66–83), Мочевина – 3,9 мкмоль/л (2,8–7,2), Креатинин – 43,2 мкмоль/л (58,0–96,0), СРБ – 15,3 мг/л (0–5), АЛТ – 95,7 ед (0–35), АСТ – 34,5 ед (0–35), ЛДГ – 330 ед/л (0–247), Глюкоза – 5,3 ммоль/л (до 5,1), Общ. Билирубин – 12,7 мкмоль/л (5,0–21,0), Прямой билирубин – 2,5 мкмоль/л (0–4,6), Непрямой билирубин – 10,5 мкмоль/л (1,3–16,0). Коагулограмма: МНО – 094. Протромбин по Квику – 117,7%. Фибриноген – 2,7 г/л. АЧТВ – 27,2“. РФМК – 16,0 мг %.

На 11 сутки послеоперационного периода в удовлетворительном состоянии была переведена в послеродовое отделение. Заживление швов на передней брюшной стенке первичным натяжением.

**Проведено лечение:** Инфузионная терапия (кристаллоидные растворы) – 4500 мл, антибиотикотерапия (Цефтриаксон 2 гр × 1 раз в день, в течение 7 дней. Меропинем 1 гр. × 3 раза в день, в течение 4 дней). Трансфузионная терапия: СЗП – 2650 мл, Эритроцитарная масса с УПС – 1548 мл. Аутоэритроциты – 1461 мл. Криопреципитат – 480 мл. Концентраты тромбоцитов – 120 мл. Отмытые эритроциты – 420 мл. Нейропротективная (сульфат магния 25%, Церекард 1000 мг, в/в, капельно, 1 раз в день, до 10 дней, Цитофлавин 10 мл × 2 раза в день, в/в, капельно, до 10 дней). Профилактика ВТЭО антикоагулянты Клексан 0,4 мг × 2 раза в день, п/к. Лечение отека мозга (Маннитол). Анальгетическая терапия (Кеторолак, Парцетамол, Метамезол натрия, Триперидин). Профилактика пролежней, общий уход, лечебный массаж, ЛФК. Лактация подавлена (Бромкриптин 0,25 × 2 раза в день, внутрь).

Мазок из зева и носа на COVID-19 методом ПЦР-отрицательно от 17.11.21.

**Неврологический статус.** Облачных знаков нет. Общемозговые симптомы не выражены. Сознание ясное. По шкале Глазго – 15 баллов. Глазные щели, зрачки симметричные, фотореакции сохраняет. Зрачки расширены. Диплопии нет. Установочный горизонтальный нистагм, при взгляде влево. Симметрия носогубных складок: сглажена левая носогубная складка. Нозолабия, дисфагия, дизартрия. Глазодвигательных нарушений нет. Тонус мышц в конечностях снижен. Мышечная сила достаточная. Явных парезов нет. СР: с рук S>D. С ног: S>D. Подошвенные гиперактивные. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Передвигается, встает. Ходит без поддержки.

**Диагноз:** «Ишемический инсульт I68.3. Инфаркт правого полушария мозжечка, обоих полушарий головного мозга. Мозжечковый синдром. Бульбарный синдром. Энцефалопатия смешанного генеза 2 степени».

Продолжить нейропротективную терапию Немодипином, Глицерином, ЛФК, лечебный массаж, вертикализация.

В середине января выехала в федеральный центр для последующей ранней реабилитации.

**Заключение.** Для предотвращения возникновения риска инсультов у беременных необходимо придерживаться определенной концепции. Важным шагом является выявление генетических форм тромбофилии, антифосфолипидного синдрома, гипергомоцистеинемии у пациенток, имеющих высокий риск развития инсультов. Еще один фактор – дефицит ADAMTS-13 (a disintegrin and metalloprotease with thrombospondin). Исследование на наличие этого фермента показано пациенткам, у которых был тяжелый HELLP-синдром, тяжелая эклампсия и преэклампсия,

инсульт. У этих пациенток целесообразно определять количественный показатель активности и антитела к ADAMTS-13. Из возможных существующих методов профилактики можно назвать планирование беременности, прегравидарную подготовку с высоким риском развития артериальных и венозных тромбозов и их осложнений. Также важна реабилитация в послеродовом периоде.

*Н.Г. Кузнецова, А.Н. Казаков*

### **ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ УПРАВЛЯЕМОЙ БАЛЛОННОЙ ТАМПОНАДЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ ДВУХБАЛЛОННОГО ВНУТРИМАТОЧНОГО МОДУЛЯ ЖУКОВСКОГО В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПОСЛЕРОДОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ**

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

**Актуальность.** Послеродовое кровотечение (ПРК) – основная причина материнской заболеваемости и смертности во всем мире. Одной из основных задач современного акушерства является снижение удельного веса акушерских кровотечений, уменьшение количества гистерэктомий, сохранение генеративной функции пациенток.

**Цель исследования** – оценить эффективность управляемой баллонной тампонады (УБТ) с применением двухбаллонного внутриматочного модуля Жуковского в комплексной терапии послеродовых кровотечений.

**Материал и методы.** Проведен проспективный анализ 70 историй родов за 2018–2021 гг.

В 1 группу исследования вошли 35 рожениц, в комплексной терапии которых использовался двухбаллонный внутриматочный модуль Жуковского. Во 2 группу исследования вошли 37 пациенток с акушерским кровотечением, в лечении которых использовался однобаллонный внутриматочный модуль Жуковского. Показаниями для УБТ явилось: раннее гипотоническое кровотечение (80,1 и 86,5 % соответственно), предлежание плаценты (14,2% и 10,8 % соответственно), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (5,7 и 2,7% соответственно). Интраоперационно УБТ проводилась в 28,5% и 32,4% соответственно. В качестве профилактики кровотечения в 1 группе использовался Пабал (Карбетоцин) в 51,4% и Окситоцин в 48,57% случаев.

Во второй группе использовался Пабал (Карбетоцин) в 54,05 и окситоцин в 46% случаев соответственно. Проводилась оценка исходов УБТ в 1 и во 2 группе: время достижения эффекта, общая кровопотеря, объем инфузионной терапии, длительность нахождения внутриматочной системы, уровень гемотрансфузий, наличие осложнений: экспульсия баллона, необходимость в проведении хирургического гемостаза.

**Результаты.** Исследование показало, что при использовании двухбаллонного внутриматочного модуля Жуковского время достижения эффекта составило 22,3±5,2 мин, а в контрольной группе 39,8±5,7 мин.

Длительность нахождения внутриматочного модуля составила 3,6 ч и 4,8 ч соответственно. Объем кровопотери составил 1100±200 мл в основной и 1400±200 мл в контрольной группе. Частота гемотрансфузий составила 48,6% в 1-й группе и 59,45% – в контрольной группе. При оценке поздних исходов выявлено, что в исследуемой группе не было экспульсии баллона, не было органудаляющих операций. В контрольной группе 13,5% случаев имела место экспульсия баллона, в 16,2% случаев потребовался хирургический гемостаз. Длительность пребывания в стационаре составила 6,2 и 6,9 дней соответственно. Послеродовый период осложнился гематометрой в 1-й группе в 48,6% и 59,45% – в контрольной. ГСЗ в послеродовом периоде в исследуемой группе не было. В контрольной группе послеродовый период осложнился послеродовым (послеоперационным) эндометритом у 5,4% родильниц. Следует также отметить отсутствие необходимости дополнительных манипуляций с целью профилактики экспульсии баллона и доступность оценки общей кровопотери при использовании двухбаллонного внутриматочного модуля Жуковского.

#### **Выводы:**

1) результаты проведенного исследования на 35 пациентках с послеродовым кровотечением показали, что применение двухбаллонного внутриматочного модуля Жуковского позволяет в большинстве случаев избежать хирургического гемостаза и сохранить репродуктивную функцию у женщины; 2) метод позволяет снизить фармакологическую нагрузку на рожениц, уменьшить объем инфузии и число гемотрансфузий; 3) меньшее время, необходимое для достижения эффекта и меньшая длительность нахождения внутриматочного модуля позволяет снизить частоту послеродовых гнойно-септических осложнений; 4) применение двухбаллонного внутриматочного модуля Жуковского в комплексной терапии послеродовых кровотечений является эффективным в снижении частоты органудаляющих операций и улучшении исходов у родильниц с гипотоническими кровотечениями.

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

## УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЯИЧНИКОВ У ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

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

**Актуальность исследования.** Основным диагностическим критерием синдрома поликистозных яичников (СПКЯ) является ановуляция и гиперандрогения [1,2]. Стимуляция овуляции женщин с СПКЯ в протоколах вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) нередко приводит к развитию синдрома гиперстимуляции яичников (СГЯ), что является грозным осложнением здоровья и существенно ограничивает возможности оказания репродуктивной помощи таким женщинам [3]. Кроме того, в схему лечения СПКЯ входит нередко хирургическое вмешательство, которое также может влиять на состояние фолликулярного резерва и отражаться на результатах проведения протоколов ВРТ [4].

**Цель исследования** – обосновать выбор протокола стимуляции овуляции у женщин с СПКЯ, основываясь на ультразвуковой и биохимической оценке фолликулярного резерва.

**Материал и методы исследования.** На клинических базах ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет» было обследовано 52 женщины с СПКЯ, которым было проведено хирургическое лечение. Группу сравнения оставили 39 пациенток с СПКЯ без хирургического лечения. Все женщины входили в программу ВРТ.

Было проведено общеклиническое обследование пациенток в соответствии с действующими приказами и стандартами оказания медицинской помощи. Для оценки овуляторного резерва и обоснования выбора протокола стимуляции овуляции нами был проведен сравнительный анализ содержания АМГ и показателей УЗ яичников у этих пациенток.

**Результаты исследования.** У всех 52 женщин основной группы в анамнезе имело место хирургическое вмешательство на яичниках в объеме: клиновидная резекция яичников 7 (13,4%) человек, электродриллинг 18 (34,6%), каутеризация 21 (40,4%), частичная декорткация 6 (11,5%). Среднее содержание АМГ у женщин в группе сравнения составило 3,7(0,2) нг/мл. Проведенный анализ содержания АМГ показал, что у всех женщин основной группы его уровень был статистически значимо ниже, чем у пациенток группы сравнения. Так, наименьшие уровни АМГ были отмечены у женщин с клиновидной резекцией яичников и составили

1,8 (0,2) нг/мл и декорткацией 1,9(0,1) нг/мл, что статистически значимо ниже, чем у женщин группы сравнения ( $p=0,001$ ). Что касается женщин с электродриллингом, тут ситуация была несколько лучше. Содержание АМГ в этой подгруппе пациенток составило 2,9(0,3) нг/мл ( $p=0,03$ ), хотя и в этой подгруппе имелись статистически значимые различия. У женщин после каутеризации яичников среднее содержание АМГ составило 3,2(0,2) нг/мл ( $p=0,08$ ), что статистически не отличалось от показателей женщин группы сравнения. Полученная разница в содержании АМГ может быть связана с тем, что часть примордиальных фолликулов утрачивается во время хирургического вмешательства, наименее щадящими из которых явились клиновидная резекция и частичная декорткация яичников. Таким женщинам (со сниженным фолликулярным резервом) подходят длинные протоколы ЭКО. У пациенток с сохраненным содержанием АМГ возможно проведение коротких протоколов. Укажем, что УЗИ-исследование дополняло представление о структуре яичников и в какой-то степени помогало оценить фолликулярный резерв женщин с СПКЯ. Однако большая информативность УЗИ была в дифференциальной диагностике СПКЯ с мультифолликулярными яичниками (рис. 1,2).

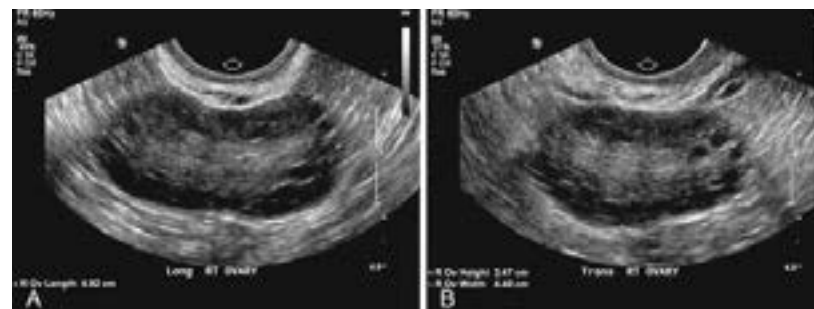


Рис.1. Больная М-н, 34 года

На приведенном ниже рисунке показана классическая УЗИ картина СПКЯ с расположением фолликулов по периферии яичника с четкой визуализацией капсулы.



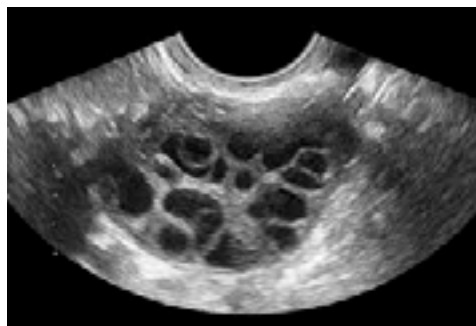


Рис. 2. Больная К-ова, 32 года

Отметим, что в первом клиническом случае (Больная М-на – основная группа) подсчет фолликулов по данным УЗИ затруднен в то время, как во втором случае (Больная К-ова – группа сравнения) фолликулы визуализируются четко и доступны к подсчету. Основываясь, на полученных результатах отметим, что в первом клиническом случае, когда УЗ подсчет фолликулов затруднен, достоверную информацию о состоянии фолликулярного резерва может дать именно содержание АМГ.

**Выводы.** Таким образом, комплексное обследование женщины с учетом индивидуальных значений АМГ, анамнеза и УЗ картины позволяет обосновать выбор и методы проведения стимуляции в протоколах ЭКО.

*Н.Г. Кузнецова, А.Н. Казаков*

### ОЦЕНКА ИСХОДОВ РОДОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ КОМПЛЕКСНОЙ ВАКУУМНОЙ СИСТЕМЫ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ KIWI ДЛЯ РОДИЛЬНИЦ И НОВОРОЖДЕННЫХ

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

**Актуальность.** Одной из важных задач перинатального акушерства является обеспечение благоприятного исхода беременности и родов для матери и плода. Удельный вес оперативных родов с помощью операции кесарева сечения достаточно высок и продолжает расти. Известно,

что высокая частота кесарева сечения, как правило, не влияет на снижение перинатальной смертности и младенческой заболеваемости. Такие же родоразрешающие операции, как вакуум экстракция плода (ВЭП) и акушерские щипцы, в настоящее время применяются крайне редко. Это связано с мнением о высоком риске травматизма как для плода, так и для матери, а также с отсутствием обученного персонала. **Однако при развитии критических ситуаций в конце 2-го периода родов своевременное применение вакуум-экстракции плода или наложение выходных акушерских щипцов являются единственным методом, способным сохранить жизнь и здоровье матери и новорожденного.**

**Цель исследования** – анализ акушерских и перинатальных исходов родов с применением оперативного влагалищного родоразрешения с помощью комплексной вакуумной системы родовспоможения KIWI.

**Материалы и методы.** Проведено исследование, заключающееся в ретроспективном анализе 34 историй родов женщин, родоразрешенных с помощью комплексной вакуумной системы родовспоможения KIWI за 2018–2021 гг. в ПЦ ГУЗ УОДКБ.

**Результаты.** Процент родоразрешенных с помощью ВЭП одноразовым ВЭ KIWI за отчетный период колебался от 0,29% до 0,45%, и в среднем составил 0,32% от всех принятых родов. Влагалищная родоразрешающая операция проводилась с помощью одноразовой комплексной вакуумной системы родовспоможения KIWI. В ходе исследования была проведена оценка показаний к ВЭП, развившихся осложнений во время родов и в послеродовом периоде, исходов для плода и пациентки. За 2018–2021 год ВЭП с помощью одноразовой системы KIWI проведено по показаниям со стороны плода (интранатальный дистресс-синдром в 28 наблюдениях – 82,35%) и по сочетанным показаниям со стороны матери (сочетание аномалии родовой деятельности с интранатальным дистресс-синдромом плода в 8 наблюдениях (23,5%) при сроке беременности 37 недель 1 день – 40 недель 5 дней). Оценка состояния плода проводилась с помощью непрерывной кардиотокографии.

Продолжительность операции ВЭ плода составила от 3 до 8 минут. Для извлечения плода потребовалось 2–5 тракций. Применение рассечения промежности с целью укорочения потужного периода потребовалось в 27 (79,4%) случаев, разрывов шейки матки и влагалища не было. В одном случае (2,9%) имел место разрыв промежности 2 ст. В 2,9% роды осложнились массивным акушерским кровотечением, проведением управляемой баллонной тампонады. Послеродовый период осложнялся субинволюцией матки, гематометрой в 29,4% случаев. В 3 случаях имел место послеродовый эндометрит – 5,8%. Оценка по шкале Апгар 7-8 баллов была подтверждена у 35,3% новорожденных, на 6-7 баллов оценено

у 41,2% детей; на 4-5 баллов – 23,5% новорожденных. В тяжелой асфиксии, с оценкой 0-3 балла по Апгар детей не было. Сколь угодно значимого травматизма у новорожденных не было: в 64,7% случаев имела место родовая опухоль в месте наложения чашечки вакуум-экстрактора. У 52,9% новорожденных диагностированы ишемические изменения 1 ст. в головном мозге. Дефектов кожных покровов, кефалогематом, переломов костей черепа, ВЖК не было. Тяжелой церебральной ишемии не было. Длительность пребывания родильниц в стационаре составила в среднем 4,8 сут 88% детей переведены на 2 этап выхаживания. Длительность пребывания новорожденных в ОПНД составила в среднем 11,8 дней.

#### **Выводы:**

1) результаты проведенного исследования на 34 пациентках, родоразрешенных путем ВЭП с применением комплексной вакуумной системы родовспоможения KIWI показали, что основным показанием для ВЭП послужил интранатальный дистресс-синдром;

2) при наличии обученного персонала, правильном и своевременном применении комплексной вакуумной системы родовспоможения KIWI, а также при отсутствии предубеждения к использованию ВЭП, метод не оказывает сколько-нибудь значимого травматизма как для роженицы, так и для новорожденного;

3) своевременное и правильное применение комплексной вакуумной системы родовспоможения KIWI позволяет снизить число фатальных исходов для новорожденного.

*Т.Ю. Корнилова, Н.П. Селезнева, М.А. Добролюбская,  
Э.Р. Нурахмедова*

### **ВЛИЯНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ НА ПЛАЦЕНТУ И ЕЕ ФУНКЦИИ (РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ)**

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

Длительное течение дыхательной недостаточности у беременной женщины с COVID-19 увеличивает риски СЗРП из-за материнской гипоксии, которая приводит к высвобождению мощных вазоконстрикторов, таких как эндотелин-1 и фактор, индуцируемый гипоксией,

что приводит к гипоперфузии плаценты и снижению доставки кислорода для плода.

**Цель исследования:** на примере разбора клинического случая показать влияние коронавирусной инфекции COVID-19 средней степени тяжести с вирусной пневмонией и дыхательной недостаточностью 1 степени на дальнейшее течение беременности, родов, состояние плода и послеродовый период.

**Клинический случай.** Беременная Б. 32 лет доставлена бригадой скорой медицинской помощи (СМП) в отделение 6 (COVID-19) ГУЗ ЦГКБ г. Ульяновска 22.10.2021 г. (на 2-й день заболевания) с жалобами на повышение температуры тела до 38<sup>0</sup>, сухой кашель, боли в груди, жидкий стул, слабость.

*Из анамнеза заболевания:* считает себя больной с 21.10.2021 г., обратилась к врачу 22.10.2021 г. Амбулаторно назначено лечение, но самочувствие к вечеру ухудшилось, беременная вызвала СМП.

*Эпидемиологический анамнез:* не отягощен, от гриппа и COVID-19 не привита. *В анамнезе жизни:* оперированная миопия высокой степени (лазерная коррекция зрения 2009 г.); гипотиреоз, медикаментозно компенсированный. *Из гинекологических заболеваний в анамнезе:* бесплодие I в течение 7 лет (трубно-перитонеальное). Настоящая беременность I-я, в результате ЭКО.

При поступлении в отделение 6 (COVID-19) ГУЗ ЦГКБ осмотрена врачом-инфекционистом и акушером-гинекологом, состояние пациентки расценено как средней степени тяжести. Проведено стандартное обследование согласно временным методическим рекомендациям по профилактике, диагностике и лечению новой коронавирусной инфекции (COVID-19), версия 5. По результатам обследования был сформирован клинический диагноз: **«Беременность, 24-25 недель. Головное предлежание плода. Эко. Анемия беременных легкой степени тяжести. Отягощенный гинекологический анамнез. Оперированная миопия высокой степени. Коронавирусная инфекция, вызванная вирусом COVID-19, вирус идентифицирован, средней степени тяжести. Двусторонняя вирусная пневмония средней степени тяжести. ДН1.**

Пациентке назначена антибактериальная терапия, глюкокортикоиды, жаропонижающие средства, антианемическая терапия, симптоматическая терапия (таблетки от кашля) и оксигенотерапия. На 12-й день пребывания в стационаре: состояние пациентки удовлетворительное, тест на COVID-19 отрицательный, лабораторные показатели почти все нормализовались. В связи с отказом продолжать лечение, на 17-й день выписана домой под наблюдение врача женской консультации и участкового терапевта с прогрессирующей беременностью 26 недель.

На момент выписки плод жив, размеры соответствуют сроку беременности, маточно-плодово-плацентарный кровоток (МППК) без патологии, диагностировано маловодие.

В III триместре после COVID-19 беременная была дважды госпитализирована: в 27–30 недель и 34–35 недель из-за ХФПН, СЗРП и НМППК.

На дороговую госпитализацию поступила 25.01.22 г. в отделение патологии беременности ГУЗ ГКБ св. апостола Андрея Первозванного по направлению врача ж/к с диагнозом: «Беременность 1, 37–38 недель. ЭКО. ХФПН. ВЗРП, смешанная форма 2 ст. НМППК 1А ст. В отделении патологии проведено стандартное обследование. Фетометрия плода на момент поступления соответствовала 31–34 недели беременности, ЗВРП смешанной формы, НМППК1 А ст.

На 2-е сутки пребывания в стационаре женщина родоразрешена путем экстренного кесарева сечения, учитывая дистресс плода: патологический тип КТГ, НМППК 2 ст. Родилась живая доношенная гипотрофичная девочка, весом 2080,0 граммов, длиной 44 см. Оценка по шкале Апгар 7–8 баллов. Околоплодные воды светлые. Послед осмотрен, размеры 11,5×16×2 см, ткань хориона с множеством кальцинатов, оболочки светлые. Послед отправлен на гистологию, заключение: дисфункция плаценты.

Послеоперационный период без осложнений, выписана на 5-е сутки.

Новорожденный на 5-е сутки переведен в отделение патологии новорожденных ГКБ с диагнозом: «маловесный для гестационного возраста».

**Выводы.** Комплексный подход к диагностике и терапии новой коронавирусной инфекции (COVID-19) у данной пациентки привел к благополучному исходу для беременной и плода.

Данный клинический случай наглядно демонстрирует выводы многих исследований о том, что при COVID-19 существует повышенная вероятность рождения ребенка с низкой массой тела, одним из механизмов развития гипотрофии считают гипоксию плаценты.

*А.С. Казакова, В.Н. Шуваев*

## К ВОПРОСУ О ПРИМЕНЕНИИ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНАЛЬГЕЗИИ В ОБЕЗБОЛИВАНИИ РОДОВ

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

**Актуальность.** Проблема обезболивания родов является одной из ключевых в современном акушерстве и имеет большое практическое значение. Так исторически сложилось, что в родах женщина должна терпеть нечеловеческие мучения, но беременность и роды, как нормальные физиологические процессы, не должны превращаться в истязание женщины.

Передача болевых ощущений во время родов. В первом периоде родов боль при сокращении матки и при раскрытии шейки матки передается по чувствительным волокнам в спинной мозг через задние корешки спинномозговых нервов  $T_{11}$ - $T_{12}$  и частично некоторыми волокнами  $T_{10}$  и  $L_1$ . Во втором периоде болевые ощущения, возникающие при растяжении родового канала и промежности, передаются чувствительными волокнами задних корешков  $S_2$ - $S_4$ . Это требует создание регионарного блока протяженностью от  $T_{10}$  до  $S_5$ . Эпидуральная анальгезия (ЭА) в родах является наиболее эффективной и гибкой методикой, так как позволяет варьировать степень обезболивания, может применяться на протяжении всех родов и быть проведена с минимальным воздействием на состояние плода и роженицы. Условия проведения эпидуральной анальгезии: наиболее полная оценка общего состояния и психоэмоционального статуса роженицы; оценка акушерского статуса: активная родовая деятельность; оценка состояния плода – отсутствие тяжелой гипоксии; наличие препаратов и расходных материалов для ЭА; наличие следящей аппаратуры; наличие комплекса для проведения реанимационных мероприятий в полном объеме; наличие опытной анестезиологической бригады и компетентных акушеров в вопросах выбора метода обезболивания родов. Техника пункции стандартная. Местный анестетик (Ропивакаин 0,2%) болюсное эпидуральное введение, при этом достигается хорошая анальгезия, невыраженный моторный блок.

**Цель работы.** На основании собственного опыта, а также данных литературы сравнить результаты, полученные при применении нейроаксиальных методов анестезии и наркотических анальгетиков, выполненных с целью обезболивания родовой деятельности.

**Материал и методы.** В клинических условиях обследованы 50 беременных женщин в первом периоде родов без учета наличия экстрагенитальной патологии и сроков гестации, не имеющих противопоказаний к применению нейроаксиальных методов анестезии, находящихся на родоразрешении в ГУЗ «Ульяновская областная детская клиническая больница имени политического и общественного деятеля Ю.Ф. Горячева», Перинатальный центр «МАМА». В ходе настоящего исследования методом сравнения параллельных групп проведено ретро- и проспективное клиничко-статистическое исследование. Произведен анализ обезболивания 50-ти рожениц в первом периоде родов без учета паритета, наличия экстрагенитальной патологии и сроков гестации, не имеющих противопоказаний к применению нейроаксиальных методов анестезии, при раскрытии шейки матки на 3-4 см и более. При оценке интенсивности боли в первом периоде родов была использована цифровая рейтинговая шкала (ЦРШ), которая представляет собой отрезок прямой с цифрами от 0 до 10, где 0 соответствует полному отсутствию боли, а 10 – максимально возможная, невыносимая боль. Предлагаем роженице оценить интенсивность боли на высоте схватки соответствующей цифрой. До проведения анальгезии, боль на высоте схватки оценивалась роженицами на 6-10 баллов.

**Результаты.** Из общего числа исследуемых, 25 пациенток были обезболены эпидуральной анестезией, и 25 – наркотическими анальгетиками: парентеральным введением раствора Промедола (Тримеперидина).

После проведения обезболивания наркотическими анальгетиками боль на высоте схватки оценивалась роженицами на 3-5 баллов. При этом пациентки отмечали изменение «эмоциональной окраски боли».

После выполнения эпидуральной анестезии боль оценивалась роженицами на 0-1 балл.

**Выводы.** Таким образом, можно сделать выводы, что: эпидуральная анестезия эффективнее всех других методов обезболивания родов и должна быть всегда доступна; необходимость обезболивания является достаточным показанием для применения эпидуральной анестезии; адекватная анальгезия создает положительный психоэмоциональный фон, а также корректирует гемодинамику за счет улучшения микроциркуляции.

Врач анестезиолог-реаниматолог, прошедший соответствующую подготовку в содружестве с акушером-гинекологом, зная все плюсы и минусы ЭА, может использовать её в родах с максимальной эффективностью и безопасностью.

*Т.Ю. Корнилова, Н.П. Селезнева, М.А. Добролюбская,  
Э.Э. Аничкина*

## **НОВАЯ КОРОНАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ У БЕРЕМЕННЫХ И ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ**

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

Новая коронавирусная инфекция (НКИ) существенно обостряет патологии беременности. И наоборот, патологии беременности могут утяжелять течение НКИ. Инфекция COVID-19 стимулирует разрушение эритроцитов и формирование анемии. И наоборот, анемия является одним из предикторов тяжелого течения COVID-19. Беременные с железодефицитной анемией (ЖДА) чаще поступают в инфекционные госпитали с НКИ (особенно в III триместре, когда процессы воспаления максимально активизируются).

**Цель исследования:** установить, насколько часто ЖДА становится предиктором НКИ, как она влияет на течение беременности, родов и послеродового периода.

**Материалы и методы исследования.** Для выполнения цели исследования проведен ретроспективный анализ 133 историй родов беременных с лабораторно подтвержденной НКИ за период с 01.01.21 г. по 31.12.21 г. – основная группа. В группу сравнения были включены 60 беременных с ЖДА только во время беременности, без НКИ за этот же период времени.

В обеих группах проведен анализ анамнестических данных, течения беременности, родов и послеродового периода, состояния новорожденных на момент рождения, их масса-ростовых показателей. В основной группе определялась тяжесть течения заболевания, сроки беременности на момент заражения.

**Результаты исследования.** Средний возраст беременных в основной группе – 30 лет, в группе сравнения – 27 лет. Среди беременных с НКИ преобладали повторнородящие женщины: 80% против 57% в группе сравнения, а также повторнородящие: 73% против 50%. Только в основной группе было 11% женщин с 4 и более родами. Беременных с отягощенным акушерским анамнезом в 2 раза было больше среди пациенток с НКИ и ЖДА: 47% против 23%. В основной группе значительно реже наблюдалась гинекологическая патология: 36% против 57%. Но также, как и в группе сравнения, среди нозологических форм лидировали

доброкачественные заболевания шейки матки. Экстрагенитальные заболевания имели 65% беременных основной группы против 50% в группе сравнения. ЖДА до беременности обнаружена у 55% женщин с НКИ: в 48% случаев – легкая форма и в 7% – тяжелая. Ни у одной беременной в группе сравнения ЖДА до беременности не выявлено. В обеих группах с одинаковой частотой диагностировано ожирение I и II степени – 27%. Женщины без НКИ не страдали заболеваниями ЖКТ, верхних дыхательных путей, социально значимыми инфекциями (ВИЧ, вирусные гепатиты). Течение беременности у женщин основной группы в 100% случаев осложнила НКИ в III триместре: легкое течение – 84%, средней степени тяжести – 15%, тяжелое – 1%. Кроме НКИ в 92% случаев имели место акушерские осложнения: рубец на матке – 14%, ПОНРП – 1%, предлежание плаценты (ПП) – 3%, угроза прерывания беременности – 48%, ХФПН – 18%, НМППК 1А и 2 ст. – 6%, СЗРП – 7%, преждевременный разрыв плодовых оболочек – 18% и многие другие. В группе сравнения в 100% случаев в III триместре беременности диагностирована анемия беременных: легкая – 90%, средней степени – 10%. Анемия в этой группе была всегда легкой степени тяжести и сохранилась к родам у 70% женщин, у 27% на момент родоразрешения стала средней степени тяжести, а у 3% наблюдался положительный эффект от терапии и отсутствие анемии в родах. В группе сравнения в 100% случаев течение беременности осложнилось угрозой прерывания, в 10% случаев наблюдались СЗРП и НМППК. В группе сравнения на 4% меньше было случаев гестационного сахарного диабета, отсутствовали ПОНРП и ПП. Родоразрешение беременных с НКИ в 11% случаев произошло на сроках беременности от 30 до 36 недель. В группе сравнения все женщины родили на доношенных сроках беременности. Кесарево сечение как метод родоразрешения чаще был выбран в группе сравнения: 43% против 38%. Но в обеих группах абдоминальное родоразрешение проводилось только по стандартным акушерским показаниям. В основной группе среди показаний для кесарева сечения лидировали рубец на матке (36%), тазовые предлежания плода – 14% и «незрелая» шейка матки – 12%. В группе сравнения 62% кесаревых сечений выполнено из-за тазовых и разгибательных предлежаний, неправильных положений плодов в матке. Дистресс плода во время беременности и в родах стал показанием для оперативного родоразрешения в 8% случаев в обеих группах исследования. Беременные с НКИ рожали через естественные родовые пути (62%) с меньшим количеством осложнений, чем женщины с анемией беременных: 19% против 37%. Но кровотечения в третьем периоде родов в основной группе случились в 2 раза чаще: 20% против 9%. В основной группе родилось

134 новорожденных (1 двойня): 94% без асфиксии, 3% в асфиксии легкой степени тяжести, 1% в асфиксии средней степени тяжести и 2% – мертворождение. Причина мертворождений – антенатальная гибель плода из-за антенатальной асфиксии вследствие ПОНРП. У женщин с НКИ 9% детей родились с массой тела меньше 2500 граммов. Ранний неонатальный период без осложнений протекал у 90% новорожденных, остальные (11 живых) переведены в отделение патологии новорожденных ГКБ им. св. апостола Андрея Первозванного. В группе сравнения все новорожденные (114) родились живыми, доношенными, ранний неонатальный период протекал без осложнений.

**Выводы.** Гипоксия у беременной, развивающаяся вследствие COVID-19 и ЖДА, снижает уровень насыщения крови кислородом и стимулирует развитие гипоксии плода. ЖДА также создает условия для формирования иммунодефицитного состояния, что повышает риск заражения НКИ. Анемия беременных, возникшая в III триместре, корригированная препаратами железа, не повлияла на иммунную систему женщин и не привела ни в одном случае к инфицированию штаммами SARS-CoV-2. Поэтому особого подхода требуют беременные с COVID-19 и ЖДА. На фоне коронавирусной пандемии необычайную актуальность приобрела необходимость своевременной диагностики и лечения коморбидных патологий у беременных.

*Н.С. Исаенкова, П.А. Чижова, В.Ю. Жданова*

## ПРОФИЛАКТИКА КАС ПРИ ПРЕДЛЕЖАНИЯХ ПЛАЦЕНТЫ

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

**Актуальность.** Предлежание плаценты (ПП) (placenta praevia) – расположение плаценты в нижнем сегменте матки в области внутреннего зева или **на 20 мм выше него** (по данным УЗИ при доношенной беременности). Вростание плаценты – **PAS (placenta accreta spectrum)** – патологическое состояние беременности, связанное с избыточной инвазией плаценты в стенку матки. Частота вростания плаценты у пациенток, перенесших 1, 2, 3, 4 и 5 абдоминальных родоразрешений составляет 3%, 11%, 40%, 61%, 67%, соответственно. Так же к факторам развития вростания плаценты относят: хронический эндометрит, старший репродуктивный

возраст, **курение**. Кровопотеря при ПП чаще всего имеет массивный характер, что приводит к геморрагическому шоку и **критическим акушерским состояниям (КАС)**.

**Цель исследования** – провести анализ случаев критических акушерских состояний (КАС) при ПП, исходы для матери и плода.

**Материалы и методы.** Материалом для исследования послужили 27 историй родов беременных, родоразрешенных абдоминальным путем при ПП за период 2019–2021 год на базе Перинатального центра (ПЦ) ГУЗ УОКБ. Возраст родоразрешенных пациенток: 22–30 лет – 29,6% (8); 31–40 лет – 51,8% (14); 41–45 лет – 18,5% (5). Первобеременных – 1 (3,7%); первородящих – 3 (11,1%); повторнородящих – 24, в том числе многородящих (3 и более родов) – 15 (55,6%). Только 2 (7,4%) были соматически здоровы, у остальных зарегистрированы: метаболический синдром 12 чел. – 48%; варикозное расширение вен нижних конечностей; хронический пиелонефрит, в том числе осложненный двухсторонним утерогидронефрозом – 1; хронические заболевания ЖКТ по 6 чел. (24,0%); АИТ с гипотиреозом 3 – 12,0%; хроническая АГ 2 – 8,0%; хроническая анемия 5 – 20,0%; бронхиальная астма; В23.1; тромбоз портальной вены; диспластический грудно-поясничный кифосколиоз по 1 чел. (4,0%). **Табакокурение 6 – 24,0%. По 1,5 заболеваний на пациентку.** Репродуктивный анамнез: аборт имели 13 (50%); выкидыши 7 чел. – 28,0%; замершая беременность 2 – 7,7%; прерывание беременности по мед. показаниям 1 – 3,8%. У 10 (37%) беременных в анамнезе были срочные вагинальные роды. Рубец на матке был у 18 (69,2%), в том числе рубец на матке **после 2 и более операций** – 7 (38,9%).

**Результаты исследования.** ПЦ ГУЗ УОКБ является учреждением 3 уровня оказания медицинской помощи, куда госпитализируются беременные с диагнозом ПП из ЛПУ г. Ульяновска и районов области. В структуре оперативного родоразрешения ПП составляет 2021 г. – 1,7%; 2020 г. – 1%; 2019 г. – 2,2%. При этом **массивные акушерские кровотечения** составили 59,3% (от всех анализируемых историй родов). Методом диагностики ПП служило УЗ-исследование, по результатам которого в 5 случаях при сроках 12–13 недель отмечалось предлежание хориона, в последующем при сроках беременности 18–20 недель в 6 случаях отмечалась низкая плацентация, 25–28 недель ПП было диагностировано в 25 случаях, при этом в 2 случаях заподозрено вращение плаценты. В 2 случаях у беременных, не состоящих на диспансерном учете, ПП диагностировано в 36 и 29 недель. МРТ не проводилось. Краевое предлежание плаценты было у 8 (29,6%) пациенток, находящихся на дородовой госпитализации в ОПБ. Родоразрешены в плановом порядке, в одном случае был хирургический гемостаз по поводу раннего послеоперационного

кровотечения. Полное предлежание плаценты наблюдалось у 19 (70,4%) пациенток, при этом 3 поступили на родоразрешение с кровотечением из дома. 16 (59,3%) родоразрешены в плановом порядке. В 12 (44,4%) случаях был выполнен хирургический гемостаз в объёме **гистерэктомии**, в том числе **10 (37%)** случаев. При **истинном вращении плаценты** в стенку матки и **5 (18,5%)** случаях в сочетании с **проращанием плаценты в мочево́й пузырь**. В 2-х случаях была выполнена релапаротомия в связи с развившимся ранним послеродовым кровотечением, без эффекта от консервативной терапии. Консервативная терапия включала в себя все этапы остановки кровотечения согласно клиническому протоколу. Привлекались специалисты для оказания специализированной помощи: анестезиологи-реаниматологи, сосудистые хирурги и урологи. Кровопотеря физиологическая для оперативного родоразрешения до 1000 мл была у 11 пациенток (40,7%), 3 пациентки (11,1%) с кровопотерей до 1500,0; с **массивной кровопотерей 13 человек (48,1%)**. При оказании медицинской помощи в 14 случаях производилась реинфузия крови. Все пациентки живы, выписаны домой.

Родилось 24 живых доношенных новорожденных с оценкой по шкале Апгар 8-9 баллов, на 5 сутки выписаны домой. 2 живых недоношенных новорожденных родились с массой 2200 гр, и 1400 гр с оценкой по Апгар 3-6-8 баллов, получали лечение в условиях реанимации новорожденных и отделения патологии новорожденных, выписаны домой. 1 мертворожденный с антенатальной гибелью до поступления в стационар с массой плода 1600 гр.

**Заключение.** Мультидисциплинарный подход и соблюдение алгоритма оказания медицинской помощи при кровотечениях позволил сохранить жизнь матерей и новорожденных. КАС – жизнеугрожающее состояние, требующее огромных эмоциональных и технических и материальных затрат медицинского персонала и пациентки. Для профилактики данных осложнений необходимо продолжать работу по профилактике абортов, внедрение альтернативных методов подготовки к первым родам и оперативным родоразрешениям, внедрение МРТ для диагностики инвазии плаценты в стенку матки и соседние органы, продолжать практику вагинальных родов с рубцом на матке.

*Т.Ю. Корнилова, А.Н. Баландин, Л.В. Пуцкова,  
К.И. Щербакова*

## ПРЕИМУЩЕСТВА АВТОМАТИЗИРОВАННОЙ АНТЕНАТАЛЬНОЙ КАРДИОТОКОГРАФИИ В ОЦЕНКЕ ВНУТРИУТРОБНОГО СОСТОЯНИЯ ПЛОДА

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

**Актуальность.** Одной из актуальных проблем современного акушерства является антенатальная охрана плода. Степень внутриутробного страдания плода во время беременности и своевременное его распознавание представляют трудности, продолжаются поиски дополнительных критериев диагностики. Кардиотокография (КТГ) позволяет получить важнейшую информацию о состоянии плода в антенатальном периоде. Однако, интерпретация КТГ кривых – сложный и не лишённый субъективности процесс. В последние годы во многих клиниках мира, в том числе и в России, предпринимались попытки разработать различные компьютерные программы для оценки КТГ. Наибольшее распространение получила компьютерная программа фирмы «Оксфорд» (Великобритания), разработанная Доузом и Редманом.

**Цель исследования.** Провести сравнительную характеристику оценки данных, полученных при компьютерном и визуальном анализе КТГ кривых.

**Материалы и методы исследования.** Группу исследования составили 60 беременных с умеренной преэклампсией, диагностированной в сроки беременности от 30 до 36 недель. Всем беременным сначала проводилась КТГ с помощью аппарата «Taiutu» (Япония), при визуальной оценке КТГ кривых в 100% случаев был выявлен нормальный тип КТГ. Затем КТГ повторили всем беременным с помощью фетального монитора с автоматическим анализом КТГ кривых фирмы «Оксфорд». Оценку состояния плода проводили в покое с учетом шевелений (бесстрессовый тест) и с использованием функциональных проб (дыхательной и холодовой).

**Результаты исследования.** Компьютерный анализ данных, полученных при бесстрессовом тесте, показал, что базальная частота ЧСС плода в 100% случаев находилась в пределах от 120 до 150 ударов в минуту, в 100% случаев отсутствовали глубокие децелерации. Но у 26,7% беременных акцелераций за 10 минут записи оказалось менее 3,

у 20% – отсутствовали эпизоды высокой вариабельности и имели место длительные эпизоды низкой вариабельности, которые указывают на наличие у плода ацидемии. Компьютерный анализ КТГ кривых во время проведения дыхательной и холодовой проб позволил выявить признаки внутриутробной гипоксии (уменьшение или отсутствие акцелераций, отсутствие эпизодов высокой вариабельности, низкий процент вариабельности) еще у 12 (20%) ранее «здоровых» плодов.

Частота преждевременных родов в группе исследования составила 24%. Анализ методов родоразрешения выявил, что вагинальные роды выбрали только в 48% случаев. Изучение состояния новорожденных показало, что без асфиксии родилось 52% новорожденных. Случаи мертворождения отсутствовали.

**Выводы.** Таким образом, результаты исследования показали, что использование компьютерных программ для оценки КТГ кривых позволяет более точно оценить внутриутробное состояние плода в сравнении с визуальным методом интерпретации. Компьютерные программы для оценки КТГ кривых помогают устранить субъективный фактор при оценке КТГ и дают возможность правильной интерпретации полученных данных даже начинающим специалистам.

*Т.Ю. Корнилова, О.Н. Белоглазова, Е.М. Бандалетова,  
Д.Ш. Галяутдинов*

## ШТАММЫ ВИРУСА SARS-COV-2: ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА

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

Первым штаммом и классическим COVID-19 стал коронавирус SARS-CoV-2, который появился в Китае в 2019. Он доминировал в 2020 году до осени, когда на смену ему пришел Дельта штамм. Дельта штамм появился в октябре 2020 г. в Индии, в России обнаружен в апреле 2021 г.

**Цель исследования.** Проанализировать течение беременности, родов и послеродового периода у женщин с новой коронавирусной инфекции (НКИ), вызванной «коронавирусом тяжелого острого респираторного синдрома 2» (SARS-CoV-2) за период с 01.01.21 г. по 31.12.21 г. и сравнить результаты исследования с данными, полученными за период

с 11.04.20 г. по 31.12.20 г., учитывая смену доминирующих штаммов вируса SARS-CoV-2.

**Материалы и методы.** Для достижения поставленной цели проведен ретроспективный анализ 244 историй родов с подтвержденными случаями НКИ, сформированы 2 группы исследования: **основная группа** – 133 беременных, родоразрешены в 2021 г., **группа сравнения** – 111 женщин, родоразрешены в 2020 г.

**Результаты исследования.** Группа сравнения лидировала по количеству первых беременностей (33%) и родов (42%), а основная группа – по количеству повторных беременностей (80%) и родов (73%). Отягощенный акушерский анамнез был выявлен в 47% случаев в основной группе и в 36% – в группе сравнения. НКИ была диагностирована у женщин основной группы только в III триместре беременности, в группе сравнения в 2% случаев – во II триместре. В основной группе симптомы ОРВИ были выявлены в 57% случаев против 30% в группе сравнения, а внебольничная пневмония (ВП) обнаружена в 36% против 9%. В основной группе значительно увеличилось количество случаев средней степени тяжести (15% против 3%); уменьшилось количество случаев легкого течения (84% против 96%); неизменным осталось количество тяжелых случаев – 1 (1%). У 43% беременных основной группы, поступивших на родовую госпитализацию или с регулярной родовой деятельностью, положительный тест на SARS-CoV-2 оказался случайной находкой при плановом тестировании. Из них 17% были переведены для дальнейшего обследования и лечения из других стационаров после получения положительного результата тестирования: 90% при переводе были уже родоразрешены, 5% – в первом периоде родов и 5% – беременные. Беременные основной группы в 9 раз чаще имели железодефицитные состояния различных степеней тяжести (55% против 7%); на 4 % увеличилось количество женщин с ожирением (27% против 23%); на 3,5% чаще в основной группе были диагностированы заболевания щитовидной железы с нарушением ее функций (гипотиреоз, гипертиреоз): 21% против 17,5%. Количество преждевременных родов в основной группе увеличилось и составило 11%, в группе сравнения – 10%. Родилось 248 новорожденных от 244 беременных (4 двойни): в основной группе – 134 новорожденных, в группе сравнения – 114. Без признаков асфиксии в основной группе родилось 94% новорожденных, в группе сравнения – 91%. Массу тела при рождении 2500 граммов и более имели 91% новорожденных основной группы и 89% – группы сравнения. Ни у одного из новорожденных инфекция не была диагностирована. Случаи ранней неонатальной смертности отсутствовали в обеих группах.

**Выводы.** Полученные результаты подтверждают, что под воздействием штамма Дельта у беременных в 4 раза чаще возникала 2-х сторонняя внебольничная пневмония, в 5 раз тяжелее протекала инфекция. НКИ COVID-19 была диагностирована почти во всех случаях в третьем триместре беременности. Показатели преждевременных родов у беременных женщин, пораженных COVID-19, соответствуют таковым в целом в популяции в 2020 году, когда доминировали первый классический штамм коронавируса SARSCoV-2. При широком распространении штамма Дельта в 2021 г. процент преждевременных родов по данным исследования увеличился до 11% и пересек предполагаемую WHO (2018) частоту преждевременных родов 10%.

Наличие новой коронавирусной инфекции не являлось показанием для экстренного родоразрешения и для операции кесарева сечения в 2021 году. Пролонгирование беременности не ухудшало внутриутробное состояние плода.

В группу высокого риска инфицирования можно включить беременных с ожирением, заболеваниями щитовидной железы, железодефицитными состояниями, хронической патологией ЖКТ и верхних дыхательных путей, а также женщин в третьем триместре беременности и с отягощенным акушерским анамнезом.

*А.П. Михеев, В.Д. Таджиева*

## САХАРНЫЙ ДИАБЕТ (СД) И COVID-19, ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ

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

**Актуальность.** Сахарный диабет (СД) относят к факторам риска ухудшения течения и развития COVID-19, хроническая гипергликемия вызывает дисфункцию иммунной системы и увеличивает риск заболеваемости и смертности из-за любой инфекции, включая COVID-19. Большой риск заражения COVID-19 у беременных с гипергликемией также может быть связан с необходимостью дополнительных посещений медицинских учреждений для наблюдения и обследования. Среди перинатальных исходов наиболее часто регистрируются дистресс синдром плода (26,5–30,0%), низкая масса тела при рождении (25,0%), асфиксия новорожденных (1,4%). Госпитализация новорожденных в отделение интенсивной терапии требуется в 43% случаев, а перинатальная летальность



составляет 0,35–2,2% [Методические рекомендации «Организация оказания медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным при новой коронавирусной инфекции COVID-19», 28.12.21].

**Цель исследования:** провести анализ исходов беременности у женщин с сахарным диабетом (СД), перенесших COVID-19 в ранние сроки.

**Материал и методы.** Исследование проведено на базе ПЦ УОКБ, где в 2021 году произошло 2989 родов, 407 (13,6%) имели нарушение углеводного обмена, в 2020 году таких родильниц было 10,3%, частота кесарева сечения в 2021 году составила 39%, в 2020 г. – 36,8%.

Проаннотированы ретроспективно 13 (3,4%) историй родов случаев женщин с СД, которые перенесли COVID-19 в ранние сроки (13–16 недель) беременности, легкое течение. Эти беременные не были вакцинированы ни от сезонного гриппа, ни от COVID-19. Тест на SARS-CoV-2 при поступлении был отрицательный. Одна беременная перенесла COVID-19 до беременности, ее исход проанализирован отдельно. СД 1 типа имели 9 (64,3%), компенсированное течение в 55,6%, остальные – субкомпенсированы, на инсулине, СД 2 типа – 35,7%, все в компенсации, только одна была на диете. Возраст родильниц был в интервале от 20 до 40 лет, в основном в возрасте – 21–30 лет (57,1%), в 60% – жительницы города Ульяновска, 50% – медицинские работники, по 14,2% – учителя, банковские работники, 21,4% – домохозяйки. Первороденных было 14,2%, большинство (60%) имели 3 беременность, одна женщина имела 7 беременность. 50% составили первородящие, беременность по ЭКО программе – 1 (7,1%). Течение СД осложнялось другими экстрагенитальными заболеваниями: АГ в среднетяжелой степени – 35,7%, анемия – 50%, ожирение 2-3 ст. – 35,7%, тиреотоксикоз – 21,4%, пиелонефрит – 28,5%, тромбоцитопения – 14,2%, ВИЧ, дерматит, миопия, варикозная болезнь, ангиопатия, ретинопатия, полинейропатия – по 1 случаю.

**Результаты.** Одна беременная с СД 1 типа, компенсированным, на инсулине, перенесла COVID-19 в 2020 году, через 6 месяцев наступила беременность, течение осложнилось анемией легкой степени, отеками, вызванными беременностью. Беременность 1 на сроке 38-39 недель, родоразрешена операцией кесарева сечения – по показаниям: тазовое предлежание и общеравномерносуженный таз 1 ст. сужения. Родился мальчик 2880,0, 49 см, с оценкой по шкале Апгар 8-9 баллов, выписаны домой с ребенком в удовлетворительном состоянии.

Остальные 13 беременных с СД перенесли COVID-19 в легкой форме на ранних сроках – 13-14-16 недель. Течение беременности осложнилась: Многоводие – 46,2%, Отеки, вызванные беременностью – 23,1%,

Тяжелая ПЭ – 15,4%, особо обращает на себя внимание осложнения со стороны плода СЗРП – 23,1%, Диабетическая фетопатия – 30,7%, и **дистресс плода с нарушением ритма и выходом мекония в околоплодные воды – 61,5%!**

2 (15,4%) беременности закончились преждевременными родами на сроках 33-34 недели, остальные – на доношенных сроках. Кесарево сечение выполнено у 11 (84,6%) беременных, у 2 женщин роды проведены через естественные родовые пути. Показания к оперативному родоразрешению: тяжелая ПЭ – 15,4%, дистресс плода с нарушением ритма и выходом мекония в околоплодные воды – 61,5%, рубец на матке – 18,1%, бесплодие, ЭКО – 5%.

**Исходы для новорожденных.** Тест на SARS-CoV-2 при рождении был отрицательный. 46% детей имели массу при рождении более 4000,0 (4660,4440,0, 4450, 4140), только один ребенок имел массу 1300, 0 при сроке 33 нед., с оценкой по шкале Апгар 5-6 баллов, все остальные дети имели оценку 8-9 баллов. Однако 6 (38,5%) новорожденных были сразу переведены в реанимационное отделение, находились на ИВЛ, диагнозы: «Врожденная пневмония, ДН 2-3 ст.», «Ишемия мозга 1-2 ст.», «ВЖК 1 ст.», «Гипоксически-ишемическая энцефалопатия», «Диабетическая фетопатия». Дети получили лечение и были выписаны домой в удовлетворительном состоянии.

**Заключение.** Все опасения и предполагаемые риски, связанные с потенциальным воздействием COVID-19 на перинатальные исходы, оправдались. Особенно пострадали новорожденные: 38,5% сразу после рождения были переведены в реанимационное отделение, поэтому беременные требуют особого внимания в отношении профилактики, диагностики и лечения новой коронавирусной болезни. Исходя из данных о влиянии вакцин от COVID-19 на акушерские и перинатальные исходы, **вакцины не представляют опасности для беременных женщин или плода.** Регистр, содержащий большую часть данных о вакцинированных во время беременности, в настоящее время насчитывает более 180 тыс. женщин (данные на 20 декабря 2021 г.). Частота осложнений беременности не отличалась от частоты осложнений у невакцинированных пациенток. На сегодняшний день нет данных, свидетельствующих о негативном влиянии вакцинации на течение беременности и перинатальные исходы.

*Н.И. Кан, И.Б. Чигирева, Е.П. Тарабрина*

## ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЛАЦЕНТЫ ЖЕНЩИН ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ГЕСТАЦИОННОМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

ГУЗ «Городская поликлиника № 1 им. С.М. Кирова»

**Актуальность.** Проблема исхода беременности у женщин с экстрагенитальной патологией чрезвычайно актуальна, поскольку в 70% случаев формируются ранние клинические проявления с преобладанием симптомов артериальной гипертензии и плацентарной недостаточности.

**Цель исследования** – изучить патоморфологические изменения в плацентах женщин при артериальной гипертензии и гестационном сахарном диабете.

**Материалы и методы исследования.** Проведено проспективное исследование исходов беременности и родов у 810 женщин в возрасте 25–39 лет, поступивших под диспансерное наблюдение в связи с беременностью в женскую консультацию ГУЗ «Городская поликлиника № 1 им. С.М. Кирова». Использованы общеклинические и специальные методы исследования: ультразвуковая фетометрия, плацентография, ультразвуковая доплерометрия кровотока в маточных артериях, артериях пуповины, аорты внутриутробного плода с определением индекса резистентности, пульсационного индекса и определения реактивности сердечно-сосудистой системы по данным КТГ. По показаниям проведено суточное мониторирование артериального давления согласно протоколам ведения осложненной беременности.

**Результаты.** Выявлена экстрагенитальная патология у 717 беременных женщин (88,5%): ЖДА – 217 (26,3%), заболевания почек – 197 (23,9%), болезни системы кровообращения – 136 (16,5%), заболевания эндокринной системы – 71 (8,6%), венозные осложнения – 83 (10,1%). Осложнения гестации обнаружены у 264 беременных женщин (82,5%): отеки – 218 (82,5%), АГ – 71 (26,8%), гестационный сахарный диабет – 13 (4,3%). Из 717 беременных женщин с ЭГЗ пролечено в условиях дневного стационара 679 (94,7%). С помощью макроскопического и гистологического методов исследовано 30 плацент от матерей: с артериальной гипертензией – 20 (I группа), гестационным сахарным диабетом – 13 (II группа). У 80,1% пациенток I группы для плацент характерно наличие зрелого ворсинчатого дерева, достаточно васкуляризованного с периваскулярным фиброзом стволых ворсин и облитерационной ангиопатией. Выявлена

высокая структурная готовность ворсинчатого дерева к более выраженным компенсаторным реакциям в виде увеличения просвета сосудов опорных ворсин и незначительных реологических нарушений, что подтверждается данными УЗ-биометрии. В 19,9% случаев в плацентах обнаружен периваскулярный фиброз стволых ворсин с выраженной облитерационной ангиопатией (в 4,1 раза реже). При исследовании плацент пациенток II группы в 60% случаев обнаружена относительная незрелость ворсинчатого дерева с доминированием промежуточных ворсин. В 30% наблюдений ворсинчатое дерево плацент не соответствовало сроку гестации: несвоевременное созревание ворсин с наличием промежуточных ворсин со слабой васкуляризацией, склерозирование ворсин, что проявляется компенсаторным ангиоматозом очагового характера. Слабая васкуляризация и очаговая облитерационная ангиопатия плодовых сосудов с перестройкой магистрального кровотока по капиллярному типу является индикатором маточно-плацентарной ишемии. Данный морфологический тип плацент отражает раннее формирование компенсаторно-приспособительных реакций, но неполноценная васкуляризация существенно уменьшает кровоток в межворсинчатом пространстве.

**Выводы.** Коррекция плацентарной недостаточности проводилась в условиях дневного стационара, амбулаторного диспансерного наблюдения и по показаниям Перинатального центра «Мама» ГУЗ УОДКБ им. общественного и политического деятеля Ю.Ф. Горячего препаратами, улучшающими коагуляционные и реологические свойства крови, и метаболитами. Это позволило зафиксировать отсутствие перинатальной смертности в исследуемых группах в женской консультации ГУЗ «Городская поликлиника № 1 им. С.М. Кирова».

*Ю.Д. Сидорова, Л.Ю. Давидян, Т.А. Богдасаров*

## ДЕТЕРМИНАНТЫ РИСКА РАЗВИТИЯ МИОМЫ МАТКИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»  
ГУЗ «Городская больница № 2»

**Актуальность.** На сегодняшний день одним из важных вопросов здравоохранения в России и по всему миру является репродуктивное здоровье населения, поэтому вопрос о лечении миомы матки интересует многих ученых. Этиопатогенез данного заболевания точно не известен. За последнее десятилетие выдвинуто множество теорий, одна из которых

(сосудистая) связана с гипергомоцистеинемией, образующейся в ходе нарушения фоллатного цикла. В свою очередь, возникновение гипергомоцистеинемии провоцируется множеством экстрагениальных патологий. Таким образом, рассматривая здоровье женщин репродуктивного возраста, особенно уже имеющих генитальную патологию, в частности в этой работе, акцент ставится на миоме матки. Также не стоит упускать из внимания экстрагениальные заболевания, которые могут спровоцировать заболевание репродуктивной системы, а в некоторых случаях усугубить уже имеющиеся.

**Цель исследования** – выделить факторы риска, влияющие на развитие и клиническое течение миомы матки у женщин репродуктивного возраста.

**Материал и методы исследования.** Для выполнения поставленных задач нами было проведено полное клиническое обследование и проспективное наблюдение за 112 женщинами, наблюдающимися амбулаторно, в условиях женской консультации ГУЗ «Городская больница № 2» г. Ульяновска за 2020–2021 гг. Средний возраст женщин основной группы составил 42,1 (0,5) лет, группы сравнения – 41,8 (0,6) лет,  $p=0,701$ . Среди них основную группу составили 60 женщин с верифицированным диагнозом «миома матки». Группу сравнения составили 55 женщин репродуктивного возраста без миомы матки.

**Результаты исследования.** Было установлено, что женщины с миомой матки статистически значимо чаще страдали заболеваниями сердечно-сосудистой системы (артериальной гипертензией) по поводу которой получали системное лечение у терапевта, что в целом укладывается в сосудистую теорию происхождения миомы матки. В последних публикациях повреждение сосуда связывают с действием на организм повышенных уровней гомоцистеина. Таких пациенток в основной группе было 20 (5,2)%, в группе сравнения – 3–5,8 (3,2)%,  $p=0,021$ . По остальным нозологическим формам патологии статистически значимых различий выявлено не было. Далее нами были проанализированы сопутствующие гинекологические заболевания. Было установлено, что у 90% женщин наиболее распространенными гинекологическими заболеваниями были тазовые перитонеальные спайки. Они регистрировались у половины женщин основной группы – 50,0 (6,5)%, в группе сравнения таких пациенток было статистически значимо меньше – 11,5 (4,5)%,  $p<0,001$ . Почти каждая третья женщина основной группы – 33,3 (6,1)% указывала на обильные и частые менструации. В группе сравнения таких женщин было только 2–3,8 (2,7)%,  $p<0,001$ . У 16,7 (4,8)% пациенток с миомой матки регистрировалось вторичное бесплодие. В группе сравнения этот диагноз был выставлен только одной пациентке – 1,9 (1,9),  $p=0,004$ .

По другим гинекологическим заболеваниям достоверного различия в показателях установлено не было. Отметим, что только 10,0 (3,9)% пациенток с миомой матки не имели анамнестических указаний на перенесенные гинекологические заболевания, в то время как в группе сравнения таких женщин было 69,2 (6,4)%,  $p<0,001$ .

**Выводы.** Женщины с миомой матки статистически значимо чаще страдают заболеваниями сердечно-сосудистой системы (артериальной гипертензией), что ожидаемо, в связи с подтверждением в последнее время сосудистой теории происхождения миомы матки. Однако и женщины с ожирением, метаболическими нарушениями и эндокринными патологиями (даже не имеющие на данном этапе миому матки) имеют высокие риски образования и роста миоматозных узлов, особенно при наличии немаловажного фактора – гипергомоцистеинемии. В исследовании сопутствующих заболеваний отмечена спаечная болезнь и вторичное бесплодие (которые указывают на перенесенные воспалительные процессы), что свидетельствует о сосудистом характере проявления заболеваний.

*С.С. Чистякова, Д.Р. Касимова, В.И. Модникова,  
Ю.К. Куткова*

## ПРЕНАТАЛЬНАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА В СОЧЕТАНИИ С ИНВЕРСИЕЙ 9 ХРОМОСОМЫ У ПЛОДА

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»

**Актуальность.** Перичентрические инверсии хромосомы у человека встречается с частотой 0,12-0,7%. В то время как инверсии небольших гетерохроматиновых районов относятся к полиморфным вариантам, процессы, происходящие в мейозе носителей эухроматиновых перичентрических инверсий (включающих сегменты большого размера), могут привести к образованию несбалансированных гамет и в дальнейшем – к спонтанному аборт или рождению детей с пороками развития, что наглядно проявилось в данном клиническом случае.

**Цель исследования** – изучить течение и исход беременности представленного клинического случая при выявлении атрезии пищевода, провести анализ ультразвукового исследования.

**Материалы и методы.** Спорадический случай с инверсией 9 хромосомы у плода был выявлен после ультразвукового анализа. Ультразвуковое

исследование проводилось в клиничко-диагностическом отделении УОКБ на аппарате экспертного класса VOLUSON E 8 (GE) трансабдоминальным датчиком. Настоящая беременность первая, протекающая без особенностей. Акушерский анамнез неотягощен. В 13 недель гестации проведен первый пренатальный скрининг – патологии со стороны плода и экстраэмбриональных структур не выявлено. Маркеры биохимического скрининга – свободная бета-субъединица ХГ-0,648 МоМ, РАРР-0,961 МоМ. По результатам комбинированного скрининга индивидуальный риск по хромосомным патологиям низкий.

**Результаты.** Беременная Ю., 22 года обратилась в клиничко-диагностическое отделение с целью проведения второго ультразвукового скрининга. По данным УЗИ размеры плода соответствовали 21-22 нед. гестации. При анализе желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) желудок не визуализировался, при динамическом осмотре через 30 минут – желудок малого наполнения 4×1,7 мм, в виде тяжа. Отмечалось многоводие (ВВС составляла 82 мм, что выше нормы). При оценке лицевого профиля выявлена гипоплазия носовых костей. Учитывая косвенные ультразвуковые признаки эхографического изображения желудка, наличие многоводия, не исключался врожденный порок ЖКТ: в виде обструктивного поражения верхних отделов ЖКТ. Женщина была направлена на заседание перинатального консилиума. В ходе дальнейшего динамического наблюдения через несколько дней было выставлено заключение: «ВПРП ЖКТ. Атрезия пищевода, свищевая форма». После проведения инвазивной диагностики (кордоцентеза) выявлена инверсия хромосомы 9 у плода мужского пола (кариотип 46,XY,inv(9)(?p11, 2, q23)). Беременная (супружеская пара) на данном этапе приняла решение прервать беременность. При аутопсии плода ультразвуковой диагноз подтвердился: пищевод состоял из двух разобщенных сегментов. Верхний сегмент заканчивался слепо выше уровня бифуркации на 0,8 см. Диастаз между верхним и нижним сегментом пищевода 1,8 см. Верхний край дистального сегмента сообщался свищом диаметром 0,3 см с просветом трахеи на уровне бифуркации.

**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 инверсия 9 хромосомы у плода. При патолого-анатомическом исследовании пренатальный диагноз полностью подтвержден.

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

*Ю.Д. Сидорова, Л.Ю. Давидян, Т.Х. Давидян*

## ВЛИЯНИЕ ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИИ НА КЛИНИЧЕСКОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ И РАЗВИТИЕ МИОМЫ МАТКИ У ЖЕНЩИН

ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»  
ГУЗ «Городская больница № 2»

**Актуальность.** В связи с последними исследованиями, подтверждающими теорию образования миоматозных узлов путем сосудистого повреждения, одним из важных управляемых факторов повреждения сосудистой стенки является гомоцистеин. Полученные результаты консервативного лечения предполагается в дальнейшем внедрить в клиническую практику работы акушера-гинеколога.

**Цель исследования** – провести коррекцию протокола терапии миомы матки у женщин с гипергомоцистеинемией.

**Материал и методы исследования.** Для выполнения поставленных задач нами было проведено полное клиническое обследование и проспективное наблюдение за 112 женщинами, наблюдающихся амбулаторно, в условиях женской консультации ГУЗ «Городская больница № 2» г. Ульяновска за 2020–2021 г. Средний возраст женщин основной группы составил 42,1 (0,5) лет, группы сравнения 41,8 (0,6) лет,  $p=0,701$ . Из них основную группу составили 60 женщин с верифицированным диагнозом «миома матки». У 24 (40%) из них выявилась гипергомоцистеинемия (ГГЦ). У остальных 36 (59,6%) миома матки развивалась на фоне нормального содержания гомоцистеина (ГЦ). Отметим, что диагноз «миома матки» у 22 (36,6%) был диагностирован ранее, у 38 (63,4%) выявлен впервые, при обращении за медицинской помощью. Группы формировались по принципу «случай-контроль». Группу сравнения составили 55 женщин репродуктивного возраста без миомы матки.

**Результаты исследования.** Нормальный уровень ГЦ был у 80,7 (5,5)% пациенток сравнимой группы, что было статистически достоверно выше, чем в группе женщин с миомой матки -38,3 (6,3)%,  $p<0,001$ . Укажем, что у 33,3 (6,1)% женщин основной группы и у 15,3 (5,0)% женщин группы сравнения ГЦ находился на верхней границе нормы. Что касается высоких цифр содержания ГЦ, то в основной группе таких женщин было 25,0 (5,6)%, в группе сравнения только одна,  $p<0,001$ . Лечение в основной группе и в группе сравнения проводилось по одной схеме, с дальнейшим контролем гомоцистеина в первый год – 1 раз в 6 месяцев, затем – 1 раз в год вместе с профилактическим исследованием УЗИ

органов малого таза, наблюдением у кардиолога и терапевта и повторением профилактического курса. Несомненно, важно, что показаний к экстренному оперативному вмешательству у женщин основной группы не было, а плановые операции было решено отсрочить и провести консервативное лечение, согласно актуальным клиническим рекомендациям МЗ РФ «Миома матки: диагностика, лечение и реабилитация» (2015), под ред. Л.В. Адямян. На фоне предлагаемого дополнения к терапии миомы матки у 61,6 (6,3)% пациенток состояние миоматозных узлов стабилизировалось, в течение года не было выявлено прогрессирования клинической картины миомы матки. Отметим, что до начала проведения комплексной консервативной терапии миомы матки показания к хирургическому лечению имели 25,0 (5,6)% пациенток. Через год комплексной терапии показания к хирургическому лечению миомы матки сохранились только у 6,6 (3,3)% женщин, что статистически значимо ниже, чем до назначаемого лечения,  $p = 0,005$ . По состоянию здоровья и характеру миоматозных узлов этим пациенткам была рекомендована эмболизация маточных артерий и продолжена коррекция ГЦ.

**Выводы.** Проведенное сопоставление уровней ГЦ с УЗ-критериями имеющихся узлов миомы матки позволили обозначить показания к проведению оперативного лечения. Применение в составе актуального клинического протокола лечения миомы матки препаратов фолиевой кислоты и витаминов группы В позволили стабилизировать состояние миоматозных узлов и снизить необходимость проведения радикального оперативного лечения в 4 раза. Вместе с тем, для уточнения механизмов влияния ГЦ на формирование миоматозных узлов и клинику течения миомы матки необходимо продолжение исследования, расширение групп, детализация дозировок и средств применяемой консервативной терапии.

*Э.А. Бухарева, С.В. Савенко, Г.Р. Пигина, С.Р. Вагаева*

## ТРУДНОСТЬ ДИАГНОСТИКИ ПЕРЕШЕЕЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»

**Актуальность.** Внематочная беременность составляет около 4% от всех беременностей. Частота встречаемости шеечной беременности составляет 0,1-0,4%. Различают истинную шеечную беременность, когда плодное яйцо располагается в канале шейки матки,

и шеечно-перешеечную беременность, характеризующуюся прикреплением плодного яйца в канале шейки матки и в области перешейка. Ворсины трофобласта глубоко проникают в мышечную оболочку шейки, что приводит к разрушению ее тканей и сосудов и массивному кровотечению. Поэтому данная локализация эктопической беременности наиболее опасна.

**Описание клинического случая.** Пациентка С., 40 лет в экстренном порядке направлена в ГУЗ ОУКБ с жалобами на скудные мажущие выделения из половых путей. В анамнезе 3 кесарева сечения, последнее (с пластикой стенки матки) в ФГБУ АГП им. В.И. Кулакова по поводу ВПС плода и вращения плаценты. Данная беременность желанная. В течение трех дней появились кровяные выделения. Пациентка обратилась в МЦ, где по УЗИ заподозрена перешеечная беременность.

Проведено **УЗИ** малого таза – деформированное плодное яйцо лоцируется в н/3 полости матки, СВД 18 мм. С/б ритмичное. В с/3 и в/3 полости матки неоднородное содержимое высотой 20-25 мм (гематома?).

Поставлен **диагноз** «Беременность IV, 6 недель. Угрожающий самопроизвольный выкидыш. Рубец на матке после 3-х кесаревых сечений». Больная госпитализирована в ГО ГУЗ УОКБ. Назначена терапия, направленная на сохранение беременности, и продолжено наблюдение за пациенткой. В результате лечения кровяные выделения прекратились. Кровь на ХГЧ – 74513 мМЕ/мл.

**По УЗИ:** «В полости матки плодное яйцо (6-7нед), преимущественно расположенное в н/3, неправильной формы, деформировано гематомой. Хорион по передней, левой боковой с переходом на заднюю стенку матки. На границе с левой стенкой матки визуализируется участок отслойки. **Кровь на ХГЧ** – 111793 мМЕ/мл».

**УЗИ:** «В полости матки в н/3 и на уровне перешеечной области лоцируется плодное яйцо СВД – 21мм (6-7нед). Нижний край плодного яйца на 18-19 мм выше внутреннего зева. С/б ритмичное».

В результате наблюдения за пациенткой и **неоднократного проведения УЗИ** контроля было подозрение на локализацию плодного яйца в шеечно-перешеечной области или в п/о рубце после кесарева сечения. Решено провести УЗИ консилиум с целью уточнения диагноза и определения дальнейшей тактики.

**УЗИ консилиум:** «В шеечно-перешеечной области плодное яйцо (8-9 нед), с живым эмбрионом. Длина сохраненной части ШМ 10,0 мм, с умеренным расширением ЦК. В проекции задней стенки перешеечной области четкие границы между хорионом и стенкой матки отсутствуют. Визуализируется расширенная сосудистая сеть, **что является УЗ признаками вставания хориона в шеечную-перешеечную область**».

**Перинатальный консилиум.** Диагноз: «Беременность IV, 8-9 нед, прогрессирующая шейечно-перешеечная с высокой вероятностью вставания хориона. Рубец на матке после 3х кесаревых сечений. Несостоятельность рубца. ОАГА. Рекомендовано оперативное лечение».

**Операция:** Лапаротомия. Экстирпация матки без придатков.

Во время операции подтвердилась шейечно-перешеечная беременность. П/о рубец истончен.

П/о период протекал без осложнений. В удовлетворительном состоянии на 7 сутки пациентка выписана домой.

**Выводы.** Современные методы диагностики позволяют своевременно определить наличие эктопической беременности. Лишь в отдельных случаях при прогрессировании эктопической беременности может потребоваться повторение отдельных методов исследования, пробного лечения и наблюдения в динамике, что имело место в данном клиническом случае.

*О.В. Всеволодская, Ю.И. Канаева, Ю.В. Склярова,  
С.В. Войко*

## БЕРЕМЕННОСТЬ, ОСЛОЖНЕННАЯ COVID-19

ГУЗ «Городская поликлиника № 5»

**Актуальность проблемы.** За период пандемии с 01.01.2020 по 31.12.2021 года в женской консультации ГУЗ «Городская поликлиника № 5» COVID-19 был диагностирован методом полимеразной цепной реакции у 65 беременных.

**Цель исследования.** Выявление возможных рисков развития осложнений беременности и послеродового периода, после перенесенной инфекции COVID-19, и их профилактика.

**Материалы и методы.** Проводилось исследование осложнений беременных женщин, которые состояли на учете в женской консультации ГУЗ «Городская поликлиника № 5». Число беременных женщин, состоящих на диспансерном учете: в 2019 году – 447 женщин; в 2020 году – 465 женщин; в 2021 году – 385 женщин. Число родов в 2019 году – 424 родов; в 2020 году – 450 родов; в 2021 году – 359 родов. Коэффициент рождаемости в 2019 году – 12,3‰; в 2020 году – 13,1‰; в 2021 году – 10,3‰ на 1000 женщин фертильного возраста.

**Результаты.** В 2019 году заболевших COVID-19 беременных женщин не выявлено. В 2020 году – 25 беременных, что составило 2%

от числа всех беременных, состоящих на диспансерном учете. В 2021 году число заболевших COVID-19 беременных женщин составило 40 (4,7%). Из 65 заболевших COVID-19 в период с 01.01.2020 по 31.12.2021г. лечение на дому получали 58 женщин, 7 женщин были госпитализированы в инфекционное отделение ГУЗ ЦГКБ. **Все заболевшие COVID-19 не были вакцинированы до беременности и во время беременности.** Согласно нашим статистическим данным, среди госпитализированных легкое течение заболевания было установлено у 6 женщин, заболевание тяжелой степени – у 1 беременной. Осложнения беременности из числа всех женщин, перенесших COVID-19 во время беременности за период с 2020 по 2021 год: «Преэклампсия у 3 беременных, в сроке более 37 недель; внутриутробная задержка развития плода – в 2 случаях; хроническая ПН диагностирована при ультразвуковом исследовании у 11 беременных; внутриутробный порок развития плода – 2 случая; угроза самопроизвольного выкидыша у 5 беременных; угроза преждевременных родов – 6 случаев; диагноз «железодефицитная анемия установлен у 14 беременных, перенесших COVID-19; маловодие – 2 случая; многоводие – 4 случая. Осложнений в послеродовом периоде у родильниц, перенесших COVID-19 во время беременности, не наблюдалось. Завершили беременность 49 женщин, причем один случай – до 22 недель. Причиной данного исхода послужил врожденный порок развития центральной нервной системы. После 22 недель завершили беременность 48 женщин. Родоразрешение в сроке гестации более 37 недель у 48 женщин, что составило 97,9% от родов у женщин, переболевших COVID-19 в 2020-2021 годах. Естественных родов – 26, что составило 53,1%. Оперативные роды в 22 случаях, что составило 44,9%. Из них преждевременные роды через естественные родовые пути и оперативные роды отсутствовали.

**Заключение.** Резюмируя вышеизложенное, можно определить задачи врачей женской консультации. Вакцинация может предотвратить случаи заболевания COVID-19 у беременных или снизить риск развития осложнений беременности и послеродового периода.

1. Преимущество в работе акушеров-гинекологов и терапевтов, которая направлена на раннее выявление заболевания и проведение профилактики осложнений.

2. Своевременное 100% тестирование методом полимеразной цепной реакции на COVID-19 беременных женщин с симптомами острого респираторного заболевания.

3. Вакцинация женщин на этапе прегравидарной подготовки и в сроке более 22 недель беременности, также вакцинация от COVID-19 членов их семей.

4. Регулярный мониторинг состояния заболевших новой коронавирусной инфекцией беременных женщин акушером-гинекологом, для своевременного выявления осложнений заболевания. При необходимости своевременная госпитализация беременных.

*Н.С. Исаенкова, Д.Ю. Шишкина, И.В. Казыханова,  
В.Ю. Жданова*

## БЕРЕМЕННОСТЬ И КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК (КРР) (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

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

**Актуальность.** Возникновение рака у беременных является редким событием и встречается в 0,1% случаев. В структуре онкологической заболеваемости колоректальный рак (КРР) занимает III место в мире. Более 30% случаев КРР выявляется в III–IV стадии заболевания. Пятилетняя выживаемость больных КРР достигает 42%–51%. **Колоректальный рак возникает в 1 случае на 50 000 беременных.** В литературе описано около 300 случаев сочетания КРР с беременностью. Средний возраст больных КРР, сочетающийся с беременностью, составляет 32 года, а пик сочетания КРР и беременности приходится на 28-летний возраст. Чаще морфологически верифицируется аденокарцинома, муцинозная форма рака или **низкодифференцированная опухоль**. Нет прямых доказательств увеличения темпа роста и распространения злокачественных опухолей толстой кишки на фоне беременности.

**Цель:** описать клинический случай колоректального рака при беременности.

**Материал и методы исследования.** В перинатальный центр ГУЗ УОКБ была госпитализирована пациентка Я., 35 лет с жалобами на незначительные тянущие боли в области эпигастрия и сукровичные выделения из половых путей в течение суток.

Настоящая беременность 8, в анамнезе 4 замерших беременности, 1 внематочная беременность, 2 операции КС в 2013 и 2016 гг. Данная беременность осложнилась патологической плацентацией, с 16 недель диагностировано полное предлежание плаценты. Хронических заболеваний в анамнезе нет. Наследственность по онкологии не отягощена. По данным УЗИ органов брюшной полости: печень увеличена в размерах,

ПД-190 мм, ЛД-84 мм, структура печени диффузно неоднородная с множественными гиперэхогенными узловыми образованиями d до 105 мм, вероятно вторичного генеза. Портальная вена расширена до 16 мм, в просвете тромбоза, кровотоков слабый. **Консультирована гастроэнтерологом:** «Тромбоз портальной вены, вероятно по поводу органического заболевания печени?»

**Диагноз:** «Беременность 8, 27-28 недель. Тромбоз портальной вены. Полное предлежание плаценты. Рубец на матке после 2-х операций кесарева сечения. Органическое поражение печени? ЗНО желудка?»

По решению консилиума, **на основании тяжести состояния** беременной и результатах обследования произведено досрочное оперативное родоразрешение. Под ТВА выполнена нижнесрединная лапаротомия, кесарево сечение в нижнем маточном сегменте. Извлечен живой недоношенный мальчик (вес – 1400 гр, рост – 41 см) с оценкой по шкале Апгар – 3-5-6 баллов. Диагностировано **частичное вращение плаценты** (в последующем подтверждено гистологически), объем операции расширен до перевязки внутренних подвздошных артерий с 2-х сторон и экстирпации матки без придатков. Объем кровопотери составил 2000 мл – 2,3%. Учитывая острую массивную кровопотерю, произведена реинфузия ауто крови, плазмотрансфузия. При ревизии брюшной полости печень значительно увеличена в размерах, бугристая на ощупь, в толще печени множество узловых образований. В послеоперационном периоде проводился **онкопоиск**.

**Диагноз:** «Первичная опухоль печени. Внутриорганные метастазы в печень. Асцит».

Для дальнейшего обследования и лечения пациентка была переведена в хирургическое отделение ГУЗ ОКОД. По данным ФКС: «**Опухоль сигмовидной кишки**. Проведена биопсия».

**Гистологическое заключение:** «умеренно дифференцированная (криброзная) аденокарцинома толстой кишки».

Через 9 дней после постановки диагноза и 27 дней после родоразрешения пациентка скончалась. **Причина смерти:** полиорганный недостаточность. При патолого-анатомическом исследовании совпадение диагнозов.

**Выводы.** Таким образом, КРР в сочетании с беременностью встречается редко и имеет определенные отличия от КРР в общей популяции. Поздняя диагностика обусловлена тем, что имеющимся симптомам зачастую не придают должного значения – это является серьезной проблемой. Все беременные, предъявляющие жалобы на ректальные кровотечения и запоры, **должны быть осмотрены хирургом и обследованы с выполнением ректороманоскопии**. Лечение КРР на поздних сроках

беременности, как правило, откладывается до момента родов, что связано с риском развития местно-распространенных или генерализованных форм заболевания. Соответственно, при выявлении рака показан **индивидуальный подход к пациентке, требующий начала комплексного лечения и решения вопроса о пролонгировании беременности.**

*Ю.Ю. Коношенко, Д.Р. Касимова, Е.И. Бикмухаметова*

## **КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД ПРИ ВЕДЕНИИ БЕРЕМЕННЫХ С РИСКОМ ВРАСТАНИЯ НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ**

**ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»  
ООО «ЛДЦ МИБС-Ульяновск»**

**Актуальность.** В структуре материнской смертности от кровотечений на первом месте стоит кровотечение при вросшей плаценте. При расположении плаценты в области рубца после предыдущего кесарева сечения в 10-60% случаев наблюдается ее врастание не только в стенку матки, но и в соседние органы. Частота врастания плаценты за последние десятилетия увеличилась в 50 раз. Рост распространенности данного осложнения в немалой степени обусловлен увеличением частоты оперативного родоразрешения и, как следствие, беременностей с рубцом на матке.

Диагноз аномалии прикрепления плаценты во время беременности устанавливается на основании ультразвукового исследования с использованием цветного доплеровского картирования. Эхографические признаки приращения плаценты, следующие: отсутствие четкой границы между плацентой и миометрием, наличие крупных общих, взаимопроникающих сосудов в плаценте и в миометрии, и огромных лакун с воронкообразным движением крови, гиперваскуляризация плаценты и миометрия, чрезмерно большой объем плаценты. Подтверждение диагноза проводилось с помощью магниторезонансной томографии (МРТ). Оценивались такие признаки приращения плаценты, как нечеткость границ между плацентой и миометрием, пролабирование передней стенки матки в нижнем маточном сегменте, истончение миометрия в области послеоперационного рубца, наличие сосудистых лакун, перпендикулярный ход сосудов, ретроплацентарная гипоинтенсивная тень.

**Цель исследования:** оценка плацентарной площадки у беременных с отягощенным анамнезом и предлежанием плаценты с целью диагностики врастания плаценты в миометрий.

**Материалы и методы.** В 2021 году в консультативно-диагностическом отделении ГУЗ УОКБ обследовано 7 женщин с предлежанием плаценты (5 случаев – центральное, 1 – краевое, 1 – низкая плацентация) и оперативным родоразрешением в анамнезе (5 случаев с рубцом после двух операций кесарева сечения, 2 случая с 1 кесаревым сечением в анамнезе). У всех беременных обнаружены косвенные признаки врастания плаценты при ультразвуковом исследовании, подтвержденные впоследствии МРТ. Все беременности разрешились оперативно. 2 – экстирпации матки без придатков, 2 – ампутации матки без придатков, 1 – метростомия (женщина оперирована в НИИЦ АГП им. Кулакова), у двух беременных интраоперационно диагноз не подтвердился.

**Результаты.** Эхографические признаки приращения плаценты чувствительны, но не специфичны. Основная проблема диагностики истинного приращения плаценты заключается в том, что и при УЗИ, и при МРТ миометрий в норме находится в растянутом, то есть в истонченном состоянии, в отличие от патолого-анатомического исследования, когда миометрий сокращен. Достоверность ультразвуковой диагностики зависела от глубины врастания плаценты. Частота совпадения интраоперационного диагноза с предоперационными данными УЗИ и МРТ в нашем исследовании составила 72%.

**Выводы.** Большое значение имеет время установления диагноза «врастание плаценты» – до или во время операции. Комплексная диагностика позволяет определить тактику ведения беременных высокой группы риска по врастанию плаценты, в зависимости от сопутствующих заболеваний, осложняющих течение беременности, рекомендовать для родоразрешения лечебное учреждение соответствующего уровня. Дородовая диагностика врастания плаценты позволяет снизить интраоперационные риски, величину средней кровопотери, значительно повышает вероятность благоприятных исходов для матери и плода.



С.А. Захаревский, А.С. Коновалова, А.В. Телегина

## АНАЛИЗ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ СО СРОКА 12 НЕДЕЛЬ

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

**Актуальность проблемы.** Невынашивание беременности – проблема, значение которой не только не уменьшается со временем, но, пожалуй, даже возрастает. Среди различных форм невынашивания беременности особое место занимает несостоявшийся выкидыш (missed abortion), т.е. гибель эмбриона или плода до 22 недели беременности с длительной задержкой его в полости матки – неразвивающаяся беременность. Неразвивающаяся беременность остается одним из наиболее важных вопросов современного акушерства. Установить истинную причину «замершей беременности» удастся не всегда, однако это очень важно и необходимо для того, чтобы разработать мероприятия по снижению и профилактике развития НБ. (Стрижаков А.Н., 2007; Радзинский В.Е., Милованов А.П., 2004; Подзолкова Н.М., 2013; Салов И.А., 2010).

**Цель исследования:** выявить основные этиологические факторы неразвивающейся беременности.

**Методы исследования:** проводился ретроспективный анализ карт стационарных пациенток гинекологического отделения ГУЗ УОКЦСВМП с использованием морфологических методов исследования, анализа стационарных и амбулаторных карт пациенток.

**Результаты исследования.** Мы провели ретроспективный анализ 486 карт стационарных пациенток гинекологического отделения ГУЗ УОКЦСВМП за период с 2017 г. по 2021 г. со сроком гестации с 13 недель до 22 недель. Контрольная группа была представлена пациентами с прогрессирующей беременностью, состоящими на диспансерном учете. В исследуемой группе в 67% случаев неразвивающаяся беременность отмечена в анамнезе (две и более неразвивающихся беременностей в анамнезе). В 3% случаях неразвивающаяся беременность диагностирована после ЭКО. Возраст пациенток с неразвивающейся беременностью колеблется от 23 до 42 лет. Если проводить анализ сроков гестации, то в 43% случаев неразвивающаяся беременность отмечалась на сроке до 15 недель, в 57% случаев на сроке от 16 до 22 недель. При оценке клинических данных наиболее часто отмечались жалобы на тянущие боли

внизу живота (27%), мажущие кровянистые выделения из половых путей (58%), а у части пациенток жалобы отсутствовали (15%), и диагноз неразвивающаяся беременность был поставлен только по результатам ультразвукового исследования. При анализе амбулаторных карт пациенток мы наблюдали, что в большинстве случаев имелись положительные результаты антител на различную перенесенную в анамнезе инфекцию. Чаще всего отмечали наличие положительных антител при наличии цитомегаловируса (ЦМВ), вируса простого герпеса (ВПГ), уреоплазмоза, вируса краснухи. Кроме того, были выявлены 13 случаев токсоплазмоза. Кроме наличия инфекционного этиологического фактора у 30% пациенток имелся ряд соматической патологии у женщин: хронический пиелонефрит, заболевания сердечно-сосудистой системы: нейро-циркуляторная дистония, операция на сердце (замена клапанного аппарата сердца), заболевавшая эндокринной системы: сахарный диабет I и II, диффузно-токсический зоб, аутоиммунный тиреоидит, гипотиреоз, заболевания дыхательной системы: бронхиальная астма, анемия средней степени и легкой степени тяжести, миопия слабой степени, гинекологическая патология: узловая миома матки. **Также 48% пациенток перенесли во время беременности новую коронавирусную инфекцию.**

При обнаружении неразвивающейся беременности всем пациенткам было проведено прерывание беременности согласно приказу МЗ УО от 23 января 2015 г. № 145р, «Об организации работы перинатального консилиума», и приказа № 1130н от 20 октября 2020 года «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» и клиническим рекомендациям Министерство здравоохранения Российской Федерации Клинические рекомендации «Выкидыш» (самопроизвольный аборт) 2021 г. с последующей эвакуацией плаценты и остатков плодных оболочек путем инструментального опорожнения полости матки – кюретажем.

Обращают на себя внимание результаты гистологических исследований полученного материала – в 42% случаев имеет место прерывание беременности **нарушений в системе гемостаза**, которые привели к:

1) массивным кровоизлияниям и фибриноидным некрозам в плаценте, 2) тромбозам и облитерацией сосудов, 3) образованию субхориальной и суббазальной гемотамы, 4) инфарктов плаценты.

В 35% в гистологическом материале выявлены **воспалительные изменения:** 1) лейкоцитарная инфильтрация; 2) хорионамнионит; 3) децидуит; 4) ворсинки хориона с воспалением.

В 11% случаев нарушения маточной беременности на сроке с 12 до 22 недель имеет место **гормональная недостаточность:** 1) дистрофия

и склерозирование, очаги кальциноза; 2) абсолютная плацентарная недостаточность и деструкция ткани; 3) гипо- и аваскуляризация, нарушение питания ворсинок.

В 12% случаев имели место сочетанные патологии в результатах гистологического исследования.

**Выводы:** таким образом, на основании проведенного исследования необходимо отметить, что причинами развития неразвивающаяся беременность чаще становятся воспалительные заболевания женских половых органов, перенесенная во время беременности вирусная инфекция, узловатая миома матки в сочетании с эндометриозом.

На основании приведенного анализа можно сделать вывод, что неразвивающаяся беременность является достаточно серьезной патологией. При ее формировании необходимо провести углубленное обследование пациентки для выяснения причины гибели эмбриона до планируемой беременности. Для уменьшения вероятности действия возможных повреждающих факторов на течение беременности необходимо проводить: скрининговое обследование, включающее обследование на ИППП, с последующим лечением выявленной инфекции у женщины, а также у супруга; при наличии эндокринных причин следует отправить пациентку на консультацию к эндокринологу, с целью подобрать соответствующую корректирующую гормональную терапию; выявление различных аутоиммунных нарушений и их коррекция; при инфекционном процессе проводят противовоспалительную терапию в сочетании с иммунокорректорами, нормализацию нарушений свертывающей системы крови при диагностировании врожденной или приобретенных форм тромбофилии и антифосфолипидного синдрома, гормональную терапию при эндометриозе, хирургическое лечение при узловых формах миомы матки. При выполнении указанных мероприятий и правильном ведении таких пациенток повышается вероятность наступления нормальной беременности.

*С.С. Чистякова, Д.Р. Касимова*

## СЛОЖНОСТЬ ДИАГНОСТИКИ ШЕЕЧНО- ПЕРЕШЕЕЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ. ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»

**Актуальность.** Шеечная беременность – это разновидность вне-маточной беременности, при которой оплодотворенная яйцеклетка

прикрепляется к стенкам шейки матки. По разным данным частота патологии составляет 1 на 9000-12000 беременностей, то есть примерно 0,1-0,4%. Данная локализация внематочной беременности наиболее опасна для жизни женщины, так как атипичная имплантация плодного яйца приводит к тому, что ворсины хориона быстро прорастают слизистую оболочку и проникают в мышечные слои шейки матки, что представляет выраженную опасность на ранних сроках в виде кровотечения. Причинами аномального прикрепления плодного яйца при шеечной беременности становятся изменения эндометрия, обусловленные частыми искусственными абортными, повторными диагностическими выскабливаниями слизистой оболочки матки, эндометритом, длительным применением внутриматочных контрацептивов, подслизистые миоматозные узлы, рубцовые изменения в области внутреннего маточного зева, вызванные предыдущими оперативными вмешательствами.

**Цель исследования.** На примере клинического случая показать сложность и значимость ультразвуковой диагностики шеечно-перешеечной беременности на ранних сроках.

**Материалы и методы.** Пациентка С., 40 лет поступила в гинекологическое отделение УОКБ с жалобами на кровянистые выделения из половых путей. Акушерско-гинекологический анамнез отягощен: «В анамнезе пациентки 3 кесаревых сечения, двое живых детей. Третье кесарево сечение в ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» МЗ России по поводу врожденного порока сердца плода и вращения плаценты».

**Результаты.** Ультразвуковое исследование (УЗИ) проводилось на аппарате экспертного класса VOLUSON E8 трансвагинальным датчиком. При выполнении трансвагинального УЗИ малого таза описано плодное яйцо со средним внутренним диаметром 21,6 мм, расположенное на границе перешейка и полости матки, низко, содержащее живой эмбрион с копчико-теменным размером 6,6 мм, вокруг плодного яйца при ЦДК выраженный кровоток и участок отслойки с формированием ретрохориальной гематомы. Длина шейки матки при осмотре 21,5 мм. При динамическом осмотре через несколько дней длина сохраненной шейки матки 10 мм, с расширением цервикального канала. В проекции задней стенки перешеечной области четкие границы между хорионом и стенкой матки отсутствовали, визуализировалась расширенная сосудистая сеть, что являлось УЗ- признаками врастания хориона в шеечно-перешеечную область, на основании чего выставлено УЗ-заключение: «Эктопическая беременность по типу шеечно-перешеечной с ЭХО-признаками врастания хориона». Учитывая высокий риск осложнений с угрозой жизни

для женщины при дальнейшем пролонгировании беременности, было принято решение провести оперативное лечение в объеме гистерэктомии в условиях гинекологического отделения ГУЗ УОКБ. В результате патолого-анатомического исследования клинический и ультразвуковой диагноз подтвердился.

**Выводы.** В нашем клиническом случае мы столкнулись со сложностью диагностики шеечно-перешеечной внематочной беременности в связи с тем, что динамика сывороточного уровня ХГЧ при данной патологии не отличается от маточной беременности. Поэтому ультразвуковое исследование, и прежде всего трансвагинальная эхография, является основным методом диагностики внематочной беременности. Для дифференциальной диагностики с маточной беременностью необходимы надежные эхографические критерии. Ранняя трансвагинальная эхография показана всем пациенткам с факторами риска при подтверждении факта беременности, поскольку ранняя диагностика и своевременное индивидуализированное лечение позволяют снизить число осложнений.

*А.А. Шумбасов, Л.Ю. Долгих, Ю.К. Данилова, А.Б. Разумов, А.В. Козлов*

## **РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОВЕДЕНИЮ НЕЙРООКСИАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ КЕСАРЕВОМ СЕЧЕНИИ У ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ**

**ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»**

**Актуальность.** По последним оценкам ВОЗ, более 1 млрд человек в мире имеют избыточную массу тела. В экономически развитых странах доля населения с избыточной массой тела достигает почти 50%, из них 30% страдает ожирением. В России в среднем 30% лиц трудоспособного возраста страдают ожирением и 25% – с избыточной массой тела. Несмотря на значительные экономические затраты по профилактике и лечению ожирения, летальность в возрасте 20–35 лет при патологическом ожирении превышает среднестатистическую в 12 раз, в основном, от сердечно-сосудистых осложнений. Ожирение – хроническое обменное заболевание, возникающее в любом возрасте, проявляющееся избыточным увеличением массы тела, преимущественно, за счет чрезмерного накопления жировой ткани, сопровождающееся увеличением случаев общей заболеваемости и смертности.

**Цель исследования** – изучить особенности проведения и течения нейроаксиальной анестезии при операции кесарево сечение у женщин с ожирением.

**Материалы и методы исследования.** Исследование проведено на основании опыта использования нейроаксиальных методов анестезии при кесаревом сечении у женщин с ожирением. Для диагностики и определения степени ожирения использовался индекс массы тела, который измеряется в  $\text{кг}/\text{м}^2$  и рассчитывается по формуле:  $\text{ИМТ} = m/h^2$ , где:  $m$  – масса тела в килограммах,  $h$  – рост в метрах.

Всего классифицируется 3 степени ожирения:

1 степень – ИМТ 30–34,9; 2 степень – 35–39,9; 3 степень – 40 и более.

Изучено 145 случаев нейроаксиальной анестезии при ожирении, что составило 18,2% от общего количества оперированных женщин.

За 2020 г количество операций кесарево сечение, с использованием методов нейроаксиальной анестезии составило 797 случаев.

Из 145 пациенток с диагнозом ожирение: 66 женщин с ожирением 1 степени, 51 женщина с ожирением 2 степени, 28 женщин с ожирением 3 степени.

С клинической точки зрения особое внимание следует уделять

пациентам с абдоминальным типом патологического ожирения ( $ИМТ > 40 \text{ кг/м}^2$  – 3 степень ожирения), что соответствует 3 классу по ASA.

В нашем лечебном учреждении проводились спинномозговая и эпидуральная анестезии у данной группы женщин. Преимущественно выполнялась спинномозговая анестезия. Из 145 анестезий – 120 случаев спинномозговой и 25 случаев эпидуральной анестезии. Изучив гемодинамические эффекты нейроаксиальной анестезии, особенности спонтанного дыхания, технические и другие важные аспекты обезболивания этой группы пациентов можно сформулировать следующие рекомендации по проведению нейроаксиальной анестезии у пациенток с ожирением:

1. Преимущественно используются иглы увеличенной длины. В нашем лечебном учреждении мы используем иглы длиной 103 мм, с заточкой Pencil – Point.

2. Пункцию спинномозгового пространства или катетеризацию эпидурального пространства лучше проводить в положении пациентки сидя, так как средняя линия остистых отростков в этом случае лучше идентифицируется, по сравнению с положением на боку. Также имеются данные о том, что в положении сидя эпидуральное/спинномозговое пространство находятся ближе к кожным покровам по сравнению с положением пациентки на боку.

3. Во избежание высокого блока доза местного анестетика должна быть уменьшена в среднем на 25–30%.

4. У пациенток с ожирением нейроаксиальная анестезия может вызвать слабость грудной мускулатуры, тем самым усиливая отрицательное воздействия ожирения на легочную механику. Однако лёгочная механика чаще всего улучшается сразу после извлечения плода. Нужно быть всегда готовым к экстренному переводу пациентки на ИВЛ.

5. Рекомендуются укладывать пациентку в положение на спине с приподнятым головным концом для увеличения функциональной остаточной ёмкости легких и, как следствие, увеличения оксигенации. Необходимо уложить женщину таким образом, чтобы мысленно можно было провести горизонтальную линию, соединяющую грудину и ухо пациентки, что обычно достигается подкладыванием под спину и плечи дополнительных валиков. Такое положение также улучшает условия для проведения интубации трахеи, упрощает масочную вентиляцию. Также положение пациентки на операционном столе должно быть с наклоном 15 градусов влево, во избежание кавальной компрессии.

6. Во время проведения анестезии необходимо проводить профилактику гипотонии с применением вазопрессоров. В нашем лечебном учреждении мы используем раствор фенилэфрина в/в перфузором

на протяжении всего анестезиологического пособия с обязательным контролем неинвазивного артериального давления широкими манжетами для тонометрии, а также других параметров Гарвардского стандарта.

**Выводы.** Знание особенностей и выполнение рекомендаций по нейроаксиальной анестезии у пациенток с ожирением при кесаревом сечении позволяет снизить частоту таких осложнений, как: высокий спинальный блок, нарушения гемодинамики в виде выраженной гипотензии вплоть до остановки кровообращения, осложнения, связанные с дыхательной недостаточностью: снижение оксигенации, тем самым обеспечивая максимальную безопасность пациента. Операционные должны быть дополнительно оснащены широкими манжетами, длинными иглами, наборами для обеспечения проходимости дыхательных путей.

*Л.Ю. Архиреева, Т.А. Зайцева, Т.Ю. Корнилова,  
А.А. Архиреева*

## **ВЫСОКОЧАСТОТНАЯ РЕСПИРАТОРНАЯ ТЕРАПИЯ СИНДРОМА УТЕЧКИ ВОЗДУХА У НЕДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО**

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

**Актуальность.** Методика назальной СРАР достаточно давно стала приемлемой альтернативой традиционной ИВЛ у новорожденных. Этот метод уже считается ведущим в лечении дыхательной недостаточности при РДС у недоношенных новорожденных. Ранний СРАР рекомендован к применению Российской ассоциацией специалистов перинатальной медицины. Однако частым осложнением респираторной поддержки у недоношенных новорожденных считается синдром утечки воздуха. К синдромам утечки воздуха из легких относятся осложнения, возникающие при разрыве альвеол и накоплении воздуха в окружающих пространствах и тканях. Эти осложнения могут развиваться у новорожденных спонтанно (вне связи с терапевтическими процедурами), но чаще они возникают при искусственной или вспомогательной вентиляции легких, а также при использовании методики СРАР.

**Цель исследования** – провести анализ отечественной и мировой литературы, клинических рекомендаций, описать клинический случай

недоношенного новорожденного с синдромом утечки воздуха, обозначить особенности его течения.

**Материал и методы исследования.** Был произведен аналитический обзор доступных нам литературных данных. В исследование были включены статьи отечественной и зарубежной литературы, опубликованные в течение последних 25 лет и анализ клинических рекомендаций по ведению новорожденных с респираторным дистресс-синдромом, анализ клинического случая недоношенного новорожденного с синдромом утечки воздуха, находящегося на лечении в отделении анестезиологии и реанимации № 2 ГУЗ ГКБ св. ап. Андрея Первозванного г. Ульяновска.

**Результаты.** В ходе анализа было выявлено, что высокочастотная ИВЛ, проводимая малыми дыхательными объемами с высокой частотой для снижения травмирующего действия жестких параметров традиционной ИВЛ рекомендована в изученной литературе, как реанимационное пособие при развившемся синдроме утечки воздуха. При анализе клинического случая было установлено, что с использованием высокочастотной вентиляции легких, синдром утечки воздуха был купирован на 3-и сутки, удаление дренажей плевральной полости – на 4-е сутки, экстубация – на 5-е сутки.

**Выводы.** Высокочастотная искусственная вентиляция легких широко используется в отечественных и зарубежных перинатальных центрах, в частности, среди недоношенных новорожденных с синдромом утечки воздуха; позволяет снизить процент тяжелых осложнений, процент летальности и существенно повысить их качество жизни, уменьшить количество дней нахождения в реанимационном отделении.

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

### ПРОВЕДЕНИЕ МРТ-ОБСЛЕДОВАНИЯ С АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКИМ ПОСОБИЕМ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

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

**Актуальность** исследуемой темы. Магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга является самым информативным, точным и безопасным методом обследования. Чтобы на снимках не оказалось артефактов (неточностей, ошибок), пациенту необходимо в течение всего периода обследования лежать неподвижно. МРТ головного мозга

обычно занимает от 20 минут до нескольких часов, и для многих нахождение в замкнутом пространстве в неподвижном состоянии столь долгое время становится сильным стрессом. Особенно тяжело вынести такую процедуру детям, которые и в обычном состоянии с трудом могут лежать неподвижно. Именно поэтому практически всегда делается МРТ ребенку под наркозом. По той же причине МРТ под наркозом проводится пациентам, страдающим психоневрологическими проблемами, когда порог возбудимости ЦНС высокий. При таком заболевании, как эпилепсия, МРТ головного мозга делают только под наркозом. Общий наркоз – это единственный способ провести обследование посредством МРТ с точными и качественными результатами.

**Цель исследования** – оценить частоту проведения МРТ, потребовавших проведения анестезиологического пособия у детей на базе ГУЗ УОДКБ имени политического и общественного деятеля Ю.Ф. Горячева.

**Методы исследования.** В апреле 2021 года на базе ГУЗ УОДКБ появилась возможность проведения МРТ обследования пациентов детского возраста под наркозом, благодаря появлению специального МРТ-совместимого анестезиологического оборудования (защищенные наркозный аппарат со всеми необходимыми современными режимами ИВЛ, монитор слежения витальных функций, автоматические шприцевые дозаторы, ларингеальные маски). Возможно проведение любого вида анестезиологического пособия для детей разных возрастных групп.

**Результаты.** За период с апреля 2021 года по февраль 2022 года было проведено более 100 обследований с применением преимущественно ингаляционной, внутривенной анестезии, возможность проведения МРТ обследования для тяжелых больных отделений реанимации всех возрастных групп, требующих респираторной и инотропной поддержки во время длительного исследования.

**Выводы.** В статье описывается первый опыт проведения анестезиологического пособия наркозным ингаляционным средством (Севоран) в г. Ульяновске при МРТ исследовании у детей с использованием ларингеальной маски на фоне самостоятельного дыхания – метод является наименее инвазивным с наименьшим риском осложнений по сравнению с эндотрахеальным анестезиологическим пособием.

Обеспечение анестезиологического пособия создает возможность проведения МРТ обследования детям с особенностями психосоматического статуса, различными патологиями ЦНС, любой длительности обследования. Широкий выбор анестезии под разный возраст и особенности развития ребенка, тяжести состояния. Полный адекватный мониторинг во время проведения анестезии обеспечивает высокую безопасность и информативность при проведении манипуляции.

*Н.Д. Харитонов, К.О. Тякин, Е.П. Ульянин, А.О. Яроцкова*

## ПЕРИФЕРИЧЕСКИ ИМПЛАНТИРУЕМЫЙ ЦЕНТРАЛЬНЫЙ ВЕНОЗНЫЙ КАТЕТЕР-PISS

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

**Актуальность** исследуемой темы. Онкологические больные, как правило, получают длительную внутривенную медикаментозную терапию, в связи с чем необходим индивидуальный подход к выбору варианта венозного доступа. Помимо традиционных периферических венозных катетеров, распространены центральные венозные катетеры (ЦВК), вводимые через внутреннюю яремную или подключичную вену (постановка данных катетеров сопряжена с высокими рисками) и периферически имплантируемые центральные венозные катетеры (PISS). На выбор оптимального варианта венозного доступа влияют длительность проведения терапии, ее кратность и регулярность, требования к уходу за системой, комфорт для пациента и удобство для медицинского персонала, степень повреждающего воздействия на венозную стенку, риск возникновения осложнений.

**Цель исследования.** Определение применения наименее инвазивного устройства с самым низким риском осложнений, которое может быть использовано на протяжении всего курса лечения для детей преимущественно по профилю онкогематологии на базе ГУЗ УОДКБ.

**Методы исследования.** В 2021 году на базе ГУЗ УОДКБ было имплантировано 2 PISS катетера детям, проходящим длительные курсы терапии в отделении онкогематологии, с нарушениями свертывающей системы крови, что влечет за собой высокие риски при постановке ЦВК даже под УЗИ мониторингом.

**Результаты.** Установленные PISS-катетеры у двух пациентов в 2021 году отменили необходимость многократных постановок традиционных ЦВК для проведения длительных блоков химиотерапий, МРТ и КТ обследований с контрастным усилением, снизив риск осложнения от непосредственно самой манипуляции катетеризации, необходимости сопровождения анестезиологического пособия для создания комфорта пациентов, снижен риск септических осложнений. Возможность сохранения венозного доступа между блоками терапии, без дискомфорта для пациента и мед. персонала.

**Выводы.** Большинство детей, проходящих лечение в отделении онкогематологии ГУЗ УОДКБ, имеют необходимость в постановке ЦВК

для специализированного лечения, с последующим удалением катетера при окончании блока терапии, и повторной катетеризации центральной вены для проведения следующего курса лечения. PISS обладают всеми положительными качествами устройств центрального венозного доступа, но при этом позволяют избежать или отсрочить осложнения, связанные с процедурой имплантации ЦВК. Имплантация через периферическую вену, исключая возможность развития пневмоторакса и гемоторакса, ранения общей сонной или подключичной артерии, присущие традиционным методам катетеризации центральных вен. Длительный период использования – при условии правильной эксплуатации. Комфорт для пациента: возможность соблюдения личной гигиены (в т.ч. принятия душа) и отсутствие ограничений в движениях, что существенно улучшает качество жизни. Возможность проведения лечения в амбулаторном режиме. Невысокая частота осложнений и возможность их консервативного устранения. Таким образом, PISS – одно из наиболее эффективных устройств для проведения внутривенного лечения сроком до 1 года в том случае, если имплантация порт-системы на этот период времени менее целесообразна. В то же время требуются дальнейшие доказательные исследования, посвященные сравнению возможностей PISS и подкожно имплантируемых порт-систем для центрального венозного доступа.

На 2022 год запланирована постановка 10 PISS катетеров.

*Л.Ю. Архиреева, Т.А. Зайцева, Т.Ю. Корнилова,  
А.А. Архиреева*

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПОЛИКОМПОНЕНТНОЙ ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ТОНЗИЛЭКТОМИИ И/ИЛИ АДЕНОИДЭКТОМИИ У ДЕТЕЙ С УМЕНЬШЕНИЕМ ДОЗЫ НЕДЕПОЛЯРИЗУЮЩИХ МИОРЕЛАКСАНТОВ ДО 0,1 МГ/КГ НА ФОНЕ ИНГАЛЯЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИИ СЕВОФЛЮРАНОМ

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

**Актуальность.** Настороженность в отношении риска остановки сердца на фоне индуцированной сукцинилхолином гиперкалиемии

удетей с недиагностированными заболеваниями мышечной ткани послужила основанием к ограничению использования сукцинилхолина для плановой интубации трахеи. Альтернативным способом индукции анестезии является глубокая ингаляционная анестезия, использование комбинации пропофола с короткодействующими опиоидами и минимальной дозой недеполяризующих миорелаксантов для уменьшения продолжительности их действия.

**Цель исследования** – улучшение качества анестезии за счет снижения количества миорелаксанта в поликомпонентной анестезии, уменьшение времени действия миорелаксанта, подбора оптимального режима общей анестезии пропофолом и фентанилом, с учетом индивидуальных особенностей пациента, в частности, степени риска трудной интубации трахеи, предотвращение послеоперационных осложнений.

**Материал и методы исследования.** С ноября 2020 г. по февраль 2022 г. в ГУЗ ГКБ № 1 г. Ульяновска проведено 30 анестезиологических пособий детям до 10 лет для обеспечения аденоидэктомии и/или тозилэктомии с уменьшением дозы миорелаксанта до 0,1 мг/кг, которые были выделены в 1-ю группу, изучено 58 протоколов анестезии, в которых общая анестезия проводилась традиционно, с использованием для миорелаксации атракурия безилата 0,4 мг/кг – 2-я группа.

Периоперационная тактика 1-й группы (премедикация, индукция и поддержание анестезии) была следующей: Премедикация: атропин 0,1 мг/кг использована в 100% случаях. Мониторное оборудование (ASA стандарт): ЭКГ, SPO<sub>2</sub>, АД (автомат, каждые 3-5 мин), капнография, температура тела. Индукция для ребенка до 10 лет (без внутривенного доступа): в обеих группах индукция осуществлялась болюсной подачей севофлурана 8 об.% с газотоком 6 л/мин, осуществлялась вспомогательная вентиляция по поддержке давлением в режиме нормовентиляции (ETCO<sub>2</sub> 35–38), устанавливали внутривенный периферический катетер. Вводили внутривенно 0,2 мг/кг дексаметазона (не более 8 мг) с целью профилактики послеоперационной тошноты и рвоты и 0,005% фентанил (2 мкг/кг), атракурия безилат 0,1 мг/кг. При наличии внутривенного доступа (дети с положительной психоэмоциональной настроенностью к внутривенной катетеризации) – индукция после преоксигенации 3мг/кг пропофола, 2мкг/кг фентанила, атракурия безилат 0,1 мг/кг. Затем – прямая ларингоскопия и интубация трахеи. Под плечи и голову подкладываются валики, с целью создания легкой Trendelenburg позиции. Внутривенно вводится 30мг/кг Цефазолина, ингибиторы Фибринолиза. Хирург устанавливает специальный роторасширитель и начинает операцию, которая продолжается 10–15 минут. Пациент дышит спонтанно через эндотрахеальную трубку. Минутная вентиляция, объем вдоха контролируется аппаратом

ИВЛ. После окончания операции валики удаляются. После отсасывания ротового содержимого (гемостаз обычно очень тщательный при кровопотере в 10–50 мл) производится «деер» экстубация, т.е. экстубация спонтанно дышащего пациента, находящегося в хирургической стадии анестезии. Пациент транспортируется в палату послеоперационного наблюдения, где обычно просыпается в течение 5–10 минут при постоянном мониторинге ЭКГ, SPO<sub>2</sub>, АД и подаче кислорода через лицевую маску.

**Результаты.** В послеоперационном периоде проведен опрос детей и родителей на предмет психофизиологического комфорта ребенка, оценивалась эмоциональная нагрузка на ребенка и медперсонал. После экстубации в карту наблюдения заносились наличие кашля, сиплость голоса, жалобы на боли в горле. Для оценки послеоперационной боли и дискомфорта у детей нами использовалась модифицированная шкала MOPS (Modified Objective Pain Score). Параметры, оцениваемые в шкале, следующие: плач, двигательная реакция, возбуждение, поза и речь. К окончанию оперативного вмешательства в группе без применения миорелаксантов у всех пациентов отмечено восстановление адекватного самостоятельного дыхания. В группе с применением миорелаксантов в стандартной дозировке самостоятельное дыхание восстановилось достоверно позже, чем в 1-й группе. Более раннее время экстубации, с момента окончания операции, наблюдалось в группе с меньшей дозой миорелаксантов. Необходимо отметить, что в группе с меньшей дозировкой миорелаксантов наблюдалось более быстрое восстановление сознания, дети через 4 мин с момента экстубации выполняли простые команды и отвечали на вопросы персонала. В то время как в группе с применением стандартной схемы введения миорелаксантов время, через которое пациенты были контактными, составило 8 мин. Мы связываем это с взаимопотенцирующим действием ингаляционного анестетика, наркотического анальгетика и миорелаксанта. Согласно шкале послеоперационной боли и дискомфорта у детей (MOPS), уровень беспокойства был более низким в раннем послеоперационном периоде в группе с меньшим количеством миорелаксантов, составив в среднем 2 балла, в то время как во 2-й группе шкала беспокойства составила 3 балла. Надо отметить, что более выраженный уровень послеоперационной боли и дискомфорта наблюдался у пациентов 2-й группы, составив 29,6%, а в группе с меньшим количеством миорелаксантов – 7,4%. Также по результатам нашего тестирования в 1-й группе в первые 15 мин у 7,4% пациентов не зафиксировано послеоперационной боли и наличия дискомфорта, а во 2-й группе послеоперационное беспокойство и дискомфорт отмечались у всех пациентов. Через 15 мин послеоперационный дискомфорт был более выражен в группе

с применением стандартных доз миорелаксантов, но показатели не превышали 3 баллов по шкале MOPS в обеих группах. В послеоперационном периоде наблюдались следующие осложнения, связанные с интубацией трахеи: осиплость голоса – у 3,7% детей в 1-й группе, кашель после экстубации – у 7,4% в обеих группах, боль в горле – у 3,7% в 1-й группе и у 7,4% – во 2-й группе.

**Выводы.** Применение севорана и фентанила в дозе 1 мкг/кг, атракурия безилата 0,1 мг/кг обеспечивают комфортные условия для интубации у детей при аденотонзиллотомиях, что подтверждается визуализацией голосовой щели при прямой ларингоскопии, согласно классификации Кормака–Лихана, а также отсутствием ответных реакций на установку эндотрахеальной трубки. Использование внутривенного анестетика Пропофола с Фентанилом обеспечивают адекватное поддержание анестезии при кратковременных ЛОР-хирургических вмешательствах, что подтверждается стабильностью показателей гемодинамики и клиническим течением анестезии. Интубация трахеи у детей при аденотонзиллотомиях со сниженным количеством миорелаксантов обеспечивает самостоятельное дыхание к окончанию оперативного вмешательства с последующим более быстрым восстановлением сознания, что способствует ранней экстубации пациента – а это, в свою очередь – более ранней активизации пациента с последующей выпиской домой.

*А.И. Дьяков, А.В. Козлов, М.Е. Палаткина*

## МЕДИЦИНСКАЯ ТРАНСПОРТИРОВКА БОЛЬНЫХ В КРИТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»

**Цель и актуальность.** 1. Ознакомить практикующих врачей с методикой медицинской эвакуации пациентов, находящихся в критическом состоянии. 2. Отобразить проблемы, стоящие перед службой, осуществляющей эвакуацию находящихся в критическом состоянии.

Медицинская транспортировка – процесс перемещения пациента, осуществляемый медицинским персоналом для проведения лечебных или диагностических мероприятий. Она подразделяется на 2 вида: внутригоспитальная и межгоспитальная.

В данной статье рассматривается межгоспитальная транспортировка, а именно транспортировка пациентов, находящихся в критическом состоянии. В настоящее время перемещение пациента в критическом

состоянии в специализированное лечебное учреждение является важной задачей, которая порой играет важнейшую роль в выздоровлении пациента. Можно сказать, что это один из этапов оказания медицинской помощи и проведения интенсивной терапии.

Транспортировка пациента в критическом состоянии является потенциально дестабилизирующим фактором и сопровождается риском развития вторичных осложнений. Для принятия решения о необходимости проведения транспортировки необходимо оценить вероятные риски развития возможных осложнений. Если предполагаемая польза от диагностической или лечебной процедуры не превышает риск от транспортировки, то следует пересмотреть необходимость её проведения. По экстренным и неотложным показаниям межгоспитальная транспортировка должна осуществляться по крайней необходимости и с учётом обоснованного риска, когда опасность, угрожающая здоровью пациента, не может быть устранена иными способами, а риск отказа от данной манипуляции может превышать риск возможных осложнений и смертельного исхода.

Оценка соотношения риск-польза проводится на основании: профессионального суждения специалиста, объективных данных о состоянии пациента, лабораторных и дополнительных методов исследования. Врач объясняет пациенту /если это возможно/ или его законному представителю, необходимость проведения лечебной или диагностической процедуры, возможные осложнения и риски, связанные с проведением транспортировки, после чего получает согласие на её осуществление. При сомнительных ситуациях решение принимается консилиумом врачей с участием заведующего отделением, лечащего или дежурного врача. В случае если собрать консилиум невозможно – непосредственно с лечащим/дежурным врачом с внесением такого решения в медицинскую документацию пациента и последующим уведомлением должностных лиц медицинской организации.

**О противопоказаниях к медицинской эвакуации.** Вопрос дискуссионный в современных реалиях. Много зависит от подготовки медицинского персонала, оснащения транспортного средства (реанимобиль класса “С” согласно приказу 154н от 31 марта 2008 года). В изданиях, которые встречаются по этому вопросу, как противопоказания выделяют: 1. Несостоятельность хирургического гемостаза, продолжающееся кровотечение. 2. Отек головного мозга с прогрессированием дислокационного синдрома. 3. Рефрактерный шок любого генеза. 4. Прогрессирующая декомпенсация функции сердечно-сосудистой системы на фоне продолжающегося введения адреномиметиков с постоянно увеличивающейся



дозировкой. 5. Дыхательная недостаточность с прогрессирующим нарушением оксигенации на фоне проводимой респираторной терапии.

Все это должно браться в расчёт, но последнее слово остаётся за врачом, осуществляющим транспортировку. Большое значение в этом случае имеет подготовка больного к транспортировке. Здесь мы основываемся на приказе Минздрава РФ №388н от 20 июня 2013 – Правила осуществления медицинской эвакуации при оказании скорой, в том числе скорой специализированной помощи, в редакции от 22.01.2016 № 33н пункт 8, где подготовка пациента возложена на ЛПУ, отправляющего больного в специализированное лечебное учреждение. Подготовительные мероприятия перед транспортировкой должны быть направлены на стабилизацию жизненно важных функций и должны включать: поддержание достаточной оксигенации и элиминации углекислоты, поддержание среднего артериального давления выше 80 мм. рт. ст., что обеспечивает адекватный сердечный выброс и поддержание оптимального уровня тканевой перфузии с адекватным темпом диуреза.

Повышение безопасности транспортировки пациента в критическом состоянии может быть достигнуто путём привлечения опытных специалистов, обеспечением достаточного объёма мониторинга и принятием организационных решений для конкретного лечебного учреждения. Хотелось бы остановиться на факторах, которые негативно влияют на состояние пациента при транспортировке: 1. Необходимость применения транспортных вариантов ИВЛ. 2. Изменение положение тела и перемещение с одной поверхности на другую. 3. Ускорение и замедление в процессе движения.

В процессе транспортировки происходит изменение условий оказания помощи, изменения характера вентиляции и смена режима вентиляции. Шум, дискомфорт, температурные изменения окружающей среды, собственно факт проведения лечебной процедуры дополнительно формируют физиологический стресс. У пациента в критическом состоянии могут быть частично или полностью истощены физиологические резервы. Неблагоприятные факторы транспортировки у такой категории пациентов могут декомпрессировать состояние и привести к необратимым последствиям и смерти.

Участвуя многие годы в осуществлении транспортировки больных в критическом состоянии, мы сталкиваемся с такими проблемами, как: недостаточное оснащение транспортной аппаратуры; отсутствие регламентирующих документов; несоответствие медицинской информации о состоянии пациента реальной действительности, которое создаёт риск для эффективной и безопасной транспортировки реанимационных пациентов.

**Выводы.** 1. Медицинская транспортировка, как один из этапов интенсивной терапии, требует высококвалифицированной транспортной бригады. 2. На современном этапе большое значение имеет укрепление материально-технической базы: платформа реанимобиля класса С, транспортная дыхательная аппаратура, аппараты мониторинга витальных функции, перфузоры и т.д. 3. Ответственность за безопасность транспортировки несёт на себе не только транспортная бригада, но и ЛПУ, откуда проводится эвакуация.

Ю.В. Мидленко, Н.Ю. Брокерт, Е.С. Куликова

## ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ГИГАНТСКОЙ МИКСОМЫ ПРАВОГО ПРЕДСЕРДИЯ У БОЛЬНОЙ С COVID-19

ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска»

Миксома сердца – одна из редко встречаемых патологий сердечно-сосудистой системы со «злокачественным» течением. Неблагоприятное течение связано с высоким риском острого развития тромбоэмболических осложнений и внутрисердечной обструкции. Это обуславливает необходимость неотложного хирургического лечения. Миксомы в правом предсердии встречаются гораздо реже, чем в левом. Из-за низкой заболеваемости, многообразия и неспецифичности клинической картины, идентификация миксом в клинической практике может быть весьма затруднительна. Эхокардиография (ЭхоКГ) является высокодостоверным неинвазивным методом диагностики опухолей сердца, позволяющим предположить тип новообразования, оценить его локализацию и анатомические особенности (размеры, место крепления к полостям сердца, наличие ножки, подвижность), на основании чего можно планировать тактику хирургического лечения.

Представляем клинический случай миксомы правого предсердия у больной с COVID-19. Интерес представляют гигантские размеры опухоли, нечастая локализация миксомы в правом предсердии, виллезная структура образования с угрозой фрагментации, тромбоэмболический синдром и динамическая обструкция трикуспидального клапана, а также высокий риск повторных эмболий, обусловивший необходимость экстренного хирургического вмешательства в условиях ковидного госпиталя.

Больная Н., 29 лет, находилась на лечении в госпитале для больных новой коронавирусной инфекцией на базе ГУЗ ЦГКБ г. Ульяновска с диагнозом: Коронавирусная инфекция, вызванная вирусом COVID-19, вирус идентифицирован, средней степени тяжести. Внебольничная двусторонняя пневмония средней степени тяжести. КТ 1. ДН 0. Миксома полости правого предсердия с динамической обструкцией трикуспидального клапана, виллезная форма с высоким риском фрагментации. Недостаточность трикуспидального клапана 3-4 ст. Дилатация правых камер сердца. Дилатация ствола легочной артерии. Тромбоэмболический синдром – ТЭЛА. Высокая легочная гипертензия.

Поступила 20.11.2021 с жалобами на одышку, дискомфорт в области сердца, усиливающийся при глубоком вдохе, общую слабость. Заболела остро 06.11.2021, когда появилась выраженная одышка, головокружение, резкая слабость. Госпитализирована в УОКЦСВМП, где на КТ органов грудной клетки с контрастным усилением диагностирована двусторонняя тромбоэмболия долевых и сегментарных артерий; на ЭхоКГ выявлено большое образование в полости правого предсердия (ПП), расцененное как тромб. Переведена в УОКБ 19.11.2021, где на эхокардиографии заподозрена миксома ПП. При подготовке к экстренному оперативному лечению в ФМУ выявлен положительный ПЦР-тест на COVID-19, в связи с чем 20.11.2021 переведена в госпиталь для лечения больных с новой коронавирусной инфекцией на базе ГУЗ ЦГКБ г. Ульяновска. При поступлении состояние средней тяжести. Сознание ясное. Температура тела 36,6°C. Кожные покровы обычной окраски. Ослабленное дыхание в нижних отделах легких с обеих сторон. ЧДД 18 в мин, сатурация 99% на атмосферном воздухе. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 100 уд/мин. АД 119/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Периферических отеков нет.

**Результаты исследований.** ЭхоКГ от 22.11.2021. Правые камеры сердца расширены. Правый желудочек (ПЖ): 36,5 мм в поперечнике (продольное сечение по длинной оси), 44,2 мм (базальный размер). ПП 42×48 мм, объем ПП 59,6 мл, индекс объема ПП 34,9 мл/м<sup>2</sup>. Гипокинезия свободной стенки ПЖ при сохраненной подвижности апикального сегмента (признак McConnell). Парадоксальное движение межжелудочковой перегородки (МЖП). TAPSE 18,7 мм. В полости ПП лоцируется большое объемное образование размерами 77×34 мм, неправильной гроздевидной формы, неоднородной структуры, с множественными отростками, с высоким риском фрагментации. Образование широким основанием крепится к межпредсердной перегородке (МПП) в средней трети, выполняет практически всю полость ПП в систолу, глубоко пролабирует в ПЖ в диастолу (рис. 1), создавая динамическую обструкцию трикуспидального клапана (ТК). Створки ТК морфологически не изменены. Оценка степени трикуспидальной регургитации (ТР) затруднена, т.к. вся полость ПП занята новообразованием. Легочная артерия расширена: 25 мм на уровне фиброзного кольца. Расчетное систолическое давление в легочной артерии (СДЛА) по градиенту ТР 62 мм рт. ст. Признаки значительной легочной гипертензии. Нижняя полая вена не расширена, 17,1 мм, недостаточно коллабирует на вдохе. Левые камеры сердца не расширены. Систолическая функция левого желудочка (ЛЖ) сохранена, фракция выброса ЛЖ 67%. Небольшой выпот в полости перикарда, листки перикарда не изменены. Заключение: гигантская миксома правого

предсердия с высоким риском фрагментации. Динамическая обструкция приточного тракта правого желудочка. Эхо-признаки острого легочного сердца. Значительная легочная гипертензия.

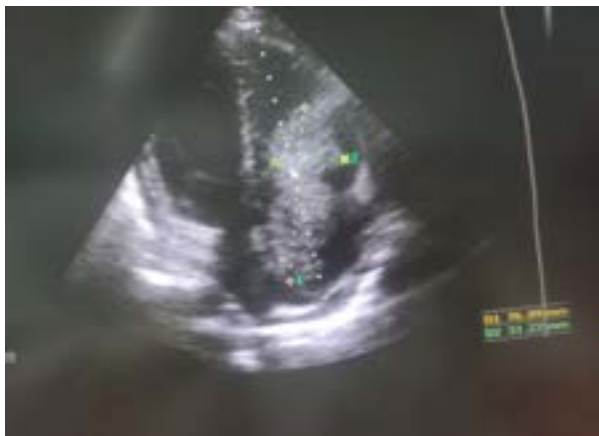


Рис.1. Гигантская миксома правого предсердия.

Трансторакальная эхокардиография. Характерное для миксомы крепление на ножке к межпредсердной перегородке в области овальной ямки. Динамическая обструкция трикуспидального клапана. Высокий риск эмболии легочной артерии.

Дуплексное сканирование вен и артерий нижних конечностей от 22.11.2021. Патологии и нарушения кровотока не выявлено.

КТ ОГК от 17.11.2021 (ЦК МСЧ). С обеих сторон, преимущественно в нижних отделах, с преобладанием периферического распределения, определяются множественные участки уплотнения легочной ткани, широким основанием прилежащие к плевре, с утолщенным интерстицием, с наличием участков консолидации. В перикарде свободная жидкость шириной 1,8 см. Заключение: «Средняя вероятность пневмонии COVID-19. Выявленные изменения неспецифичны и более характерны для ТЭЛА, инфаркт-пневмонии. Гидроперикард».

КТ ОГК от 20.11.2021. Двусторонняя вирусная пневмония. КТ 1 (13,2%).

Рентгенография ОГК от 23.11.2021. По всем полям обоих легких определяется усиление легочного рисунка по смешанному типу с субплевральными участками уплотнения легочной ткани в средне-нижних отделах. По рентген-картине признаки течения двусторонней пневмонии.

Рентгенография ОГК от 07.12.2021. Положительная динамика в виде улучшения пневматизации легочной ткани и уменьшения участков уплотнения по площади. Заключение: течение двусторонней пневмонии.

ЭКГ от 23.11.2021. Ускоренный синусовый ритм с ЧСС 90 уд/мин. Нормальное положение ЭОС. Отдельные признаки ТЭЛА: синдром SI-QIII; подъем сегмента ST до 0,5 мм выпуклостью вверх в отведениях V2-3; отрицательные зубцы T глубиной 3 мм в отведениях V1-3; высокие остроконечные зубцы P в отведении II амплитудой более 2,5 мм, в отведении V1 – более 1,5 мм.

Хирургическое лечение миксомы предполагалось провести в условиях ФЦ ССХ. Однако после телемедицинской консультации с НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева, учитывая наличие у больной коронавирусной инфекции, а также высокий риск гемодинамических и тромбоэмболических осложнений опухоли, принято решение провести оперативное лечение «на месте», на базе кардиохирургического отделения «Альянс Клиник+», с привлечением кардиохирургической бригады УОКБ.

Операция 26.11.2021. Срединная стернотомия. Удаление миксомы правого предсердия, ушивание дефекта межпредсердной перегородки, аннулопластика трикуспидального клапана по De-Vega в условиях искусственного кровообращения и фармакоолодовой кардиopleгии.

Из протокола операции: «В полости ПП гигантская миксома (рис. 2), точно определить размер миксомы не представляется возможным, т.к. образование имеет виллезный характер, заполняет всю полость ПП. В структуре миксомы определяются участки кровоизлияния с тромботическими массами. Основанием миксома крепится к межпредсердной перегородке в области мембранозной части овального окна. Миксома полностью удалена с участком межпредсердной перегородки в месте крепления. При ревизии ТК створки не изменены, отмечается выраженная аннулоэктазия. При водной пробе недостаточная коаптация створок. Недостаточность ТК 3-4 ст. После аннулопластики ТК по De-Vega коаптация створок достаточная, трикуспидальная регургитация 0 ст».

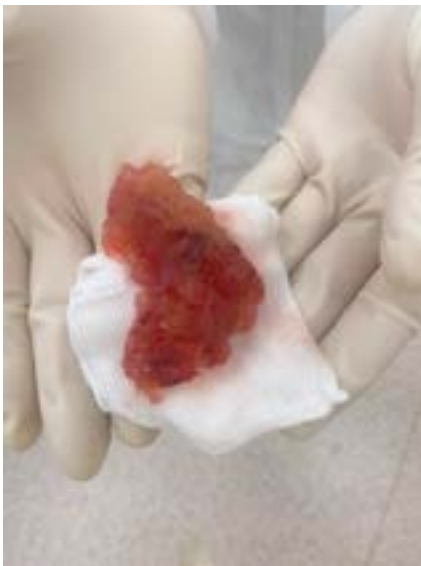


Рис.2. Гигантская миксома правого предсердия. Макропрепарат после хирургического удаления опухоли

Патогистологическое исследование 29.11.2021. Макроскопическое описание: бугристый, белесоватый кусочек размерами 6×5×4 см. Поверхность папиллярного строения. На разрезе серовато-желтый, умеренно плотный. Микроскопическое описание: миксома, построенная из слизистых масс и клеток с множеством отростков.

Результаты серии эхокардиографических исследований в раннем послеоперационном периоде. Правые камеры сердца свободны от объемных образований. Нормализовались размеры ПЖ при небольшом расширении правого предсердия. На 2–4 сутки после операции отмечалось снижение TAPSE до 14,3 мм при сохраняющемся парадоксальном движении МЖП и гипокинезии свободной стенки ПЖ – признаки систолической дисфункции правого желудочка на фоне значительной легочной гипертензии. На 9 сутки после операции, по мере постепенного снижения СДЛА (62-53-41 мм рт. ст.), нормализовался характер движения МЖП и свободной стенки ПЖ. Признаков межпредсердного шунтирования крови не выявлено. Фиброзное кольцо ТК не расширено, трикуспидальная регургитация 1 ст.

ЭКГ от 06.12.2021 (10 сутки после операции). Ускоренный синусовый ритм с ЧСС 90 уд/мин. ЭОС не отклонена. Сохраняется синдром SI-QIII. Сегмент ST в правых грудных отведениях на изолинии, зубцы T

в отведениях V2-3 положительные. Зубцы R в отведениях II и V1 нормальной формы и амплитуды.

**Выводы.** Многообразие и неспецифичность жалоб при миксоме сердца, а также редкость заболевания затрудняют постановку диагноза. Одним из ведущих инструментальных методов диагностики является эхокардиография, которая позволяет предположить тип опухоли, оценить локализацию, размер, структурные особенности, плотность и подвижность образования, наличие обструкции кровотоку. При дифференциальном диагнозе миксома и тромба в предсердии следует учитывать характерное для опухоли крепление к средней трети МПП. Тромбы чаще крепятся к свободной стенке предсердия или исходят из ушка предсердия; к тромбозу предсердий предрасполагают низкий сердечный выброс, мерцательная аритмия и стенозы атриовентрикулярных клапанов. Грозным осложнением миксом с правопредсердной локализацией является эмболия легочной артерии фрагментами опухоли. Эхокардиография позволяет выявить признаки острого легочного сердца и оценить степень легочной гипертензии. На основании данных, полученных с помощью ЭхоКГ, можно планировать тактику хирургического вмешательства. Высокий риск внутрисердечной обструкции и/или эмболического синдрома является показанием для экстренного оперативного лечения. Динамическое эхокардиографическое наблюдение в послеоперационном периоде должно включать оценку состояния МПП и функции клапанов после пластики, оценку легочной гипертензии. Учитывая возможность рецидива заболевания, показан постоянный эхо-контроль в отдаленном послеоперационном периоде.

*М.А. Визе-Хрипунова, Е.В. Гноевых, А.И. Шарафутдинова,  
Д.Н. Давыдов*

### ТРУДНЫЙ СЛУЧАЙ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЖЕЛУДКА

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

**Актуальность.** Туберкулез желудка встречается очень редко. Обычно он выявляется в терминальной фазе легочного туберкулеза, при наличии специфического поражения гортани, глотки, пищевода. Однако в некоторых случаях, в основном у лиц пожилого и старческого возраста, в последнее время выявлялся туберкулез желудка без явных легочных

проявлений. У этих больных, как правило, ошибочно диагностируют язвенную болезнь либо раковую опухоль желудка. Диагностика туберкулезного гастрита и дуоденита основывается на клинических, эндоскопических, гистологических и микробиологических параметрах. В связи с редкостью данной патологии нет четкого представления о типичных проявлениях заболевания. Представленный клинический случай интересен тем, что он выявлен у молодого пациента, который не имел никаких гастроэнтерологических симптомов и считал себя здоровым.

**Материалы исследования.** Больной К., 24 лет, студент, поступил в гастроэнтерологическое отделение Городской больницы №3 г. Ульяновска с жалобами на слабость, головокружение, одышку, повышение температуры тела до 38°C.

Из анамнеза выяснено, что в 2020 г. он проходил амбулаторное лечение по поводу язвенной болезни 12-перстной кишки, без определения наличия Нр-инфекции. В декабре 2021 г. температура тела повысилась до 38°C, начался кашель с отхождением гнойной мокроты. Был поставлен диагноз ОРВИ. На фоне приема антибиотиков температура тела нормализовалась, кашель стал сухим. Через месяц стал отмечать субфебрильную температуру тела, вернулся кашель с отхождением гнойной мокроты, небольшая одышка. Не лечился. В период прохождения медицинского осмотра выявлена анемия средней степени тяжести с уровнем гемоглобина 74 г/л, на флюорограмме – правосторонняя пневмония. После проведения экспресс-теста на COVID-19 (отрицательный) и КТ ОГК в ЦГКБ (данные о пневмонии сомнительны), пациент был госпитализирован в ГУЗ ГБ № 3 с диагнозом «язвенная болезнь 12-перстной кишки, обострение. Анемия средней степени тяжести. Правосторонняя пневмония».

При поступлении состояние относительно удовлетворительное. В легких дыхание ослаблено, единичные влажные хрипы в нижних отделах справа. Тоны сердца ритмичные, ритм правильный, ЧСС 78 уд/мин, АД 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. В общем анализе крови: гемоглобин 66 г/л, эритроциты  $2,64 \times 10^{12}/л$ , лейкоциты  $10,8 \times 10^9/л$  от, в лейкоцитарной формуле моноцитоз (17%), СОЭ 50 мм/час. В биохимическом анализе крови повышение СРБ (48 мг/л) и снижение общего белка (55,6 г/л). В коагулограмме увеличение фибриногена (6,1 г/л) и снижение протромбина (84,9%).

При проведении эзофагогастродуоденоскопии выявлены явления катарального эзофагита и значительные изменения в антральном отделе желудка: антральный отдел в виде уплощенной трубки, по передней стенке участок инфильтрации. Стенки ригидные. Складки отечные, утолщены. Привратник зияет, деформирован, аппаратом проходит с трудом. Постбульбарный отдел без патологии. Заключение: картина

гастростеноза. С-г выходного отверстия желудка (?) (инфильтративная форма). Взята биопсия.

Таким образом, после проведения ФГДС возник вопрос о необходимости дифференциальной диагностики поражения желудка с раком желудка в фазе инфильтрации, туберкулезом желудка, язвенной болезнью желудка с развитием стеноза. Но молодой возраст, отсутствие клинических проявлений, кроме явлений ОРВИ, и подозрение на пневмонию диктовали необходимость поиска причины данных изменений. Одной из версий стенотического процесса было предположение о специфическом процессе. Пациент был консультирован фтизиатром, пересмотрены данные рентгенологического исследования и КТ, назначены проба Манту, диаскинтест.

Получены данные дополнительного обследования. Гистологическое исследование биоптата желудка выявило в материалах биоптата зрелые грануляции. Проба Манту и диаскинтест дали положительные результаты. Рентгенологическая картина в легких была расценена как инфильтративная форма туберкулеза в фазе распада.

Был поставлен диагноз: «Инфильтративная форма туберкулеза S6 правого легкого в фазе распада, КУМ (+), ПЦР (+). Туберкулез желудка. Анемия тяжелой степени». Пациент переведен на дальнейшее лечение в ОПТД.

**Заключение.** Представленный клинический случай демонстрирует стертость клинической картины как туберкулезного процесса, который протекал под маской ОРВИ, так и специфического поражения желудка. Нетипичным явилось развитие процесса в желудке у пациента молодого возраста. И только проведение медицинского осмотра помогло выявить патологию и определить тактику лечения.

*Е.Н. Губанова, Е.В. Мовчан, Е.А. Севастьянова*

## АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НА БАЗЕ ГУЗ «ОБЛАСТНОЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР»

ГУЗ «Областной кардиологический диспансер»

**Актуальность статьи.** ХСН представляет одну из серьезнейших проблем современной медицины. Социальная значимость ХСН

определяется ее широкой распространенностью, неблагоприятным прогнозом и значительными экономическими затратами на лечение пациентов.

**Цель** – изучить распространенность ХСН среди больных с ССЗ, частоту госпитализации и смертность с данной патологией.

**Материалы и методы.** Наблюдение проводилось среди пациентов на амбулаторном приеме в поликлинике ГУЗ «Областной кардиологический диспансер». В исследование включено 107 пациентов с диагнозом ХСН со сниженной (менее 40%) и промежуточной (40%–49%) ФВ. Продолжительность наблюдения 2 года. Частота визитов 1 раз в 3–6 мес. Материалом исследования являлись амбулаторные карты пациентов, данные объективного осмотра, результаты дополнительных исследований: ЭКГ, ЭХОКС.

Среди наблюдаемых преобладали пациенты мужского пола – 92% (99 человек), женщины составили 8% (8 человек). Средний возраст пациентов составил  $65,7 \pm 3,2$  г. Пациенты до 60 лет составляли 37% (40 человек), старше 60 лет – 63% (67 человек). В ходе наблюдения выяснилось, что среди заболеваний сердечно-сосудистой системы, приводящих к развитию ХСН, на 1 месте стоит диагноз ИБС, перенесенный ИМ в анамнезе. Сюда относятся 84% наблюдаемых пациентов (90 человек). На 2 месте по частоте причин ХСН – пациенты с диагнозом «дилатационная кардиомиопатия». Они составляют 15% из числа наблюдаемых (16 человек). На 3 месте – пациенты с ВПС. Их количество – 1%.

Среди наблюдаемых пациентов диагноз «ХСН со сниженной ФВ» составляет 57% (62 чел.), а ХСН с промежуточной ФВ составляет 43% (45 чел.).

Частота госпитализации у 48% наблюдаемых (48 человек) составила 1 раз в год. Основная причина госпитализации – декомпенсация ХСН. 5% наблюдаемых (5 человек) вынуждены были госпитализироваться 2 раза в год. Часто причиной декомпенсации являлось невыполнение назначений врача при улучшении состояния. 50% пациентов (54 человека) за 2 года наблюдения не были госпитализированы ни разу. Это пациенты, которые регулярно являлись на прием к кардиологу, строго выполняли назначения врача.

Смертность среди наблюдаемых пациентов с ХСН с промежуточной и сниженной ФВ за период наблюдения 2 года составила 12,1% (13 человек). Все пациенты мужского пола. 93% (10 человек) в возрасте старше 60 лет и 3% (3 человека) в возрасте 40–45 лет.

**Выводы.** ХСН со сниженной и промежуточной ФВ чаще возникает как осложнение, исход ИБС и перенесенного ИМ у лиц мужского пола в возрасте старше 60 лет. Декомпенсация ХСН приводит к частой

госпитализации, иногда до 2 раз в год, и высокой смертности как в возрастной группе старше 60 лет, так и среди молодых пациентов в возрасте 40–45 лет. Особое внимание должно уделяться адекватному лечению и вторичной профилактике пациентов с диагнозом ИБС, как основной причины развития ХСН.

*М.А. Тонеева, О.Г. Казакова, М.С. Трифонова,  
А.А. Самошилова*

## **ВОЗМОЖНЫЕ УРОВНИ КОНЦЕНТРАЦИЙ ИНТЕРЛЕЙКИНОВ 2, 6, ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ АЛЬФА В НОРМЕ И ПРИ ЦИРРОЗАХ ПЕЧЕНИ ВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ**

**ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»**

**Актуальность.** Существуют данные об активации цитокинового каскада при циррозах печени. Так гиперпродукция фактора некроза опухоли альфа и интерлейкина-6 вызывает повреждение печени и коррелирует с тяжестью течения цирроза. В то же время нет четких данных об уровнях цитокинов в сыворотке крови и их влиянии на течение и прогноз ЦП.

**Цель исследования** – определить сывороточные уровни интерлейкинов 2, 6, ФНО- $\alpha$  в норме и при ЦП на различных стадиях компенсаций.

**Материал и методы исследования.** Было обследовано 117 пациентов. На основании классификации Chald-Pugh пациенты были разделены на 3 группы: ЦП классов А, В и С. Лабораторные определения уровней ИЛ-2, ИЛ-6 и ФНО- $\alpha$  основывались на методе твердофазного «сэндвич» – варианте иммуноферментного анализа.

**Результаты.** В норме у пациентов в возрасте от 20 до 60 лет пределы колебаний концентраций для интерлейкина-2 составляли от 0,1 до 9,7 пг/мл, интерлейкина-6 от 0,2 до 9,8 пг/мл и фактора некроза опухоли альфа от 0,1 до 4,7 пг/мл соответственно. При циррозе печени класса А уровни интерлейкина-2 колебались от 1,8 до 2,3 ( $2,0 \pm 0,1$ ) пг/мл, интерлейкина-6 – от 5,1 до 9,3 ( $6,4 \pm 0,9$ ) пг/мл, фактора некроза опухоли альфа – от 1,2 до 3,1 ( $2,4 \pm 0,6$ ) пг/мл. При циррозе печени класса В уровни интерлейкина-2 наблюдались от 1,0 до 9,3 ( $3,6 \pm 2,9$ ) пг/мл, интерлейкина-6 – от 1,1 до 14,9 ( $8,9 \pm 3,9$ ) пг/мл, фактора некроза опухоли альфа – от 1,7 до 3,1 ( $2,6 \pm 0,4$ ) пг/мл. При циррозе печени класса С уровни интерлейкина-2 отмечались от 1,1 до 8,3 ( $3,9 \pm 2,4$ ) пг/мл, интерлейкина-6 – от 9,9

до 25,2 (14,8±4,9) пг/мл, фактора некроза опухоли альфа – от 1,7 до 7,1 (3,9±1,8) пг/мл. Кроме того, при проведении корреляционно-матричного анализа взаимосвязей между уровнями цитокинов при циррозах печени классов А, В, С было выявлено, что наиболее значимые корреляционные взаимосвязи наблюдались между уровнями фактора некроза опухоли альфа и интерлейкина-6 при циррозе печени класса А ( $r=0,499$ ), между уровнями фактора некроза опухоли альфа и интерлейкина-2 при циррозе печени класса В ( $r=0,421$ ).

**Выводы.** При циррозах печени, в зависимости от стадии компенсации, отмечается общая тенденция к увеличению уровней всех исследуемых в крови цитокинов. Отмечалось наибольшее ( $p<0,05$ ) повышение уровня интерлейкина-6 при циррозе печени класса С. Колебания уровней интерлейкина-6 при циррозе печени класса А находились в пределах референсных значений, при циррозе печени класса В – у 42,5% из 40 пациентов, при циррозе печени класса С – только у 30,8% из 39 больных. Количественные соотношения и степень взаимосвязи между цитокинами определяются компенсацией цирроза.

*М.А. Тонеева, О.Г. Казакова, М.С. Трифонова,  
А.А. Самошилова*

## **ВОЗМОЖНЫЕ ВАРИАНТЫ ВЗАИМОСВЯЗЕЙ МЕЖДУ УРОВНЯМИ КОНЦЕНТРАЦИЙ ИНТЕРЛЕЙКИНОВ 2, 6, ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ АЛЬФА И ПОКАЗАТЕЛЯМИ ЦИТОЛИТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ ЦИРРОЗАХ ПЕЧЕНИ ВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ**

**ГУЗ Ульяновская областная клиническая больница**

**Актуальность.** Существуют данные об активации цитокинового каскада при циррозах печени. Так, гиперпродукция фактора некроза опухоли альфа и интерлейкина-6 вызывает повреждение печени и коррелирует с тяжестью течения цирроза. В то же время нет четких данных об уровнях цитокинов в сыворотке крови и их влияние на течение и прогноз ЦП.

**Цель исследования** – изучить коэффициенты корреляции взаимосвязей между значениями показателей цитолитического синдрома и уровнями значений сывороточных интерлейкинов-2, -6 и ФНО-альфа при ЦП Child-Pugh классов А, В, С.

**Материал и методы** исследования. Было обследовано 117 пациентов. На основании классификации Chald-Pugh пациенты были разделены на 3 группы: ЦП классов А, В и С. Определения уровней ИЛ-2, ИЛ-6, ФНО-α и показателей АлАТ, АсАТ основывались на методе иммуноферментного анализа.

**Результаты.** При цитолитическом синдроме в группе Child-Pugh класса А между уровнями ИЛ-2 и АлАТ имелась слабая обратная взаимосвязь, при АсАТ – взаимосвязи не было, а коэффициенты корреляции составляли  $r = -0,16$  и  $r = -0,01$  соответственно. В группе Child-Pugh класса В между уровнями ИЛ-2 и АлАТ, АсАТ также отмечались слабые обратные взаимосвязи, где коэффициенты корреляции составляли  $r = -0,14$  и  $r = -0,18$  соответственно. В то же время в группе Child-Pugh класса С между уровнями ИЛ-2 и АлАТ, АсАТ наблюдалось усиление прямой положительной взаимосвязи от заметной (при АлАТ) до высокой (при АсАТ), коэффициенты корреляции в данном случае наблюдались в пределах  $r = 0,67$  и  $r = 0,79$  соответственно.

В группе Child-Pugh класса А между уровнями ИЛ-6 и АлАТ взаимосвязь отсутствовала ( $r = -0,07$ ), но наряду с этим при АсАТ констатировалась заметная ( $r = 0,58$ ) прямая положительная взаимосвязь. В группе Child-Pugh класса В между уровнями ИЛ-6 и АлАТ, АсАТ имелись слабые положительные взаимосвязи, их коэффициенты корреляции составляли  $r = 0,27$  и  $r = 0,17$  соответственно. В группе Child-Pugh класса С между уровнями ИЛ-6 и АлАТ, АсАТ также наблюдались невысокие взаимосвязи – от слабой до умеренной, но связь между вышеперечисленными признаками была обратной при значениях коэффициентов корреляции  $r = -0,21$  и  $r = -0,38$  соответственно. В группе Child-Pugh класса А между уровнями ФНО-α и АлАТ, АсАТ имелись заметные, но обратные взаимосвязи, а их коэффициенты корреляции составляли  $r = -0,55$  и  $r = -0,64$  соответственно. В группе Child-Pugh класса В между уровнями ФНО-α и АлАТ, АсАТ отмечались только слабые взаимосвязи при коэффициентах корреляции  $r = 0,15$  и  $r = 0,13$  соответственно. В группе Child-Pugh класса С между уровнями ФНО-α и АлАТ взаимосвязи не было ( $r = -0,09$ ), при АсАТ – слабая обратная взаимосвязь, а коэффициент корреляции имел значение  $r = -0,29$ .

**Выводы.** Частота и выраженность повышения сывороточной концентрации всех исследуемых в крови цитокинов зависят от стадии компенсации и имеют значительную вариабельность с общей тенденцией к увеличению уровней цитокинов. В зависимости от глубины и выраженности поражения печеночной паренхимы, каждый этап прогрессирования патологического процесса характеризуется определенными



значениями коэффициентов взаимосвязей между уровнями цитокинемий и показателями клинико-лабораторных синдромов.

*Н.А. Калагина, С.Б. Мещанинова, Е.Г. Федорова,  
Е.В. Мовчан*

**АКТУАЛЬНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ  
КОМБИНИРОВАННОГО ПРЕПАРАТА ВАЛСАРТАН/  
САКУБИТРИЛ (ЮПЕРИО) У ПАЦИЕНТОВ С  
ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ  
СО СНИЖЕННОЙ И УМЕРЕННО СНИЖЕННОЙ  
ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА НА  
БАЗЕ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГУЗ ОКД  
ГУЗ «Областной кардиологический диспансер»**

**Актуальность.** Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является одной из самых актуальных проблем современного здравоохранения в связи с ее широкой распространенностью, неблагоприятным течением и прогнозом. В России от ХСН страдают более 12 млн человек, уровень смертности от этого заболевания по-прежнему остается высоким. Пациенты с ХСН подвержены частым госпитализациям и риску внезапной сердечной смерти. Частота повторных госпитализаций в течение 30 дней после выписки из стационара может достигать 25%, а смертность – 10%. Около 50% пациентов умирают в течение 5-ти лет после постановки диагноза. При этом 35% пациентов с ХСН находятся в возрастной категории моложе 60 лет, поэтому пациенты с ХСН нуждаются в современной и высокоэффективной лекарственной терапии.

Неприлизин – один из нескольких ферментов, участвующих в метаболизме амилоида Р головного мозга и спинномозговой жидкости и нейтрализующих систему натриуретических пептидов. Выявлено, что под действием ингибиторов неприлизина увеличивается концентрация ангиотензина WW, который является вазоконстриктором. В связи с этим была предложена двойная молекула сакубитрил\валсартан (Юперิโอ), которая подавляет активность неприлизина (за счет сакубитрила) и блокирует рецепторы к ангиотензину II 1 типа (за счет валсартана). В новых клинических рекомендациях Министерства здравоохранения РФ (2020 г.) для терапии пациентов с ХСН в составе комбинированной терапии препарат валсартан/сакубитрил рекомендован с наивысшим

уровнем рекомендаций и доказанности. Отмечены особые позиции и актуальность применения валсартана/сакубитрила как для пациентов с низкой фракцией выброса, так и в случае промежуточных ее значений.

**Цель исследования** заключалась в оценке эффективности применения комбинированного препарата Юперิโอ у пациентов с ХСН с умеренно сниженной и сниженной ФВ и сопутствующей хронической болезнью почек.

**Результаты.** В течение 2021 года нами было пролечено 34 пациента с ХСН со сниженной ФВ (<40%) и промежуточной ФВ (49–40%). Из них женщин – 20, что составило 58,8%, мужчин – 14, что составило 41,2%. 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 м<sup>2</sup>) – у 30% пациентов, на уровне ХБП 3а (45–59 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>) у 50% пациентов, на уровне ХБП 2 ст. (60–89 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>) – у 15% пациентов. Препарат Юперิโอ был назначен в начальной дозе 200 мг/сут 17 пациентам и в дозе 100 мг/сут – 14 пациентам; 3 пациента получали препарат в дозе 50 мг/сут из-за развития симптомной артериальной гипотензии, что было расценено нами, как эффект первичной дозы. В дальнейшем производилось титрование до субмаксимальной дозы (50 мг/сут). Лечение проводилось в течение всего периода госпитализации, что составило в среднем 11,6 суток. На фоне терапии отмечалось эффективное снижение исходного уровня АД в среднем на 36 мм рт.ст. (САД) и 14 мм рт.ст. (ДАД). Кроме того, у 20% пациентов отмечалось увеличение клиренса креатинина на 13–17 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>. Также на фоне терапии Юперิโอ 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, что подтверждалось тестом 6-минутной ходьбы.

**Вывод.** На фоне лечения комбинированным препаратом сакубитрил/валсартан (Юперิโอ) пациентов с декомпенсацией ХСН, хронической болезнью почек, сопутствующим сахарным диабетом 2 типа отмечается улучшение клинической картины заболевания, снижение функционального класса по NYHA, улучшение лабораторных данных (снижение уровня креатинина, увеличение СКФ) положительная субъективная динамика.



*А.Н. Каширина, М.А. Визе-Хрипунова, А.А. Музуров,  
К.М. Хусаинова*

## РЕТРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ СТЕАТОЗА ПЕЧЕНИ И ФАКТОРОВ, СВЯЗАННЫХ С НИМ

ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»

Стеатоз печени определяется как чрезмерное накопление триглицеридов в гепатоцитах. Есть два основных состояния, связанных со стеатозом печени: неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) и алкогольная жировая болезнь печени (АЖБП). Кроме того, в патогенезе стеатоза печени перечислены различные причины, такие как метаболические, пищевые, лекарственные [1;2]. Естественное течение стеатоза печени варьируется в зависимости от этиологии и сопутствующих состояний, таких как воспаление и фиброз, которые могут прогрессировать в цирроз и печеночную недостаточность [3].

**Цель исследования** – оценить частоту встречаемости, выявить наиболее распространенные клинические проявления и произвести оценку неинвазивных индексов фиброза и цирроза печени.

**Методы исследования.** Проведен ретроспективный анализ 1856 историй болезни пациентов, проходивших лечение и обследование в гастроэнтерологическом отделении УОКБ в период с 2019 по 2020 годы. Все пациенты обследованы согласно стандартам оказания медицинской помощи больным терапевтического профиля. Из их числа была выделена группа больных, имевших диагноз «стеатоз печени». Всем пациентам были рассчитаны 4 индекса фиброза по следующим формулам:  $AAR = \text{ACT} / \text{ALT}$ ;  $APRI = (\text{ACT} / \text{верхняя граница нормы ACT}) \times 100 / \text{Trp}$ ;  $FIB-4 = (\text{возраст, лет} \times \text{ACT}) / (\text{Trp} \times \sqrt{\text{ALT}})$ ;  $NAFLD \text{ fibrosis score} = -1,675 + 0,037 \cdot \text{возраст (годы)} + 0,094 \cdot \text{ИМТ (кг/м}^2\text{)} + 1,13 \cdot (\text{гипергликемия натощак или СД; Да}=1, \text{ Нет}=0) + 0,99 \cdot \text{ACT/ALT} - 0,013 \cdot \text{количество тромбоцитов} (\times 10^9/\text{л}) - 0,066 \cdot \text{альбумин (г/дл)}$ . Значения индекса  $AAR > 1$ ,  $APRI \geq 1,5$  считались показателями выраженного фиброза. Показатели FIB-4 интерпретировались следующим образом: неточный цирроз от 1,45 до 3,35, цирроз печени более вероятен  $> 3,25$ . F0-F2 по NAFLD fibrosis score  $< 1,455$ , а F3-F4  $> 0,675$ .

**Результаты.** В выборку вошёл 231 исследуемый, что составило 12,4% от всех пациентов, проходивших лечение и обследование в стационаре. Возраст больных варьировал от 18 до 85 лет. Среди пациентов преобладали мужчины – 118 человек (51%). Средний возраст пациентов составил

50 лет. Группа пациентов пожилого возраста (60–85 лет) составила 30,1%. 49,7% имели избыточную массу тела, причем у 22,5% наблюдалось ожирение разной степени выраженности. Анализируя сопутствующие заболевания, мы получили следующие данные: у 10,8% пациентов наблюдался сахарный диабет; артериальная гипертензия отмечалась у 26,8%. Воспалительные заболевания кишечника (неспецифический язвенный колит и болезнь Крона) были наиболее распространены среди исследуемой группы пациентов (38,5%). Среди всех исследуемых, у которых был обнаружен стеатоз печени, 116 человек (50,2%) принимали препараты стероидной природы; из них 71 человек (61,2%) имели сопутствующее аутоиммунное заболевание. В ходе исследования мы рассчитали маркеры фиброза печени (AAR, APRI, FIB-4 и NAFLD fibrosis score). У 62,7% и 61,9% пациентов имелся фиброз и риск прогрессирования цирроза на основе индексов APRI и AAR соответственно. На основе индекса FIB-4 у 24,2% цирроз печени определялся как неточный, а у 7,3% цирроз печени более вероятен. На основе индекса шкалы оценки фиброза при неалкогольной жировой болезни печени (NAFLD fibrosis score) F0-F2 встречалось у 58% исследуемых, а F3-F4 – у 44%. Наблюдалась значительная корреляция между вирусным гепатитом и вероятностью цирроза печени, рассчитанным на основе индексов.

**Выводы.** Частота распространенности стеатоза печени составила 12,4%. У 10,8% пациентов наблюдался СД 2 типа. У 62,7% и 61,9% пациентов имелся фиброз и риск прогрессирования цирроза на основе индекса APRI и AAR. Отмечалась корреляция между приемом стероидных препаратов и наличием стеатоза печени.

### Список литературы.

1. Chavez-Tapia NC, Mendez-Sanchez N, Uribe M. The metabolic syndrome as a predictor of nonalcoholic fatty liver disease. *Ann Intern Med.* 2006 Mar 7;144(5).
2. Younossi ZM, Koenig AB, Abdelatif D, Fazel Y, Henry L, Wymer M. Global epidemiology of nonalcoholic fatty liver disease-Meta-analytic assessment of prevalence, incidence, and outcomes. *Hepatology.* 2016 Jul;64(1).
3. Joo SK, Kim W, Kim D and all. Steatosis severity affects the diagnostic performances of noninvasive fibrosis tests in nonalcoholic fatty liver disease. *Liver Int.* 2018 Feb;38(2).

*Н.П. Клюенкова, Е.Ю. Атауллина*

**ТЕЛЕ-ЭКГ В УСЛОВИЯХ COVID-ГОСПИТАЛЯ.  
ОПЫТ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ  
ДИАГНОСТИКИ ГУЗ «ЦЕНТРАЛЬНАЯ  
КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ЧАСТЬ  
ИМЕНИ ЗАСЛУЖЕННОГО ВРАЧА РОССИИ  
В.А. ЕГОРОВА» ЗА ПЕРИОД 2020–2021 ГГ.**

Телемедицинские технологии, цифровизация в сфере медицины – это современная реальность.

С 2017 года применение телемедицины детально регламентировано законодательством Российской Федерации, что позволило перейти к системному применению телемедицинских технологий в профилактике, диагностике и лечении пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

Наиболее распространенным способом применения телемедицинских технологий при оказании медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистой патологией является телеэлектрокардиография (далее – теле-ЭКГ) – трансляция и дистанционная интерпретация ЭКГ.

Доля теле-ЭКГ в Российской Федерации из числа услуг, оказанных применением телемедицинских технологий, за 2019 составила 84%.

Так как новая коронавирусная инфекция часто приводит к осложнениям со стороны сердечно-сосудистой системы, поэтому электрокардиография (ЭКГ) в стандартных отведениях, согласно временным методическим рекомендациям «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)», проводится всем пациентам, поступившим в COVID-госпиталь.

Для предотвращения перекрестной контаминации бумажных носителей, при использовании аналоговой ЭКГ, и оптимизации лечебно-диагностического, организационного процессов в апреле 2021 г. ЦК МСЧ приобрела комплекс «Кардиметр-МТ».

В состав этого комплекса входили устройства съема информации, коммуникаторы на базе планшета и программное обеспечение.

Программа «рабочее место врача 3.0» была установлена на персональные компьютеры врачей функциональной диагностики, проводящих анализ ЭКГ, и в приемном отделении госпиталя.

Таким образом, мы получили автоматизированную ЭКГ-диагностику, которая обеспечивала регистрацию ЭКГ в любом месте

нахождения пациента с помощью компактного прибора и ее мгновенную передачу на рабочее место врача.

И уже с мая 2021 г. все электрокардиографические исследования в COVID-госпитале ЦК МСЧ проводились только комплексом «Кардиметр-МТ».

Внедрение теле-ЭКГ не потребовало дополнительных навыков персонала.

Итогом такой работы стало 30 718 исследований, проведенных с мая 2021 г. по январь 2022 г.

Основным преимуществом теле-ЭКГ стало значительное уменьшение хронометража исследования от 2-3 рабочих дней (при аналоговой ЭКГ) до нескольких минут одного рабочего дня, что безусловно важно для пациентов COVID-госпиталя, так как вовремя полученный результат ЭКГ нередко менял диагноз, тактику ведения и место лечения пациента.

А владение функцией автоматической интерпретации ЭКГ на уровне врача высокой квалификации, в отсутствие врача функциональной диагностики, зачастую помогало врачам разных специальностей, дежурившим в госпитале, ориентироваться в кардиологической патологии.

Внедрение теле-ЭКГ снизило финансовые затраты на 77% за счет отсутствия затрат на термобумагу, сократило время на описание результатов исследования на 60%.

**Выводы.** Теле-ЭКГ – оптимальный способ регистрации ЭКГ в COVID-госпитале.

Внедрение теле-ЭКГ в условиях COVID-госпиталя повысило доступность медицинской помощи, обеспечило своевременное принятие решений врачами-клиницистами, сократило финансовые расходы, улучшило логистику между отделениями.

*И.В. Лаптева, Д.В. Меркулова, Е.А. Шалашова,  
С.П. Старчеус*

**ЭЛЕКТРОНЕЙРОМИОГРАФИЯ В ИССЛЕДОВАНИИ  
СОСТОЯНИЯ НЕРВНО-МЫШЕЧНОЙ ПЕРЕДАЧИ  
ПРИ МИАСТЕНИИ**

**ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»**

Миастения относится к заболеваниям, патогенетически обусловленным аутоиммунным процессом, направленным на различные белковые

структуры нервно-мышечного синапса постсинаптической мембраны мышечного волокна, клинически характеризующееся патологической слабостью и повышенной утомляемостью произвольной мускулатуры. Заболеванию подвержены различные возрастные группы, часто болеют люди трудоспособного возраста.

Существует ряд проблем, связанных с диагностикой и лечением миастении. Среди них поздняя выявляемость заболевания, особенно у лиц пожилого и старческого возраста. Недостаточная приверженность пациентов к длительной иммуносупрессивной терапии, которая практически всегда приводит к декомпенсации заболевания.

**Цель работы** – повысить информированность и сформировать более конструктивное отношение врачей разных специальностей к данной патологии.

Особое значение в диагностике миастении придаётся методам современной клинической электронейромиографии (ЭНМГ), которые позволяют не только определить степень надёжности нервно-мышечной передачи, но и характер нарушения функции синапса.

Актуальным является вопрос выбора мышцы для стимуляции. Поскольку клинические формы миастении очень многообразны и для данного заболевания характерна избирательность и неравномерность вовлечения в патологический процесс различных мышечных групп, при проведении обследования врач индивидуально выбирает, какие мышцы исследовать у каждого пациента. Очень важно выбрать наиболее клинически поражённые мышцы. Важной особенностью нарушения нервно-мышечной передачи при миастении является её обратимость после введения адекватной для данного пациента дозы антихолинэстеразных препаратов.

Золотым стандартом диагностики миастении является декремент-тест, который представляет собой изучение вызванных электрических ответов мышцы (М-ответов) при воздействии на нерв в дистальной точке ритмическими супрамаксимальными стимулами разной частоты с помощью стимуляционной ЭНМГ. При ритмической стимуляции с частотой 3 Гц в мышцах здоровых лиц не выявляется декремент амплитуды М-ответа в связи с большим запасом функциональной устойчивости нервно-мышечной передачи. При уменьшении надёжности нервно-мышечного проведения выключение из активного процесса определённой части мышечных волокон приводит к проградцентному падению амплитуды и площади суммарного М-ответа, что проявляется в снижении последующих М-ответов в серии стимулов от первого к пятому – декрементом амплитуды и площади М-ответа, рассчитанного по формуле:  $\text{декремент}(\%) = (100 - (\text{амплитуда М-ответа } 5 / \text{амплитуда$

М-ответа 1)×100%. Диагностически значимым считается декремент более 10%. Величина декремента при стимуляции частотой 3 Гц, как правило, пропорциональна степени клинического поражения мышцы. Для миастении также характерно возникновение следующих друг за другом процессов – постактивационного облегчения (ПАО) и постактивационного истощения (ПАИ), которые выявляются у 75–80% больных миастенией. Феномен постактивационного облегчения заключается в улучшении нервно-мышечной передачи вследствие активации не включённых ранее в активность мышечных волокон и сопровождается возрастанием амплитуды и площади М-ответа и снижением величины декремента при стимуляции исследуемой мышцы частотой 3 Гц, проводится для дифференциации с миастеническим синдромом Ламберта-Итона (МСЛИ) и бутулизмом. Постактивационное истощение характеризуется уменьшением амплитуды М-ответа и увеличением степени декремента через 2-3 минуты после окончания максимального произвольного усилия при стимуляции мышц частотой 3 Гц. Феномен ПАИ достаточно характерен для больных миастенией и не выявляется в мышцах больных МСЛИ и бутулизмом.

Представляем клинический случай. Больная Н., 63 года, находилась на стационарном обследовании и лечении в неврологическом отделении ГУЗ УОКБ с диагнозом «миастения, генерализованная форма, с вовлечением в процесс краниобульбарной мускулатуры».

Поступила 13.04.2021 г. с жалобами на опущение верхнего века справа, затруднение при глотании твёрдой и жидкой пищи, осиплость голоса, изменение речи, быструю утомляемость при жевании, общую слабость. Заболела в феврале 2021 года, когда стала замечать быструю утомляемость, изменение речи при длительном разговоре, стало опускаться верхнее веко, за медицинской помощью не обращалась. С марта 2021 года резко выросла общая слабость, «закрылся правый глаз», нарушение глотания жидкой и твёрдой пищи. Для обследования и лечения госпитализирована в неврологическое отделение ГУЗ УОКБ. При поступлении неврологический статус: общемозговых, менингеальных симптомов нет. Черепно-мозговая иннервация – глазные щели D<S, полуптоз справа, зрачки S=D, фотореакции сохранены. Ослаблена конвергенция глазных яблок. Слабость мимической мускулатуры с 2-х сторон. Вкус, слух сохранены. Элементы дисфагии, назолалии. Язык по средней линии. Чувствительность не нарушена.

Движения в конечностях в полном объёме. Сила мышц в конечностях снижена. Тонус мышц диффузно снижен. Глубокие рефлексы оживлены, D=S. Патологических стопных знаков нет. В позе Ромберга устойчива. Координаторные пробы выполняет уверенно. (+) синдром

генерализации мышечной утомляемости. Функция тазовых органов не нарушена. Прозериновая проба (+).

Результаты ЭНМГ-исследования от 21.04.2021. (на фоне лечения). При ритмической стимуляции *m.Orbicularis oculi*, *m.Nasalis*, *m.Digastricus*, *m.Deltoideus*, *m.Abductor digiti minimi* с двух сторон в т.ч. проба с изометрическим напряжением декремент не выявлен.

С июня 2021 г. больная стала отмечать ухудшение состояния. Осмотрена неврологом ГУЗ УОКБ. Неврологический статус: сознание ясное. Положение активное. Менингеальные знаки отрицательные. Глазные щели D>S. Полуптоз слева. Зрачки D=S. Фотореакция сохранена. Движения глазных яблок в полном объеме. Диплопия. Нистагма нет. Точки выхода I, II, III ветвей тройничного нерва безболезненны. Обоняние не нарушено. Лицо симметричное. Язык по средней линии. Элементы дисфагии. Назолалия. Речь не нарушена. Чувствительных нарушений не предъявляет. Сила мышц в конечностях снижена. Тонус мышц диффузно снижен. Сухожильные рефлексы с рук живые D=S, коленные рефлексы живые D=S. Ахиллов рефлекс живой D=S. Болезненности при пальпации структур ПДС нет. Объем движений в позвоночнике полный. Симптомы натяжения отрицательные. В позе Ромберга пошатывается. ПНП выполняет неуверенно с 2-х сторон. Патологические знаки отрицательные. Походка неустойчивая. Интеллект сохранен. Критика сохранена. Функция тазовых органов не нарушена.

Результаты ЭНМГ-исследования от 28.09.2021. При исследовании поверхностной стимуляцией *m.Orbicularis oculi* с двух сторон получены следующие данные: амплитуда М-ответа снижена. При стимуляции частотой 3 Гц справа декремент 7,8%, слева – 21,1%. В период ПАО амплитуда М-ответа увеличилась незначительно, декремент справа уменьшился до 3,8%, слева – до 13,5%. В период ПАИ декремент справа вернулся к начальному значению 7,6%, слева – вырос до 23,8%. При исследовании поверхностной стимуляцией *m.Digastricus* с двух сторон получены следующие данные: амплитуда М-ответа в норме. При стимуляции частотой 3 Гц выявлен декремент справа 11,7%, слева 6,9%. В период ПАО декремент справа 11,9%, слева 8%. В период ПАИ декремент справа 8%, слева вырос до 20,2%. При исследовании поверхностной стимуляцией *m.Deltoideus* с двух сторон получены следующие данные: амплитуда М-ответа в норме. При стимуляции частотой 3 Гц выявлен декремент справа 12,2%, слева 16%. В период ПАО декремент справа уменьшился до 10,1%. В период ПАИ декремент справа вырос до 12%. При исследовании поверхностной стимуляцией *m.Abductor digiti minimi* с двух сторон получены следующие данные: амплитуда М-ответа в норме. При стимуляции частотой 3 Гц декремент не выявлен. В период ПАО и в период ПАИ

декремент не выявлен. Полученные данные свидетельствуют о нарушении нервно-мышечной передачи по миастеническому типу с поражением краниобульбарных мышц и проксимальных мышц верхних конечностей.

Данный клинический случай свидетельствует о том, что хотя декремент-тест считается золотым стандартом диагностики миастении, существует ряд сложностей его проведения: 1. Информативность и надёжность метода существенно зависит от правильного выбора исследуемой мышцы. Диагностическая значимость декремента нервно-мышечной передачи при миастении определяется высокой корреляцией его со степенью клинического поражения мышц. 2. Электромиографическое исследование надёжности нервно-мышечной передачи имеет высокие показатели чувствительности лишь при условии полного соблюдения протокола проведения процедуры. Оценка постактивационного облегчения и постактивационного истощения существенно повышает чувствительность метода в диагностике миастении. 3. ЭНМГ-исследование для диагностики миастении желательно проводить не на фоне приёма препаратов, так как декремент-тест может быть отрицательным.

*М.В. Марковцева, Н.Б. Есефьева, М.С. Трифонова,  
Н.В. Зуйко*

## СКОРОСТЬ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ И ВЫЖИВАЕМОСТЬ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ЛИМФОЛЕЙКОЗОМ

ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»  
ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»  
ГУЗ «Городская поликлиника № 1 им. С.М. Кирова»

Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) – параметр, отражающий функциональные особенности почки – коррелирует с наибольшим ухудшением долгосрочного прогноза, при этом снижение этого показателя чаще встречается в общей популяции среди пациентов пожилого возраста. Хронический лимфолейкоз (ХЛЛ) – одна из самых распространенных нозологий из группы лимфопролиферативных заболеваний, чья частота также возрастает в пожилом (60–75 лет) и старческом (более 75 лет) возрасте.

**Цель исследования** – выявить наличие взаимосвязи между уровнем СКФ и выживаемостью пациентов с ХЛЛ.

**Материалы и методы.** Обследовано 123 пациента (60 мужчин и 63 женщины) с ХЛЛ А-С по Binet с известной общей выживаемостью. Из исследования исключались больные с ВИЧ-инфекцией, а также имеющие онкологические состояния. В момент постановки диагноза ХЛЛ пациентам рассчитывали СКФ по формуле СКD-EPI. Для статистической оценки полученных данных вычисляли среднее значение показателя и его стандартное отклонение. Для сравнения групп применялся t-критерий Стьюдента. Корреляционный анализ проводился по Пирсону. Достоверным считался уровень значимости при  $p < 0,05$ . Также в работе были применены методы интеллектуального анализа данных (ИАД). Основной целью ИАД является поиск скрытых закономерностей в данных, который производился на основе проверки выдвигаемых врачом-исследователем гипотез. Исследуемые пациенты были разделены на два класса: K1 (фактическая выживаемость меньше прогнозируемой медианы выживаемости в соответствии со стадией Binet) и K2 (фактическая выживаемость больше или равна прогнозируемой медиане выживаемости в соответствии со стадией Binet). В этих группах проанализирована значимость СКФ для выживаемости пациентов.

**Результаты.** Средний возраст мужчин и женщин при постановке диагноза ХЛЛ был сопоставим и составлял  $66,4 \pm 7,9$  лет и  $67,7 \pm 9,6$  лет соответственно ( $p \geq 0,05$ ). Значение СКФ по СКD-EPI показал значимые гендерные различия. Этот параметр у женщин был достоверно ниже –  $58,7 \pm 12,4$  мл/мин/ $1,73\text{м}^2$  по сравнению с группой мужчин –  $68,8 \pm 9,1$  мл/мин/ $1,73\text{м}^2$  ( $p < 0,05$ ). При сопоставлении параметров СКФ на момент постановки диагноза ХЛЛ и данными общей выживаемости пациентов выявлена прямая корреляционная связь средней степени ( $r = 0,58$ ,  $p = 0,02$ ). Интересные результаты получены в группе мужчин, исследованных методом ИАД. При значении СКФ СКD-EPI более  $76,5$  мл/мин/ $1,73\text{м}^2$  можно говорить о том, что пациент преодолет расчетные параметры медианы выживаемости для соответствующей стадии ХЛЛ по Binet. В противном случае – общая выживаемость пациента будет меньше расчетной медианы выживаемости по Binet. Следует отметить, что в группе женщин аналогичных результатов получено не было. Возможно, это связано с наличием более тонких влияний, которые еще необходимо установить.

**Заключение.** В целом исследование показало необходимость учитывать значение СКФ у больных ХЛЛ, поскольку выявлена четкая взаимосвязь этого параметра и общей выживаемости пациентов. Возможно, что оптимизация СКФ способна улучшить прогноз таких пациентов, однако последнее требует дальнейшего изучения.

*С.Б. Мещанинова, И.С. Симонова, Н.А. Калагина,  
Е.В. Мовчан*

## АКТУАЛЬНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНИРОВАННОЙ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ОДНОЙ ТАБЛЕТКЕ (КАК НОВЫЙ ПОДХОД К СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ) НА ПРИМЕРЕ ПРИМЕНЕНИЯ СУПРОЗАФЕНА НА БАЗЕ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГУЗ ОКД

ГУЗ «Областной кардиологический диспансер»

**Актуальность.** В настоящее время актуальной задачей остается поиск оптимального терапевтического подхода к коррекции нарушений липидного обмена с целью повышения эффективности терапии и предотвращения макрососудистых осложнений. Монотерапия статинами, даже в максимальных дозировках, не всегда позволяет достичь целевых значений липидного профиля, а именно уровня триглицеридов, в связи с чем возникает необходимость интенсификации терапии путем добавления лекарственных препаратов из других классов, что снижает комплаентность больных.

**Цель** нашего исследования состоит в оценке эффективности применения комбинированной гиполипидемической терапии розувастатином и фенофибратом (в одной таблетке) в группе больных, у которых не удалось достичь целевых значений липидного профиля за счет ранее применявшейся монотерапии статинами, а также повысить приверженность больных к терапии и снизить риски сердечно-сосудистых заболеваний на примере применения супрозафена, как первой и единственной в России на данный момент времени фиксированной комбинации розувастатина и фенофибрата у пациентов кардиологического отделения ГУЗ ОКД.

**Методы.** В исследование были включены пациенты кардиологического отделения ГУЗ ОКД в количестве 63 человек (30 женщин и 33 мужчины) в возрасте  $49,2 \pm 11,3$  года высокого и очень высокого сердечно-сосудистого риска с уровнем ХС ЛПНП более  $1,8$  ммоль/л и уровнем ТГ более  $1,5$  ммоль/л, риском смерти по шкале SCORE более 5%. Эффективность терапии оценивалась по изменению уровня ХС ЛПНП и ТГ, измеренных при поступлении в стационар, и в дальнейшем на амбулаторном этапе наблюдения через 12 недель.

**Результаты.** Через 12 недель терапии супрозафеном (розувастатин+фенофибрат) в дозировке 10+145 мг было отмечено снижение ХС ЛПНП в среднем на  $2,17 \pm 0,85$  ммоль/л и ТГ на  $1,37 \pm 0,93$  ммоль/л. Частота побочных эффектов в виде повышения активности сывороточных трансаминаз наблюдалась в 1,2 раза реже по сравнению с монотерапией розувастатином. Такие побочные эффекты, как миалгии, астенический синдром в ходе нашего наблюдения не отмечались. Также в ходе амбулаторного наблюдения больные отмечали удобное применение препарата (одна таблетка 1 раз в день), что повышало комплаентность пациентов.

Таким образом, результаты проведенного наблюдения позволяют сделать вывод, что выбранная фиксированная рациональная гиполипидемическая комбинация обладает высокой эффективностью и хорошей переносимостью, отличается удобством приема, что приводит к повышению приверженности рекомендованному лечению.

*Е.А. Севастьянова, Е.Н. Губанова, Е.В. Мовчан*

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ИВАБРАДИНА У ПАЦИЕНТОВ В ПОСТИНФАРКТНОМ ПЕРИОДЕ

ГУЗ «Областной кардиологический диспансер»

**Актуальность.** Контроль частоты сердечных сокращений (ЧСС) – важная цель лечения больных с ишемической болезнью сердца, перенесенным инфарктом миокарда. По стандартам лечения и по показаниям всем пациентам назначаются бета-блокаторы для достижения целевых значений, но в реальной клинической практике увеличение дозы препарата ведет к снижению артериального давления и усилению побочных эффектов. С появлением в клинической практике ивабрадина, действующего исключительно на ЧСС и не влияющего на АД, сердечный выброс и сократимость миокарда – мы получаем хороший пульсурежающий эффект, а также дополнительный антиангинальный и противоишемический эффект при хорошей переносимости.

**Цель** – оценить эффективность и безопасность применения ивабрадина у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС), перенесших инфаркт миокарда (ИМ) и не достигших целевых значений частоты сердечных сокращений (ЧСС) на фоне применения бета-блокаторов.

**Материал и методы.** В исследование включены 46 пациентов, в том числе 39 мужчин, 7 женщин. Средний возраст пациентов составил 56 лет (от 48 до 64 лет). У всех пациентов в анамнезе был перенесенный ИМ, что было подтверждено данными анамнеза, ЭКГ, Д-ЭХО-КГ, коронароангиографии. Признаки хронической сердечной недостаточности (ХСН) 2 фк были у 33 пациентов (71,7%), 3 фк – у 13 пациентов (28,3%). При регистрации ЭКГ была выявлена синусовая тахикардия со средней частотой сердечных сокращений 86 в мин (78–94 в мин). Критерием исключения были нарушения ритма, такие как частые желудочковые и наджелудочковые экстрасистолы, пробежки наджелудочковой и желудочковой тахикардии, фибрилляция предсердий. По данным Д-ЭХО-КГ исследования обнаружено увеличение полости левого желудочка у 32 пациентов (69,5%), умеренное снижение сократительной функции ЛЖ (ФВ от 40 до 49%) у 28 пациентов (60,8 %). Все пациенты имели нормальное или пониженное артериальное давление, что не позволяло увеличивать дозу бета-блокаторов. Исследуемые получали стандартную схему лечения, в которую включены статины, ацетилсалициловая кислота, ингибиторы АПФ, бета-блокаторы. Всем пациентам добавлен ивабрадин в дозе 5 мг 2 раза в день. У 7 пациентов (15%) доза была увеличена до 7,5 мг 2 раза в день (под контролем ЧСС и переносимости). Всем пациентам амбулаторно через 3 месяца провели регистрацию ЭКГ, холтеровское мониторирование ЭКГ, Д-ЭХО-КГ.

**Результаты.** Через 4 недели после лечения у всех пациентов выявлено достоверное снижение ЧСС на 11 (9–13 ударов в минуту), не регистрировалось учащение нарушений ритма, не было выявлено побочных эффектов. Через 3 месяца после начала лечения у всех пациентов по данным холтеровского мониторирования была достигнута ЧСС меньше 68 ударов в минуту. На Д-ЭХО-КГ выявлено увеличение фракции выброса на 2%. Все пациенты отмечали улучшение самочувствия, повышение толерантности к физическим нагрузкам, уменьшение болевых приступов. Побочных эффектов, требовавших отмены ивабрадина, в исследовании не зарегистрировано.

**Выводы.** Назначение ивабрадина в терапевтической дозировке от 5 до 7,5 мг 2 раза в день в комбинации с бета-блокаторами и другими препаратами, рекомендованными для лечения пациентов, перенесших ИМ, хорошо переносится и приводит к достоверному снижению ЧСС, уменьшению проявлений ХСН, улучшению функции левого желудочка. Ивабрадин может быть добавлен в схему лечения больных, перенесших ИМ и не достигших целевых значений частоты сердечных сокращений.

О.В. Улитина, С.П. Янтушкина, Е.Н. Николаева

## ДИНАМИКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА

ГУЗ «Городская клиническая больница святого апостола Андрея  
Первозванного»

Патологическое действие основных факторов риска (ФР) и формирование хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) начинается в подростковом возрасте, поэтому профилактика ФР невозможна без изучения распространенности ФР ХНИЗ среди лиц молодого возраста.

Студенты являются особой медико-социальной группой повышенного риска нарушений в состоянии здоровья, т.к. в период обучения происходит напряжение всех резервов организма, что ведет к дезадаптации, и влияние ФР становится наиболее выраженным. К студентам-медикам предъявляются наиболее высокие требования в сравнении со студентами других специальностей. Это связано с большим периодом обучения, большим объемом изучаемой информации, а также тем, что особенностью их будущей профессии является сохранение и укрепление здоровья населения. Особенно интересна распространенность ФР и степень их коррекции среди самих медработников. Поэтому важно оценить распространенность основных ФР и эффект профилактических мероприятий среди студентов-медиков.

**Цель работы** – изучить распространенность ФР ХНИЗ у студентов Медицинского колледжа и оценить эффективность профилактической программы «Школы здоровья».

**Материалы и методы.** В проспективном (одномоментном) сплошном нерандомизированном исследовании, проведенном в ноябре 2017 г. и мае 2020 г, приняли участие студенты медицинского колледжа г. Ульяновска. Согласие на участие получено. Обследовано 118 человек в возрасте от 15 до 20 лет, средний возраст  $17 \pm 0,8$  года. Среди обследуемых 104 (88%) были женщины. Протокол исследования включал: интервьюирование, измерение артериального давления, антропометрию (измерение роста, определение массы тела, расчет индекса массы тела), кистевую динамометрию. АД было  $120+10$  мм и  $70+6,4$  мм рт.ст., ИМТ  $22+4,4$  кг/м<sup>2</sup>. Кистевая динамометрия: мужчины –  $37,5+9$  даН, женщины –  $28,8+7,0$ .

ФР, которые учитывались при оценке состояния здоровья: избыточная масса тела и ожирение – индекс Кетле более  $25$  кг/м<sup>2</sup>, артериальная гипертензия – уровни АД равные  $140/90$  мм рт.ст. и более, гиподинамия и недостаточная физическая подготовка – сила правой кисти у женщин равные  $16$  даН и менее, у мужчин –  $23$  даН и менее.

Обучение студентов в «Школе здоровья» проводилось на базе ОГБПОУ УМК. Курс составлял два занятия в течение одного учебного года в группах по 15 человек. Материалы занятий основывались на рекомендациях ГНИЦ Профилактической медицины Минздрава России и включали информацию о принципах здорового образа жизни, вредных привычках, основах рационального питания, адекватного уровня физической активности, методах коррекции массы тела.

Статистическая обработка результатов исследования осуществлялась с помощью пакета программ Statistica и Microsoft Excel.

**Результаты и обсуждение.** Уровень САД  $\geq 140$  мм рт.ст. имеет прямую и независимую связь с частотой развития сердечно-сосудистых событий. По данным ВЦИОМ (2020 г.), все действия по профилактике сердечно-сосудистых осложнений сводятся к регулированию своего образа жизни (правильное питание, отказ от вредных привычек, занятия спортом), при этом контроль давления спонтанно назвали лишь 17%. Артериальная гипертензия как фактор риска ССЗ выявлена в 2017 г. у 6 чел. (20%) – все женщины. Хотя, согласно результатам исследования ЭССЕ-РФ, в РФ в молодежной популяции мужчины имеют более высокие уровни АД в сравнении с женщинами. Вероятно, противоречие связано с тем, что большинство студентов медколледжа – девушки. В 2020 г. у всех обследуемых нормотензия.

Одним из основных показателей физического развития является сила правой кисти, выраженная в килограммах. Физическая активность студентов, особенно мужчин, была достаточно высокой. Недостаточная физическая подготовка выявлена в 2017 г. у одной женщины, в 2020 г. – у одного мужчины и одной женщины. По данным ВОЗ, во всем мире 81% подростков недостаточно физически активны, причем девочки-подростки менее активны, чем мальчики-подростки.

Нормальная масса тела в 2017 г. была выявлена у 38 (76%) участников исследования, в 2020 г. – у 56 чел. (82%). Избыточный вес и ожирение в 2017 г. выявлены у 12 чел. (24%), в т.ч. у 10 (20%) женщин и у двух мужчин, из них ожирение у 5 (10%) женщин. В 2020 г. избыточный вес и ожирение выявлены у 12 чел. (17%) – все женщины, из них ожирение у 3 (4%) женщин. Полученные данные согласуются с данными российских и зарубежных исследователей: распространенность избыточной массы тела среди студентов составляет 21%.

Курение – один из доминантных факторов развития ССЗ. Мониторы угарного газа используются с диагностической целью для выявления курильщиков. К сожалению, большинство студентов отказались от обследования. Частота курения среди студентов-медиков по результатам исследования в 2017 г составила 4,5% (6 человек). В связи с эпидемией COVID-19 в 2020 г. большинство студентов отказались от обследования, частота курения среди студентов-медиков по результатам наблюдения в 2020 г. составила 12,7% (15 человек). Сейчас по данным управления Роспотребнадзора прослеживается чёткая тенденция к увеличению табакокурения среди молодежи и более раннему формированию табачной зависимости. Распространенность табакокурения среди учащейся молодежи г. Томска составила 32,4%, г. Кемерово – 40%, г. Воронеж – 15%, г. Ставрополя – 16,1%.

Внедрение дополнительных медико-образовательных программ среди студентов позволяет достичь контроля над основными факторами риска ХНИЗ. Нам представляется значимым внедрение подобных медико-образовательных технологий именно в молодежной популяции, поскольку они доступны, малозатратны, не требуют специального оборудования, легко могут быть внедрены и воспроизведены в любой организованной популяции. Обучение студентов-медиков основам контроля над ФР вносит вклад не только в состояние их собственного здоровья, но и здоровье их будущих пациентов.

**Выводы.** Среди первокурсников медицинского колледжа установлена высокая частота избыточного веса, курения и артериальной гипертензии. Имеется тенденция к увеличению табакокурения среди молодежи.

Обучение студентов 1 курса медицинского колледжа, имеющих ФР ХНИЗ, в «Школе здоровья» приводит к снижению у них индекса массы тела и артериального давления.

Внедрение профилактических программ в виде обучения студентов в «Школе здоровья» позволяет обеспечить контроль над ФР ХНИЗ в студенческой популяции.

*Е.А. Севастьянова, О.А. Андреева, Н.Н. Евстигнеева,  
Е.В. Мовчан*

## РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

ГУЗ «Областной кардиологический диспансер»

**Актуальность.** Гипертоническая болезнь (ГБ) является одной из наиболее значимых медико-социальных проблем современного общества. Отмечается постоянный рост заболеваемости не только в России, но и во всем мире. 39,9% мужчин, 41,1% женщин в нашей стране имеют данное заболевание при достоверном увеличении этого показателя до 80% у лиц старше 50 лет. Повышение артериального давления (АД) часто сочетается с метаболическим синдромом (МС), который эксперты ВОЗ охарактеризовали как «пандемию 21 века». Длительное неконтролируемое повышение АД ведет к необратимым изменениям структуры миокарда, его ремоделированию. Аномальная структура миокарда характеризуется чрезмерным и непропорциональным интерстициальным фиброзом, что ведет к развитию диастолической и систолической дисфункции миокарда, нарушению ритма, прогрессированию сердечной недостаточности. А прямое липотоксическое повреждение миокарда при ожирении усугубляет необратимость процесса.

**Цель** – оценить выраженность ремоделирования миокарда левого желудочка (ЛЖ) у женщин с артериальной гипертензией (АГ) и метаболическим синдромом (МС) в зависимости от степени ожирения.

**Материал и методы.** На базе поликлиники ГУЗ ОКД в амбулаторно-поликлинических условиях обследовано 47 женщин с АГ 2-3 степени и МС. Средний возраст пациентов 48 (42–58) лет. Все пациентки разделены на 3 группы в зависимости от индекса массы тела (ИМТ): 1 группа с избыточной массой тела (11 чел.), 2-я – с ожирением 2 ст. (13 чел.), 3-я – с ожирением 3 ст. (13 чел.). Группы были сопоставимы по полу, возрасту, давности АГ. В контрольную группу вошли 10 здоровых женщин. Состояние внутрисердечной гемодинамики исследовали методом эхокардиографии с оценкой массы миокарда ЛЖ (ММЛЖ), индекса массы миокарда ЛЖ (ИММЛЖ), толщины задней ст. (ТЗС), толщины МЖП (ТМЖП), конечно-систолического размера (КСР), конечно-диастолического размера (КДР).

**Результаты.** При сравнительной оценке структурно-функциональных параметров миокарда женщин с ожирением 2-3 степени были



получены значимые различия показателей КДР, КСР, ММЛЖ, ИММЛЖ, ТЗС ТМЖП по сравнению с контролем. Установлено увеличение структурно-функциональных показателей ЛЖ, ассоциированное с возрастанием ИМТ. Показатель ММЛЖ в группе женщин с ожирением 2 степени на 19% превышал этот параметр у женщин с АГ и избыточной массой тела, а у пациенток с ожирением 3 степени – на 12% выше, чем в группе лиц с ожирением 2 степени. У пациенток с ожирением 3 степени ИММЛЖ на 16% превышал этот параметр у пациенток с ожирением 2 ст., а у пациенток со 2 степенью ожирения, по сравнению с женщинами с избыточной массой тела, этот индекс был выше на 26%.

**Выводы.** Развитие процессов ремоделирования миокарда ЛЖ у больных с АГ и МС ассоциируется с выраженностью ожирения и наиболее существенно при ожирении 3 ст.

*Е.Е. Юдина, И.А. Галушина, А.А. Жаркова, Т.С. Голубцова*

## **ДЕБЮТ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В ВИДЕ ИЗОЛИРОВАННОГО ПОРАЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГУЗ «УЛЬЯНОВСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»**

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

**Актуальность.** Пандемия новой коронавирусной инфекции, стартовавшая более двух лет назад, продолжается и сегодня. Сохраняется повышенный риск образования эпидемических очагов COVID-19 в организованных коллективах – например, в медицинских организациях. В связи с этим вопросы ранней клинической диагностики и лабораторного подтверждения данного заболевания представляются особенно актуальными у пациентов, госпитализированных в соматические отделения. В условиях пульмонологического отделения зафиксировано несколько случаев нетипичного дебюта COVID-19 в виде изолированной симптоматики поражения центральной нервной системы.

**Цель** – привлечь внимание к возможному клиническому дебюту новой коронавирусной инфекции в виде изолированного поражения центральной нервной системы у госпитализированных пациентов

с целью предотвращения формирования эпидемических очагов в соматических отделениях стационаров.

**Метод** – ретроспективный анализ историй болезни пациентов пульмонологического отделения за период XI.2021-II.2022.

**Результаты.** За указанный интервал времени в пульмонологическом отделении ГУЗ УОУКБ проходили лечение 297 пациентов. По данным историй болезни, у части пациентов во время госпитализации был подтвержден COVID-19. Из них у 4 пациентов клинический дебют заболевания проявлялся изолированным повреждением центральной нервной системы. Уже в начале пандемии L.Mao (с соавторами) показал, что 36,4% пациентов, госпитализированных с COVID-19, имели неврологические симптомы, однако частота выявления подобной симптоматики достоверно увеличивалась у пациентов с более тяжелым течением COVID-19. Наши же пациенты не демонстрировали поражения других органов и систем, характерных для COVID-19, что затруднило раннюю диагностику заболевания и пролонгировало нахождение пациентов с COVID-19 в соматическом стационаре. Все пациенты – лица мужского пола, старшей возрастной группы (возраст составил от 63 до 89 лет), госпитализированы по поводу ухудшения бронхообструктивных заболеваний, клинически зарегистрировано развитие в течение 1-2 суток нарушения сознания разной степени выраженности, отказ от еды (у 2 пациентов), генерализованная мышечная слабость. Трём пациентам проведена компьютерная томография головного мозга (ГМ), результаты которой исключили очаговую патологию ГМ. У пациентов отсутствовали катаральные явления, сохранялась нормальная температура тела, не регистрировались значимые снижения сатурации, по данным рентгенологического обследования органов грудной клетки характерных для COVID-19 изменений нет. Все пациенты ранее не переносили COVID-19 и не были вакцинированы. По современным данным, вирус SARS-CoV-2 обладает нейротропной активностью, что объясняет подобное проявление заболевания.

**Выводы:** в условиях пандемии COVID-19 вновь развившиеся проявления поражения центральной нервной системы следует рассматривать, в том числе, как возможный дебют коронавирусной инфекции, и принять меры по раннему выявлению и ограничению распространения COVID-19.

*А.Ю. Сурминова, Н.В. Лаутен, А.А. Царева, Р.Р. Бурнашев*

## **ОПЫТ НАПРАВЛЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДЛИТЕЛЬНО ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ НА ТОРАКОСКОПИЧЕСКУЮ РЧА ФРАГМЕНТАЦИЮ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ**

**ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»**

Несмотря на значимый прогресс в лечении пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП), данная аритмия остается одной из основных причин инсульта, сердечной недостаточности (СН) и сердечно-сосудистой заболеваемости в мире. Кроме того, в ближайшие годы прогнозируется резкое увеличение числа пациентов с ФП.

В течение трех лет, с 2019 по 2021 год, в ФКНЦ ФМБА направлено 32 пациента (30 мужчин и 2 женщины) с длительно персистирующей фибрилляцией предсердий – 30 пациентам выполнена торакоскопическая РЧА фрагментация левого предсердия, деструкция связки Маршала, резекция ушка левого предсердия; одному пациенту только резекция ушка левого предсердия, один пациент находится в листе ожидания операции. Средний возраст направленных пациентов – 57,8 лет, длительность фибрилляции предсердий от 1 до 10 лет, медиана анамнеза длительности фибрилляции предсердий – 3,4 года, средний индекс массы тела – 27,8 кг/м<sup>2</sup>.

Перед направлением всем пациентам выполнялись клинико-инструментальные и лабораторные методы исследования, включающие 12-канальную электрокардиографию (ЭКГ), суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру, коронароангиографию для исключения сопутствующей кардиальной патологии всем пациентам выполнялась трансторакальная эхокардиография (ЭхоКГ).

Средний объем левого предсердия – 97 мл, средний объем левого желудочка (ЛЖ) – 96 мл, медиана ФВ ЛЖ – 55%. Всем была выполнена коронароангиография (КАГ), чрескожная транслюминальная коронарная ангиопластика (ЧТКА) – двум больным. У всех больных имела сердечная недостаточность – средний NT-proBNP 1093,5 пг/мл. Риск тромбоэмболических осложнений (ТЭО) по шкале CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASc составил от 2 до 4 баллов – в среднем 3 балла. Фоновые заболевания – гипертоническая болезнь, сахарный диабет, эрозивный гастродуоденит. Осложнения после операции наблюдались у 3-х больных: стернотомия в связи с кровотечением у одного пациента, транзиторная ишемическая

атака (ТИА) на 5 сутки – у одного пациента, нарушение ритма – типичное трепетание предсердий – у одного пациента.

При сроке наблюдения 6 месяцев стабильный синусовый ритм наблюдался у 27 человек. У одного пациента рецидив ФП через 3 месяца с восстановлением синусового ритма медикаментозно – амиодароном, у одного пациента – рецидив ФП с восстановлением синусового ритма электроимпульсной терапией, у одного пациента – рецидив фибрилляции предсердий через 14 дней. Принято решение – наблюдение с контролем частоты сердечных сокращений, а не ритма. Наблюдение в течение последующих 6 месяцев и анализ данных инструментальных методов обследования выявили, что средний объем ЛП у пациентов, сохраняющих стабильный синусовый ритм, составил 74,5 мл, ФВ ЛЖ 62,2%. Показатель средний NT-proBNP 179,5 пг/мл.

Торакоскопическая РЧА фрагментация левого предсердия – эффективный метод лечения пациентов с длительно персистирующей фибрилляцией предсердий, так как осуществляет возможность получить лечение людям, ранее считавшимся неизлечимыми. Он является высокоэффективным методом лечения – более 80% пациентов живут без аритмии после первой операции, имеет низкий процент интра- и послеоперационных осложнений – операция высокой степени безопасности. В случае рецидивов аритмии – возможность продолжить лечение, если аритмия «вернулась». Во время операции выполняется резекция ушка левого предсердия, что снижает риск развития ишемического инсульта на 95%.

*А.А. Царева, А.Ю. Сурминова, Р.Р. Бурнашев, Н.В. Лаутен*

## **КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДАПАГЛИФЛОЗИНА В ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С НИЗКОЙ ФВ У ПАЦИЕНТКИ С АНТРАЦИКЛИНОВОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ**

**ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»**

Онкологическая патология и полихимиотерапия (ПХТ) ассоциированы с высокой степенью кардиотоксичности и развитием сердечно-сосудистых заболеваний не только в раннем, но и в отдаленном периоде реабилитации.

Выявлена четкая взаимосвязь возникновения нежелательных побочных эффектов со стороны сердечно-сосудистой системы

с терапией антрациклинами. Кумулятивные дозы уже в 450 мг/м<sup>2</sup> ассоциируются с 5% клиническим риском развития сердечной недостаточности. Препараты антрациклинового ряда (доксирубин, эпирубин) являются одними из наиболее эффективных для лечения злокачественных новообразований и входят в большинство стандартных схем химиотерапевтического лечения. Однако их активное клиническое применение ограничено кумулятивным и дозозависимым кардиотоксическим действием, которое может привести как к бессимптомной систолической дисфункции, так и к развернутой ХСН, сопровождающейся значительным снижением качества жизни и крайне неблагоприятным прогнозом. Антрациклины вызывают непосредственную гибель кардиомиоцитов, что приводит к необратимому повреждению миокарда, степень которого зависит от кумулятивной дозы препарата.

Пациентка К., 23 года, поступила в кардиологическое отделение в январе 2021 г. с основным диагнозом «антрациклиновая КМП». ХСН 2Б стадии с нФВ (28-26%). Двусторонний гидроторакс. Асцит. Эмбриональная рабдомиосаркома мягких тканей боковой стенки носоглотки IIIст (T3N0M0), состояние после комбинированного лечения (операция 2019 г. + лучевая терапия + 12 курсов ПХТ по схеме VAC). При анализе Д ЭХО – КС от сентября 2020 г: ФВ 63%. С сентября по декабрь 2020 г. на фоне ПХТ контроль показателей Д ЭХО – КС, кардиоспецифических ферментов не проводился. В декабре 2020 г. – последний курс химиотерапии. По назначению кардиолога до декабря 2020 принимала ивабрадин 5 мг/сутки, спиронолактон 12,5 мг/сутки, затем прием препаратов самостоятельно прекратила. Факторы сердечно-сосудистого риска у пациентки не выявлены. Расчет суммарного риска кардиотоксичности перед началом противоопухолевой терапией (по Larsen SM, Mulvagh SL. 2017) составил 5 баллов (высокий риск).

Данные инструментальных, лабораторных обследований от января 2021 г. (при поступлении в кардиологическое отделение): Д ЭХО – КС: МР 2-3 ст., ТР 3 ст., ПЖ 30 мм, ПП 48×45 мм, ЛП – 37×49×38 мм, ЛЖ – эффект СК, КДР ЛЖ 54 мм, ФВ 28%, контрактильность миокарда снижена, диастолическая функция нарушена по типу модели аномальной релаксации; отмечалось повышение уровней: тропонина до 1,10 нг/мл, ЛДГ до 3660 u/l, ЛДГ1 до 1035 u/l, КФК до 750 u/l, КФК – МВ до 40 u/l. Назначена терапия: ингибитор If-каналов синусового узла, антагонисты минералокортикоидных рецепторов, иАПФ, петлевые диуретики. На фоне терапии в отделении достигнуто значительное уменьшение отечного синдрома, снижение кардиоспецифических ферментов до нормы. По Д ЭХО – КС в динамике через 3 недели на фоне лечения положительная динамика

в виде уменьшения МР до 2 ст., ТР до 1-2 ст., повышение ФВ до 36%. При наблюдении через 6 месяцев на фоне приема спиронолактона 50 мг/сут, торасемида 5 мг/сут, дапаглифлозина 10 мг/сут, периндоприла 2 мг/сут, ивабрадина 10 мг/сут состояние пациентки оценивалось как удовлетворительное, признаков декомпенсации кровообращения не отмечалось, при проведении Д ЭХО – КС отмечалось нарастание ФВ до 43%. Таким образом, представлен клинический случай успешной терапии частично обратимого антрациклинового повреждения миокарда.

Использование в последнее время современных маркеров повреждения миокарда – высокочувствительных сердечных тропонинов, натрийуретических пептидов и маркеров фиброза в совокупности с применением современных эхокардиографических технологий, таких как speckletracking, с оценкой глобальной продольной систолической деформации миокарда ЛЖ, современных радиоизотопных методов диагностики и МРТ для выявления ранних, обратимых изменений структуры и механики миокарда, может способствовать своевременному изменению схем противоопухолевой терапии, своевременному назначению препаратов первичной и вторичной профилактики кардиотоксичности, а также порождает надежду на кардинальное улучшение прогноза у пациентов.

*Н.В. Филиппова, Е.В. Кислякова, Ю.А. Панкратова*

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНГАЛЯЦИОННОЙ СУРФАКТАНТ-ТЕРАПИИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19

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

**Актуальность.** Появление COVID-19 поставило перед специалистами здравоохранения задачи, связанные с быстрой диагностикой и оказанием медицинской помощи больным. Наиболее распространенным клиническим проявлением нового варианта новой коронавирусной инфекции является двусторонняя пневмония (вирусное диффузное альвеолярное повреждение с микроангиопатией), у 3-4% пациентов зарегистрировано развитие острого респираторного дистресс-синдрома (ОРДС). Повреждение сурфактанта, несомненно является одним из ключевых звеньев в патогенезе острого повреждения легких. Основные биологические свойства сурфактанта сводятся к снижению сил поверхностного натяжения в альвеолах (в почти 10 раз); участию в антимикробной

защите легких и формированию противоотечного барьера, за счет предотвращения «пропотевания» жидкости из легочных капилляров в просвет альвеолы.

**Цель исследования** – оценить эффективность ингаляционной сурфактант-терапии в комплексном лечении тяжелых форм новой коронавирусной инфекции COVID-19.

**Материалы и методы:** проведен клинический разбор пациентки Ш. 56 лет, в анамнезе: «Ожирение II степени. Артериальная гипертензия 3 степени, риск 4. Хроническая сердечная недостаточность 2А степени, 3 функциональный класс. Не вакцинирована от COVID-19. Поступила в отделение 4 января 2022 г. с диагнозом «новая коронавирусная инфекция COVID-19, лабораторно подтвержденная от 03.01.2022 г. № 563154. Внебольничная двухсторонняя интерстициальная пневмония. Дыхательная недостаточность 0 степени». При поступлении не нуждалась в кислородной поддержке. 11.01.22 состояние пациентки на фоне лечения ухудшается, появляется дыхательная недостаточность, снижается оксигенация крови до 90%, в связи с чем переводится в реанимационное отделение, где находится на высокопоточной оксигенотерапии. С 11.01.22 г. к комплексной терапии новой коронавирусной инфекции, добавляются ингаляции сурфактанта БЛ 75 мг×2 раза в сутки в течение 5 дней.

**Результаты.** Пациентка находилась на лечении в реанимационном отделении с 11.01.2022 г. по 15.02.2022 г. 15.02. 2022 г. переведена в отделение с положительной динамикой, на фоне всего лечения уменьшилась дыхательная недостаточность (с высокопоточной оксигенотерапии переведена на увлажненный кислород аппаратом Боброва 5 л/мин).

**Выводы:** включение сурфактант-терапии в комплексное лечение пациентов с тяжелой пневмонией, вызванной вирусом SARS-CoV-2, позволило обеспечить улучшение газообмена, статистически значимо сократить частоту перевода на инвазивную вентиляцию легких и снизить летальность.

*И.П. Сочнева*

## ВЛИЯНИЕ ПАНДЕМИИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ НА СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЖИЗНИ ЛЮДЕЙ

ГУЗ «Карсунская районная больница им. Ф.И. Фиошина»

11 марта 2020 года Всемирная Организация Здравоохранения объявила пандемией вспышку коронавируса. История человечества неотделима от истории многочисленных эпидемий, постоянно его сопровождавших. Число жертв эпидемий порой значительно превышало все потери во время военных действий или других природных и техногенных катаклизмов. Достижения в области медицины и смежных с нею наук, научная обоснованность противоэпидемических мероприятий, появление средств профилактики привели к тому, что пандемическое распространение инфекционных болезней к середине XX века практически прекратилось. Но, несмотря на огромный опыт, накопленный человечеством по борьбе с распространением инфекционных заболеваний, мир в XXI веке вновь столкнулся с беспрецедентным вызовом, угрожающим кардинальным переустройством существующего миропорядка.

**Актуальность** темы исследования очевидна: пандемия коронавируса, которая за рекордно короткий срок изменила жизнь миллионов людей во всем мире, стала фундаментальным вызовом для современного общества. В работе исследуется проблема влияния пандемии COVID-19 на социально-психологические аспекты жизни людей.

На основании анализа практических наблюдений, периодических, статистических и интернет-источников, результатов социологического опроса, мной сделан ряд выводов.

**Цель исследования** была достигнута, уровень восприятия пандемии COVID-19 населением р.п. Карсун и ее воздействия на социально-психологические аспекты жизни изучен и проанализирован. Данные статистических исследований в целом подтверждают выводы о более высоком уровне стресса и тревоги у граждан в возрасте 15–18 лет, а также 51–88 лет. Они оценивают пандемию как явление, несущее угрозу. При этом люди в возрастном диапазоне от 18 до 50 лет воспринимают COVID-19 как подконтрольную и понятную болезнь.

Задачи исследования выполнены: удалось изучить и обобщить имеющиеся нормативно-правовые, периодические, статистические и интернет источники и материалы по теме исследования; исследовать эмоциональное состояние населения р.п. Карсун в условиях пандемии

2020–2021 годов; выявить позитивное и негативное воздействие пандемии на повседневную жизнь населения; проанализировать сходства и различия в отношении к пандемии представителей разных возрастных категорий населения; выделить основные изменения, произошедшие в жизненном укладе населения в связи с пандемией COVID-19.

**Результаты исследования** показали, что эмоциональное состояние менялось по ходу пандемии и зависело от принятых на государственном, краевом и муниципальном уровнях мер. Выявилась закономерность, что уровень тревожности незначительно снизился в результате открытия на территории посёлка Карсун COVID-госпиталя, что связано с возможностью быстрой транспортировки тяжелобольных СМП или санавиацией в госпитали города Ульяновска.

Исследование восприятия пандемии показало, что конкретная, актуальная и точная информация о профилактических мерах способствует меньшему психологическому воздействию и более низкому уровню тревоги, стресса и депрессии. В то же время распространение в социальных сетях информации о COVID-19 как «вирусе-убийце» поддерживает и усиливает чувство опасности.

Большинство граждан столкнулось с проблемой организации жизни в условиях пандемии. На это повлияла нехватка общения с близкими и друзьями, трудности в проведении дистанционной учебной и рабочей деятельности, а также ограничение доступа плановой медицинской помощи, преимущественно для лиц старше 50 лет.

Действительно, несмотря на удаленность от центра России и малочисленность населения районного посёлка, пандемия коронавируса изменила привычный жизненный уклад населения и повлияла на его социально-психологическое состояние. Не было обнаружено значимой связи между социально-демографическими характеристиками и восприятием пандемии COVID-19. Наиболее выраженным фактором в восприятии пандемии можно назвать наличие заболевшего COVID-19 родственника или близкого знакомого. Это увеличивало восприятие пандемии в качестве стрессового события, с одной стороны, с другой – заставляло многократно усиливать профилактические меры в связи с боязнью распространения заболевания. Можно с уверенностью сказать, что пандемия внесла свои коррективы в социальную организацию жизни людей на многие и многие годы вперед.

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

## ИТОГИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19

ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»  
ГУЗ «Центр общественного здоровья и медицинской профилактики  
Ульяновской области»

**Актуальность.** В 2020 году в связи со сложной эпидемиологической обстановкой диспансеризация населения не проводилась. В 2021 году диспансеризация взрослого населения проводилась в соответствии с приказами Минздрава России от 27.04.2021 № 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения». Учитывая высокую заболеваемость новой коронавирусной инфекцией среди населения нашей страны, с 1 июля 2021 года была расширена программа диспансеризации и профилактического медицинского осмотра взрослого населения. Углубленная программа диспансеризации рассчитана на выявление постковидного синдрома у лиц, перенесших ковидную инфекцию, и включает в себя 2 этапа. Целью профилактических обследований является раннее выявление факторов риска и хронических неинфекционных заболеваний, которые вносят весомый вклад в преждевременную смертность населения. В Ульяновской области диспансеризация начала проводиться с марта 2021 года, после снятия ограничений. Оценка основных показателей диспансеризации после ограничений в ее проведении позволит определить наиболее значимые разделы, организационные мероприятия, что может повысить ее эффективность.

**Цель** – проанализировать основные показатели диспансеризации и профилактического медицинского осмотра в период пандемии COVID-19.

**Материалы и методы исследования.** Для анализа использованы сведения о проведении профилактического медицинского осмотра (ПМО) и диспансеризации определенных групп взрослого населения (ДОГВН) в 2021 году МЗ Ульяновской области. Объем проводимых исследований и консультаций (1 и 2 этап) был определен согласно приказу Минздрава России № 404н от 27.04.2021 «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» и строго соблюдался.

**Результаты.** Подлежали ПМО и ДОГВН в 2021 году в Ульяновской области 331 729 человек взрослого населения. Прошли эти этапы профилактического обследования только одна треть: профосмотр – 18 747 человек и диспансеризацию – 88 202 человека. При этом охват трудоспособного населения наиболее высоким был при проведении профосмотров – 86,7%, а диспансеризация трудоспособного населения от планируемой незначительно превысила половину – 53,9%. По-видимому, это связано с уменьшением на три месяца времени проведения данных мероприятий и прерыванием процесса вводимыми ограничениями по карантину.

Число лиц, которые по результатам первого этапа диспансеризации были направлены на второй этап составил 20 067 человек, а прошли полностью все мероприятия второго этапа диспансеризации – 97,4%.

В ходе диспансеризации и профилактического осмотра у 78,3% были выявлены факторы риска и другие патологические состояния, и заболевания. Среди них лидировали: гиперхолестеринемия – 9,1%, курение табака – 9,5%, нерациональное питание – 18,6%, избыточная масса тела – 12,6%, низкая физическая активность – 14,6%. У 12,7% выявлен сердечно-сосудистый риск разной степени выраженности.

Заболевания, выявленные при проведении профилактического медицинского осмотра и диспансеризации, составили 64 199. При этом многие из них были выявлены впервые, а в ряде случаев у некоторых пациентов имело место 2-3 и более патологий одновременно. Среди выявленных заболеваний доминировала патология сердечно-сосудистой системы – 75,1%. Однако было выявлено достаточно много заболеваний других органов и систем: сахарный диабет – 9,2%, заболевания органов дыхания и ЖКТ – по 6,5%, злокачественные заболевания – 1,8%. Что значит цифра по выявленным злокачественным образованиям? Это 1 199 человек (поставлены на учет и получают комбинированное лечение).

По результатам диспансеризации больным были определены группы здоровья, 2 596 человек направлены на дополнительные методы исследований, не входящих в программу диспансеризации, 36% обследованных установлено диспансерное наблюдение, 4 443 человека направлены на санаторно-курортное лечение, 74 человека – на получение специализированной медицинской помощи.

Однако следует отметить, что, по сравнению с 2019 годом, отмечено уменьшение количества как прошедших диспансеризацию в целом, так и ее второго этапа по объективным причинам.

**Заключение.** Диспансеризация и профилактические медицинские осмотры являются важной и неотъемлемой частью профилактической медицины. Выявленные факторы риска и заболевания позволяют определить необходимые меры профилактики, диагностики и лечения.

Определение группы здоровья при прохождении диспансеризации диспансерного наблюдения дает направление в работе амбулаторно-поликлинического звена, особенно в части, касающейся диспансерного наблюдения. В условиях пандемии роль диспансеризации возрастает многократно, поскольку является важной составляющей профилактики смертности населения. Необходимо проводить работу с прикрепленным населением на этапе первичного звена для объяснения значения прохождения медицинских осмотров и диспансерного наблюдения.

*Д.П. Драпова, Е.В. Шаталова, Т.Г. Иванова*

## **ВЛИЯНИЕ НИЗКОЧАСТОТНОЙ МАГНИТОТЕРАПИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ГЕРИАТРИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ПНЕВМОНИЮ, ВЫЗВАННУЮ COVID-19**

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

Пневмония, ассоциированная с коронавирусной инфекцией – особый вид поражения лёгких. Она подразумевает вовлечение в патологический процесс интерстициальной ткани лёгких, альвеолярных стенок и сосудов. То есть воспаление развивается во всех структурах лёгких, участвующих в газообмене. Исходя из патогенеза заболевания, пневмония, вызванная COVID-19, нередко приводит пациентов к нарушению функции органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, высших психических функций. Поэтому для пневмонии, вызванной COVID-19, характерно наличие таких осложнений, как длительный кашель, одышка, повышенная утомляемость, нарушение сна, аппетита, боль в мышцах и др. Поиск и внедрение новых методов медицинской реабилитации является актуальной задачей современной медицины. Низкочастотная магнитотерапия является одним из безопасных методов лечения.

**Цель** – оценить эффективность применения низкочастотной магнитотерапии в комплексной реабилитации у герiatricеских пациентов, перенесших пневмонию, вызванную COVID-19, в фазе реконвалесценции.

**Материалы и методы.** В исследование были включены 24 пациента (средний возраст 64,3 ± 4,7 года), перенёсших пневмонию, вызванную COVID-19. В 1-ю группу вошли 14 пациентов, которые на фоне стандартной терапии, ЛФК (лечебной физкультуры) и массажа грудной клетки на 16-й день после выписки из стационара получали низкочастотную магнитотерапию на аппарате «Полюс-101» (Россия), ежедневно по 15 минут по поперечной методике, 10 процедур на курс. Во 2-ю группу (контрольную) вошли 10 пациентов, которые на фоне стандартной терапии получали только ЛФК и массаж. Применяли следующие **методы оценки:** измерение сатурации кислорода в крови, опросы по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ), опроснику качества жизни EQ-5D и анкете SF-36, шкале Борга для оценки пациентом переносимости физических нагрузок, шкале одышки.

**Результаты.** У пациентов 1-й группы после курса применения низкочастотной магнитотерапии было выявлено увеличение экскурсии грудной клетки на 43,6%, снижение уровня одышки с умеренной до лёгкой на 64,3%, уменьшение ограничений жизнедеятельности на 61,7%. Анализ результатов исследования по опроснику качества жизни EQ-5D и по анкете SF-36 проводился у больных также до получения низкочастотной магнитотерапии и после курса лечения. Согласно данным опросника EQ-5D, у пациентов 1-й группы были выявлены улучшения общей мобильности (подвижности) на 45,7%, бытовой активности – на 27,1%, снижение боли/дискомфорта – на 47,3%, тревоги и депрессии – на 42,8%, по сравнению с контрольной группой ( $p=0,001$ ). Показатели качества жизни по опроснику SF-36 после курса применения низкочастотной магнитотерапии в комплексной реабилитации у герiatricеских пациентов, перенесших пневмонию, вызванную COVID-19, выявил достоверные изменения по таким шкалам как: общая самооценка здоровья – на 8,4 балла; интенсивность боли – на 13,5 балла; жизненная активность – на 12,4 балла; психическое функционирование – на 10 баллов ( $p<0,05$ ).

**Выводы.** Включение низкочастотной магнитотерапии в комплексную реабилитацию герiatricеских пациентов, перенесших пневмонию, вызванную COVID-19, способствует регрессу дыхательных нарушений, уменьшает уровень тревоги и депрессии, снижает боль и дискомфорт и тем самым улучшает качество жизни пациента.

*А.В. Олейникова*

## **СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ПОСТКОВИДНОЙ ПОСТУРАЛЬНОЙ ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ ТАХИКАРДИИ**

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

**Актуальность.** Появление COVID-19 ставит перед врачами задачи, связанные не только с диагностикой и лечением самого заболевания, но и оказанием качественной медицинской помощи, включающей реабилитационные мероприятия во время и после перенесения коронавирусной инфекции.

**Цель работы** – установление частоты встречаемости постуральной ортостатической тахикардии (ПОТ) как одного из проявлений

постковидного синдрома и выработка терапевтических подходов коррекции данного состояния.

**Материалы и методы.** Проанализированы данные 76 пациентов с постковидным синдромом. Среди них 42 женщины (55%), 34 мужчины (45%). Из них молодого возраста 8 (10%), среднего – 40 (53%), пожилого – 24 (32%), старческого – 4 (5%). У 19 пациентов была диагностирована ПОТ (25% от общего числа). Преобладали женщины молодого и среднего возраста без манифестной сердечно-сосудистой патологии. Клинически ПОТ проявляется стойким, в течение 10 мин повышение ЧСС > 30 уд./мин при переходе из положения лежа в вертикальное (при отсутствии ортостатической гипотензии), слабостью, головокружением, сердцебиением, тошнотой, одышкой, головной болью, обмороками, затуманенностью сознания, плохой переносимостью физических нагрузок.

**Результаты исследования.** В ходе исследования выяснено, что чаще ПОТ поражает пациентов молодого и среднего возраста (4% и 15% соответственно), большая часть из которых женщины (90%). Механизмы развития синдрома ПОТ при постковидном синдроме в целом неизвестны. Наиболее вероятно влияние самой вирусной инфекции и воспалительных реакций, аутоиммунных процессов, затрагивающих компоненты вегетативной нервной системы, дисфункции автономной нервной системы, декондиционирования вследствие длительного постельного режима и иммобилизации, которое может сопровождаться уменьшением массы миокарда левого желудочка и ударного объема. При лечении ПОТ использовался системный подход. Мы рекомендовали пациентам употребление жидкости до 3 литров в день, диету № 10, по возможности использование компрессионных чулок для снижения депонирования крови в нижних конечностях. При отсутствии противопоказаний – аппаратный лимфодренажный массаж, способствующий уменьшению застоя лимфы, а также снижающий риск возможных тромбозомболических осложнений. Проводилась и медикаментозная коррекция тахикардии такими препаратами как Бисопролол, Ивабрадин и Верапамил. 6 пациентов получали Бисопролол (32% от общего числа с ПОТ), 12 – Ивабрадин (63%), 1 – Верапамил (5%) – одна пациентка с симптомами бронхообструкции. Достоверно сравнить эффективность и отсутствие побочных эффектов данных препаратов в столь небольшой группе пациентов сложно, но эффективнее себя проявил Ивабрадин, что отражалось в более быстром достижении целевых значений ЧСС. При наращивании дозы Бисопролола для достижения целевой ЧСС у некоторых пациентов развивалась артериальная гипотензия, что потребовало коррекции дозы или отмены препарата, в то время как увеличение дозы Ивабрадина не сопровождалось побочными эффектами. У всех

пациентов, получавших Ивабрадин в средней дозе 10–15 мг/сут в течение 12 дней, достигнуто снижение ЧСС до 60–80 уд. в мин (т.е. у 100%). Из тех, кто получал Бисопролол в дозе 2,5–5 мг/сут, только у 4 из 6 достигнуты целевые цифры ЧСС (67%). У пациентки с бронхиальной астмой снижение САД ниже 110/ мм.рт.ст. не позволило назначить адекватную дозу Верапамила и достичь целевых цифр ЧСС.

У всех пациентов ПОТ сопровождалась субъективным улучшением самочувствия.

**Выводы.** Необходим комплексный подход в лечении сердечно-сосудистых проявлений постковидного синдрома, в частности ПОТ. Назначение немедикаментозных и медикаментозных видов лечения позволяет достичь урежения ЧСС и улучшения самочувствия пациентов в 100% случаев. Наиболее эффективным лекарственным препаратом для коррекции ЧСС по результатам исследования является Ивабрадин.

*А.А. Парамонова, Н.В. Андросова, М.В. Фролова,  
Е.И. Макарова, М.С. Шумилова, А.С. Шустрова,  
С.А. Чурсанова*

## ГЕНДЕРНО-ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СИНДРОМА ЦИТОЛИЗА У БОЛЬНЫХ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ (COVID-19)

ГУЗ «Ульяновский областной клинический госпиталь  
ветеранов войн»

**Актуальность.** На современном этапе существует 5 возможных механизмов повреждения печени при коронавирусной инфекции: 1) Прямое воздействие SARS-CoV-2 на печень, 2) иммуноопосредованное повреждение печени, приводящее к печеночной недостаточности, 3) тяжелая гипоксия с метаболическим ацидозом, 4) лекарственное повреждение печени, 5) реактивация ранее существовавшего заболевания печени. Поэтому в период продолжающейся пандемии COVID-19 углубление функций печени приобретает особую значимость как возможный предиктор ухудшения качества лечения и снижения выживаемости.

**Цель** – оценить гендерно-возрастной состав пациентов с цитолизом на фоне новой коронавирусной инфекции.

**Материалы и методы.** В исследование были включены 34 пациента с новой коронавирусной инфекцией, проходившие лечение во временно организованном инфекционном отделении № 2 с 20.09.21 по 01.12.21.



Критерий включения – синдром цитолиза с повышением трансаминаз более 3 верхних границ нормы (ВГН).

**Результаты исследования.** Представлен анализ стационарных больных ковидного госпиталя с синдромом цитолиза. Всего было пролечено 784 пациента, из них с цитолизом более 3 ВГН – 34 человека (4,34%). По гендерному составу женщины – 64,7% (n=22) преобладали над мужчинами – 35,3% (n=12). Средний возраст исследуемых составил  $51,7 \pm 2,41$  года (95% ДИ 46,8 – 56,6), достоверного различия среднего возраста между мужчинами и женщинами не установлено. Преобладали пациенты с избыточной массой тела:  $29,7 \pm 1,22$  кг/м<sup>2</sup> (95% ДИ 27,2-32,2). При исследовании уровня трансаминаз среднее значение АЛТ составило  $220,5 \pm 18,4$  ед/л, АСТ  $151 \pm 14,2$  ед/л, а кратность повышения от ВГН составила  $6,12 \pm 0,51$  для АЛТ, и  $4,21 \pm 0,4$  для АСТ. Из других лабораторных данных обратило на себя внимание отсутствие значимого повышения уровня билирубина (среднее значение общего билирубина составило  $11,46 \pm 0,6$  мкмоль/л, а максимальный уровень в исследуемой группе составил 25,2 мкмоль/л). Среди анамнестических факторов исследованы события, которые могут влиять на развитие гепатопатии: факт вакцинации, кардиологическая патология, нарушение углеводного обмена, количество лекарственных средств, принимаемых догоспитально и наличие гепатотоксичных препаратов, согласно спискам LiverTox. Вакцинировано препаратами Спутник Гам Ковид Вак и ЭпиВак Корона было 8 человек (23,5%), причём кратность повышения АЛТ среди привитых пациентов была меньше, чем при отсутствии иммунизации ( $p = 0,02$ ). Из пациентов с цитолизом 44,1% имели кардиологические патологии в виде артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца, нарушений ритма. Страдали расстройством углеводного обмена (нарушение гликемии натощак и сахарный диабет) 19 человек (55,9%). Догоспитально пациенты получали от 2 до 7 медикаментов, одним из которых часто являлся антибиотик. Всего антибактериальные средства использовали 26 человек (76,5%), 4 пациента употребляли по 2 антибиотика и 2 – по 3. Наиболее распространённые наименования лекарств: азитромицин, амоксициллина клавулонат, цефтриаксон и левофлоксацин. У 15 человек (44,1%) был установлен приём гепатотоксичных средств, находящихся в категориях А и В согласно LiverTox (амоксициллина клавулонат, азитромицин, гепарин, левофлоксацин). В анамнезе отсутствовали вирусные гепатиты, онкологические заболевания; стеатогепатит был зарегистрирован только в 3 случаях.

**Выводы:** 1) факт вакцинации против новой коронавирусной инфекции являлся условием, сдерживающим выраженность уровня цитолиза (наиболее вероятно, что это было обусловлено уменьшением прямого

воздействия коронавируса на печень); 2) развитие синдрома цитолиза отмечено в основном у людей среднего возраста, которые имеют избыточную массу тела, без гендерной разницы; 3) из анамнестических факторов, потенциально имеющих гепатонегативное воздействие, выделена полипрагмазия, наличие гепатотоксичных препаратов, нарушение углеводного обмена и заболевания сердечно-сосудистой системы.

*Н.А. Слободнюк, В.И. Рузов, А.П. Зубарев, Д.В. Колчин*

### ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЯЕМЫХ САХАРОСНИЖАЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ НА ФОНЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19)

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

**Актуальность.** Известно, что течение сахарного диабета (СД) на фоне новой коронавирусной инфекции COVID-19, способствует поддержанию инфекционного процесса, имеет более тяжелое течение, характеризуется более высокими показателями смертности по сравнению с пациентами без СД. По данным популяционных исследований, проведенных в 2020–21 г. установлено, что повышение риска госпитальной смертности от COVID-19 в 3,5–7,3 раза у пациентов с СД 1 типа и в 2,2–2,3 раза у пациентов с СД 2 типа по сравнению с пациентами без диабета. Существует ряд факторов, ассоциированных с повышением риска смертности от COVID-19 у пациентов с СД. Прежде всего это плохой гликемический контроль (показано, что гипергликемия более 10 ммоль/л являлась предиктором повышения смертности), мужской пол; пожилой возраст; перенесенный инсульт, наличие почечной или сердечной недостаточности. По данным другого исследования, у пациентов без диабета уровень глюкозы натощак более 7 ммоль/л при поступлении в стационар ассоциировался с неблагоприятными клиническими исходами. Механизмами, способствующими более тяжелому течению COVID-19, при СД являются нарушение иммунного ответа при гипергликемии; предрасположенность к цитокиновому шторму, провоспалительное состояние диабета; использование в лечении контринсулярных гормонов, прямое вирусное повреждение клеток, в связи с экспрессией ACE2 в этом органе, в результате аутоиммунного поражения.

В настоящее время нет убедительных данных о преимуществах использования какого-то определенного класса сахароснижающих препаратов в лечении COVID-19, что и послужило предпосылкой к данному исследованию.

**Цель исследования** – оценить эффективность применяемых сахароснижающих препаратов для коррекции гликемии у пациентов с сахарным диабетом на фоне COVID-19.

**Методы исследования.** В исследование вошло 60 человек с сахарным диабетом и новой подтвержденной коронавирусной инфекцией COVID-19. Все пациенты были госпитализированы в Ульяновский областной клинический госпиталь ветеранов войн в 2021 году, среди них 28 мужчин (46,6%) и 32 женщины (53,4%). Средний возраст женщин составил  $62,1 \pm 1,1$ , мужчин –  $63,8 \pm 1,8$ . Пациенты наблюдались в течение всего периода госпитализации ( $12,2 \pm 0,21$  день) с оценкой клинического статуса, сатурации кислорода, СРБ, R-графии, КТ органов грудной клетки, уровня тощаковой и постпрандиальной гликемии, проводимой терапии. С учетом проводимой терапии, все пациенты были разделены на группы. В 1-ю вошли 11 пациентов, получающие инсулин, во 2-ю – пациенты на монотерапии метформином ( $n=11$ ), в 3-ю – на монотерапии гликлазидом МВ ( $n=12$ ), в 4-ю – на комбинированной терапии метформином с гликлазидом МВ ( $n=21$ ) и 5-ю – комбинации метформина с иДПП-4 ( $n=5$ ).

**Результаты исследования** показали, что у пациентов, получающих инсулин на фоне терапии, уровень гликемии натощак составил 7,1 ммоль/л, постпрандиальной гликемии – 10,8 ммоль/л. Среди остальных пациентов, целевые показатели были достигнуты в 4-ой группе. Во 2, 3 и 5 группах они составили 8,2; 7,6; 8,8 ммоль/л соответственно. Показатели постпрандиальной гликемии были целевыми у пациентов 4-ой группы (9,6 ммоль/л), против 11,9; 10; 12,2 ммоль/л во 2, 3 и 5 группах. Несмотря на проводимое лечение 21 пациент (35%) в связи с ухудшением клинического состояния переводились в другие ЛПУ. Нарастание дыхательной недостаточности коррелировало с нецелевым уровнем гликемии у 4-х (36,3%) пациентов первой группы, у 4-х (36,6%) – из второй группы, у 7-ми (51%) – из третьей группы, у 4-х (19%) – из четвертой группы и у 2-х (40%) пациентов из пятой группы. Уровни постпрандиальной гликемии составили 15,7; 18,6; 18,0; 13,3, 21 ммоль/л с первой по пятую группы, соответственно.

**Выводы.** При выборе сахароснижающей терапии для лечения пациентов с СД и COVID-19 лучшую эффективность показала комбинация препаратов метформина с гликлазидом МВ. Монотерапия гликлазидом МВ была более эффективной, по сравнению с монотерапией

метформином и иДПП. Нарастание инфекционного процесса способствовало поддержанию гипергликемии и слабому терапевтическому ответу.

*Н.А. Слободнюк, Э.А. Каримова, Н.А. Манина,  
А.Р. Миначева*

## ГИПЕРГЛИКЕМИЯ КАК ПРЕДИКТОР ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19)

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

**Актуальность.** Болезнь SARS-CoV-2, получившая название COVID-19, была официально объявлена пандемией Всемирной организацией здравоохранения. В настоящее время многие работы об аспектах течения данного заболевания требуют тщательных исследований. По данным исследований, повышение уровня гликемии повышает риск смертности от COVID-19 больше, чем в два раза у пациентов с сахарным диабетом и преддиабетом, при этом, вероятно, на риск развития неблагоприятных исходов связан исходный значением уровня гликемии при госпитализации. Результаты наблюдений показали развитие синдрома стрессовой гипергликемии у пациентов с COVID-19 без предшествующих нарушений углеводного обмена также ассоциированы с более высокой летальностью. Стрессовая гипергликемия при COVID-19 на фоне лечения глюкокортикостероидами может приводить к дисбалансу углеводного обмена, транзиторной гипергликемии, снижению толерантности к глюкозе и, в дальнейшем, к манифестации стероидного сахарного диабета. Известно, что коморбидность – другой фактор, отягощающий течение COVID-19. По данным ряда исследований выявлено, что сопутствующие заболевания повышают риски тяжелого течения инфекции: наличие артериальной гипертензии – в 2,29 раза, сердечно-сосудистой патологии – в 2,93 раза. Ожирение с ИМТ > 35 кг/м<sup>2</sup> увеличивало потребность в переводе пациентов на ИВЛ в 1,6 раза независимо от возраста. Причинно-следственные связи, роль факторов риска на течение и исход заболевания COVID-19 остается до конца не изученной, что и послужило целью данного исследования.

**Цель исследования** – изучить влияние гипергликемии на исход новой коронавирусной инфекцией COVID-19.

**Материалы исследования.** Ретроспективно было изучено 60 историй болезни больных с COVID-19 и гипергликемией. Данные пациенты были госпитализированы в Ульяновский областной клинический госпиталь ветеранов войн в 2021 году, среди них 28 (46,56%) мужчин и 32 (53,4%) женщин. Возраст женщин составил  $62,1 \pm 1,1$ , мужчин –  $63,8 \pm 1,8$ . Средний период пребывания в стационаре составил  $12 \pm 0,20$  дней. Все пациенты были разделены на 4 большие группы: в 1-ю вошли 11 пациентов без гипергликемии в анамнезе ( $n=11$ ), во 2-ю – пациенты с верифицированным диагнозом «преддиабет» (нарушение гликемии натощак или нарушение толерантности к углеводам) ( $n=11$ ), 3-ю группу составили пациенты с диагнозом сахарный диабет, получающие таблетированные сахароснижающие препараты ( $n=27$ ), 4-я группа включала пациентов с сахарным диабетом, получающих инсулинотерапию ( $n=11$ ).

**Результаты.** Гипергликемия (более 10 ммоль/л) встречалась у 18,3% пациентов из первой, у 18,3% – из второй, у 45% – из третьей и у 18,3% – из четвертой группы. На фоне базисной противовирусной терапии, в том числе глюкокортикостероидами, состояние больных улучшилось, однако часть пациентов в связи ухудшением состояния, сохраняющейся гипергликемией и нарастанием дыхательной недостаточности были переведены в другие ЛПУ. Среди пациентов с ухудшением состояния в равных долях (по 27,3%) были из первой и второй групп, 37,1% – из третьей группы и 45,5% – из четвертой группы. Полученные результаты свидетельствуют о значении сахарного диабета в утяжелении течения коронавирусной инфекции.

**Выводы.** Таким образом, наличие нарушений углеводного обмена отягчает течение коронавирусной инфекции. Гипергликемия на момент госпитализации пациентов является предиктором тяжести течения новой коронавирусной инфекции COVID-19 у каждого четвертого пациента.

*Е.А. Филина, Э.А. Каримова*

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И СТРУКТУРА ОСНОВНЫХ ГЕРИАТРИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ГЕРИАТРИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

ГУЗ «Ульяновский областной клинический госпиталь  
ветеранов войн»

**Актуальность.** Старение населения и рост продолжительности жизни оказывает значительное влияние на систему организации медицинской помощи. Составление индивидуального плана ведения пациента пожилого и старческого возраста строится на всесторонней оценке их потребностей, что реализуется при проведении комплексной гериатрической оценки (КГО), выявлении и коррекции существующих гериатрических синдромов

**Цель работы** – оценить распространенность основных гериатрических симптомов у пациентов пожилого и старческого возраста, направленных на лечение в гериатрическое отделение.

**Материалы и методы.** Всего обследовано 60 человек, из них 36 женщин (60%) и 24 мужчины (40%). Средний возраст пациентов – 77 лет. В частности, 14 человек в возрасте 60–69 лет (23,3%), 19 человек возрастной группы 70–79 лет (31,7%), 26 человек в возрасте 80–89 лет (43,3%), один человек старше 90 лет (1,78%). Всем пациентам проводилась комплексная гериатрическая оценка, включающая исследование функционального статуса, когнитивного статуса, эмоционального статуса, потребности в социально-бытовой помощи и уходе. Изучена распространенность изменений, указывающих на гериатрические синдромы.

**Результаты.** Функциональный статус пациентов оценивался по тестам скорости ходьбы, равновесия, тестом «Встань и иди». При определении скорости ходьбы на 4 метра выявлено, что скорость ходьбы менее 0,8 м/с, свидетельствующая о снижении мышечной функции, характерна для 58,3% обследованных пациентов, 42,4% пациентов имели хорошую скорость ходьбы. Тест на равновесие полностью выполнили 18 чел. (30%), не смогли выполнить – 18 чел. (30%), выполнили не полностью 24 чел. (40%). Тест «Встань и иди» выполнили с хорошим результатом 42 чел. (70%). На основании проведенных тестов высокий риск падений выявлен у 40 чел. (66,7%), умеренный риск – у 4 чел. (6,7%), низкий риск – у 16 чел. (26,7%). Всем пациентам проводилась динамометрия для определения мышечной силы – силы пожатия. Низкая сила пожатия выявлена

у 19 женщин (53% от числа обследованных женщин) и у 8 мужчин (33% от числа обследованных мужчин). Базовая функциональная активность в повседневной жизни оценивалась по определению индекса Бартел. Выявлено, что 26 чел. (43,3%) имеют умеренную зависимость от посторонней помощи, 17 чел. (28,3%) не имеют зависимости, 14 чел. (23,3%) имеют легкую зависимость и 3 человека (5%) имеют выраженную зависимость от посторонней помощи. Инструментальная функциональная активность оценивалась по шкале Лоутона. В ходе обследования только 8 чел. (13,3%) имели снижение функциональной активности и 52 чел. (86,7%) не имели зависимости. Оценка нутритивного статуса проводилась по шкале оценки питания MNA. Нормальный статус питания имели 19 чел. (31,7%), риск недостаточности питания имели 35 чел. (58,3%), и у 6 чел. (10%) выявлена недостаточность питания (мальнутриция). Для оценки когнитивного статуса использовался скрининговый метод для выявления тяжелых когнитивных нарушений Мини-Ког, включающий запоминание и повторение 3 слов и тест рисования часов. Высокий риск тяжелых когнитивных нарушений выявлен у 37 чел. (61,7%), низкий риск – у 23 чел. (38,3%). Для выявления признаков депрессии использовалась гериатрическая шкала депрессии, на основании которой у 40 чел. (66,7%) имелась вероятная депрессия и у 20 чел. (33,3%) депрессия отсутствовала. Также проводился подсчет у пациентов числа соматических заболеваний. Так, 17 чел. (28,4%) имели 3–5 заболеваний, 20 чел. (33,3%) – 6–7 заболеваний и 13 чел. (21,7%) имели более 8 заболеваний. Сахарным диабетом страдали 25 чел. (41,7%).

**Выводы.** Основные гериатрические синдромы снижают качество жизни и приводят к утрате автономности. Проведение комплексной гериатрической оценки для выявления основных гериатрических синдромов позволяет адаптировать лечебно-профилактические и реабилитационные мероприятия у лиц пожилого и старческого возраста, направленные на восстановление или поддержание их функциональной активности и независимости от посторонней помощи.

*О.В. Шамеева, О.Н. Еремеева, А.В. Олейникова,  
Н.А. Ознобихина, Э.А. Каримова, Н.Н. Кукушкина*

## ВЛИЯНИЕ БЛОКАТОРОВ ИЛ6 НА СИСТЕМУ КОАГУЛЯЦИИ ПРИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

ГУЗ «Ульяновский областной клинический госпиталь  
ветеранов войн»

**Актуальность.** Критическая форма COVID-19 является разновидностью цитокинового шторма, а ее проявления сходны с течением первичного и вторичного гемофагоцитарного лимфогистиоцитоза (ГЛГ) или синдрома активации макрофагов (САМ). При критическом течении COVID-19 развивается патологическая активация врожденного и приобретенного (Th1- и Th17-типы) иммунитета, «дисрегуляция» синтеза «провоспалительных», иммунорегуляторных, «антивоспалительных» цитокинов и хемокинов: ИЛ1, ИЛ2, ИЛ6, ИЛ7, ИЛ8, ИЛ9, ИЛ10, ИЛ12, ИЛ17, ИЛ18, гранулоцитарный колониестимулирующий фактор (Г-КСФ), гранулоцитарномacroфагальный колониестимулирующий фактор (ГМ-КСФ), фактор некроза опухоли  $\alpha$  (ФНО $\alpha$ ), ИФН $\gamma$ -индуцируемый белок 10, ИФН $\alpha$  и ИФН $\beta$ , моноцитарный хемоаттрактантный белок 1 (МХБ1), макрофагальный воспалительный белок 1 $\alpha$  (МВБ1 $\alpha$ ), а также маркеров воспаления (СРБ, ферритин). Цитокиновый шторм при COVID-19, как правило, приводит к развитию ОРДС, полиорганной недостаточности и может быть причиной летального исхода. Поэтому в лечении используются блокаторы ИЛ6.

**Цель** – оценить влияние блокаторов ИЛ6 на систему коагуляции, путем исследования уровня Д-димера.

**Материалы и методы.** В исследование было включено 62 пациента (39 мужчин, 23 женщины средний возраст  $64,3 \pm 4,7$  года), с интерстициальной пневмонией, вызванной COVID-19, со степенью поражения около 40% (КТ2). Достоверного различия среднего возраста между мужчинами и женщинами не установлено. Преобладали пациенты с избыточной массой тела:  $29,4 \pm 1,22$  кг/м<sup>2</sup> (95% ДИ 27,2–32,2).

Исследование уровня Д-димера при поступлении показало, что среднее значение составляет 500 нг/мл. Далее Д-димер контролировался на 2, 5 и 7 день после введения блокаторов ИЛ6. Так, на второй день у 56 человек отмечалось повышение уровня Д-димера до 4000 нг/мл, у 6 человек – до 2000 нг/мл. На 5-й день после введения уровень Д-димера у всех пациентов достиг 4000 нг/мл. И только на 7-й день после введения отмечалось снижение уровня Д-димера до 1000 нг/мл у 60 пациентов,

у 2-х пациентов Д-димер сохранялся на уровне 4000 нг/мл. На фоне повышения уровня Д-димера у всех пациентов отмечалось снижение сатурации до 86-89%, что потребовало кислородной поддержки и коррекции доз антикоагулянтов (в сторону увеличения дозы). Среди анамнестических факторов исследованы события, которые могут влиять на развитие повышенного тромбообразования: факт вакцинации, кардиологическая патология, нарушение углеводного обмена, количество лекарственных средств. Вакцинировано препаратами Спутник Гам Ковид Вак было 12 человек (19,4%), причём десатурация среди привитых пациентов была меньше, чем при отсутствии иммунизации ( $p = 0,02$ ). Из пациентов с повышенным уровнем Д-димера 42,6% имели кардиологическую патологию в виде артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца, нарушений ритма. Страдали расстройством углеводного обмена (нарушение гликемии натощак и сахарный диабет) 15 человек (24,2%).

**Выводы:** 1. Введение блокаторов ИЛ6 при новой коронавирусной инфекции является эффективным методом купирования цитокинового шторма. 2. Т.о. при назначении блокаторов ИЛ6 необходим строгий контроль за коагулограммой, Д-димером, с последующей коррекцией возникающих нарушений гемостаза путем наращивания доз антикоагулянтов, подключения кислородной поддержки.

*М.А. Магомедов, А.С. Нестеров, В.А. Разин, А.В. Нестерова*

## ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ХРОНИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗОВ В УСЛОВИЯХ Г. УЛЬЯНОВСКА

ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»  
ГУЗ «Областной клинический кожно-венерологический диспансер»

Хронические дерматозы являются повсеместно встречающимися заболеваниями, возникающими в любом возрасте и характеризующимися рецидивирующим течением, а также выраженной резистентностью к проводимой терапии, что нередко приводит к длительной потере трудоспособности. В последние годы наблюдается рост тяжелых, рефрактерных к фармакотерапии, порой инвалидизирующих форм дерматозов, что существенно влияет на качество жизни пациентов, определяя не только медицинскую, но и социальную значимость данного вопроса.

К наиболее часто встречающимся хроническим дерматозам относятся истинная и микробная экземы, атопический дерматит, псориаз, красный плоский лишай. В структуре хронических заболеваний кожи экономически развитых стран больные псориазом составляют 2-3%, атопическим дерматитом – 12-18%, истинной и микробной экземой – 10-23% и красным плоским лишаем – 0,5-2%.

Было обследовано 84 пациента, больных хроническими дерматозами, в возрасте от 16 до 79 лет, обратившихся за медицинской помощью в условиях поликлинического приема в период 2020-2021 гг.

Диагностику дерматозов, их клиническую форму и стадию кожного процесса, степень выраженности, а также частоту рецидивов, резистентность к проводимой терапии производили с использованием общеклинических методов обследования, по стандартам диагностики, разработанных Минздравом РФ для каждого дерматоза в соответствии с международной классификацией болезней и проблем 10-го пересмотра (МКБ-10).

Среди обследованных больные вульгарным псориазом составили 28,6% (24 человек), псориазическим артритом – 10,7% (9 пациентов), истинной экземой – 15,5% (13 больных), микробной экземой – 27,4% (23 пациента), атопическим дерматитом – 11,9% (10 человек) и красным плоским лишаем – 5,9% (5 больных).

Из всех обследованных мужчины составили 63,1% (53 человека), женщины – 36,9% (31 человек).

Тяжесть течения хронических дерматозов в г. Ульяновске, при обращении за медицинской помощью существенно варьировала, так, на примере псориаза, оцененном по индексу PASI, отмечено колебание данного показателя от 9,2 до 64,8 баллов. Тяжелая, средняя и легкая степень заболевания составили зафиксированы у 56%, 35%, 9% больных соответственно, т.е. выявлено преобладание легкой формы клинического течения. При псориазе с поражением суставов данные показатели составили 16%, 25% и 59% соответственно, что свидетельствовало о превалировании тяжелой формы.

Длительность течения хронических дерматозов у обследованных характеризовалась большой вариабельностью, поэтому при проведении исследований больных по этому признаку делили на следующие группы: до 1 года, 1-5 лет, 5-10 лет и более 10 лет. Из всех обследованных на эти группы приходилось 7%, 21%, 36% и 36% соответственно. Частота рецидивов также увеличивалась с нарастания стажа заболевания (более 4 раз в год).

Проведенный анализ клинико-эпидемиологических особенностей хронических дерматозов в условиях региона позволит оптимизировать методические подходы к лечению и реабилитации лиц с хроническими заболеваниями кожи различной этиологии, что существенно повысит эффективность терапии, приведет к снижению тяжелых, инвалидизирующих форм заболеваний, позволит сократить количество обострений дерматозов, снизит экономические затраты здравоохранения.

*А.С. Нестеров, Е.Н. Пешне, И.Р. Каримов, Г.В. Савчков*

## ИЗМЕНЕНИЕ МИКРОБИОТЫ ВЛАГАЛИЩА ПРИ ГЕНИТАЛЬНОМ ПСОРИАЗЕ У ЖЕНЩИН

ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»  
ГУЗ «Областной клинический кожно-венерологический диспансер»  
ГУЗ «Городская поликлиника № 1 им. С.М. Кирова»

В последние годы как в Российской Федерации, так и за рубежом количество больных хроническими кожными заболеваниями, в том числе и псориазом, продолжает возрастать. Распространенность псориаза среди жителей разных стран составляет от 0,09% до 11,43%, что делает его серьезной глобальной проблемой, от которой страдают по меньшей мере 100 млн. человек во всем мире. В РФ заболеваемость псориазом

составляет 3,5% в общей структуре хронической патологии кожи и подкожной жировой клетчатки.

В работах зарубежных исследователей указывается, что у 32–63% пациентов с псориазом имеются поражения, локализованные в аногенитальной области. Несмотря на многочисленные исследования, вопросы этиологии и патогенеза псориаза нельзя считать окончательно решенными. В последние годы установлена ось кишечник-кожа, свидетельствующая о тесной взаимосвязи микробиоты кишечника с интенсивностью высыпаний на коже у больных псориазом. Показано, что псориаз сопровождается изменениями микробиома кишечника, которые могут индуцировать воспалительную реакцию путем активации цитокинов IL-23, IL-17 и IL-22, а также модуляции гамма-интерферона (IFN- $\gamma$ ) и ингибирования продукции Т-регуляторных клеток (Treg), что приводит к неконтролируемому росту кератиноцитов.

**Целью** работы явилось изучение микробиома влагалища у женщин с генитальными проявлениями псориаза.

**Материалы и методы исследований.** Изучение микробиома влагалища проводили у 53 женщин с генитальным псориазом. Для этого у пациенток были взяты образцы отделяемого влагалища и цервикального канала, в которых определяли патогенную и условно-патогенную микробиоту. Исследования проводили на базе микробиологического отдела клинико-диагностической лаборатории ГУЗ «Городская поликлиника № 1 имени С.М. Кирова» г. Ульяновска с использованием бактериологических и серологических методов.

**Результаты и обсуждение.** Показано, что у всех обследованных женщин генитальный псориаз сопровождался изменением структуры вагинального микробиома. В результате исследований выявлены микроорганизмы: *Candida albicans* 71,7% (53), *Candida spp.* (кроме *C. albicans*) 52,3% (28), *Enterococcus faecalis* 22,6% (12), *Enterococcus faecium* 7,5% (4), *Escherichia coli* 37,7% (20), *Klebsiella pneumoniae* 13,2% (7), *Staphylococcus aureus* 7,5% (4), *Streptococcus* группы *Viridans* 1,8% (2), *Streptococcus pyogenes* (группы А) 1,9% (1), *Streptococci* групп В, С, G 5,7% (3), *Ureaplasma urealyticum* 7,5% (4).

Анаэробный дисбиоз был выявлен у 49,0% (26) обследованных женщин. Диагностика соотношения аэробных и анаэробных условно-патогенных микроорганизмов показала достоверно повышенный уровень *Gardnerella vaginalis*, *Prevotella bivia*, *Porphyromonas spp.*, *Eubacterium spp.* и *Streptococcus spp.* ( $p < 0,05$ ) в исследуемых образцах. Следует отметить, что в 39,6% случаев дисбиоз выявлялся на фоне значительного снижения или полного отсутствия в пробах *Lactobacillus spp.*

**Выводы:** у женщин с генитальным псориазом выявлено существенное расширение видового спектра микробиома влагалища, проявляющееся увеличением содержания патогенной и условно-патогенной микробиоты. Почти у половины обследованных обнаружено повышенное содержание видов с анаэробным метаболизмом, тогда как представители нормобиоты (*Lactobacillus spp.*) были обнаружены только у 39,6% пациенток или даже полностью отсутствовали. Указанные изменения микробиома влагалища у обследованных свидетельствует о выраженном дисбиозе данного биотопа у женщин, больных с генитальной локализацией псориаза.

**З.А. Коган**

### ПРЕИМУЩЕСТВА НЕКОТОРЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ФОРМ В НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗОВ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ

ГУЗ «Областной клинический кожно-венерологический диспансер»

**Актуальность проблемы.** Многие хронические дерматозы сопровождаются появлением высыпаний на коже волосистой части головы в виде папул, чешуек, корок, бляшек, очагов лихенизации и т.д. Наиболее часто среди нозологических форм встречаются себорейный дерматит, себорейная экзема, псориаз, ихтиозы. При подборе наружной терапии нередко приходится сталкиваться с ограниченным набором средств и лекарственных форм. Так, на современном этапе, наиболее часто применяются эмульсии, кремы, лосьоны и спреи, однако, данные формы имеют свои недостатки, к которым относятся эффект слипания волос, формирование чешуек из остатков нанесенного препарата, малая проникающая способность в эпидермис. Кроме того, некоторые лекарственные средства имеют ограничения по времени применения из-за входящих в состав глюкокортикостероидов. Лекарственными формами, оказывающими минимальные дискомфортные явления, являются пены и аэрозоли, либо комбинированные пенно-аэрозольные средства.

**Цель исследования** – подбор оптимальной лекарственной формы для терапии хронических дерматозов с локализацией на волосистой части головы.

**Методы исследования.** На базе консультативно-диагностического отделения ГУЗ «Областной клинический кожно-венерологический диспансер» 15 пациентам с хроническими дерматозами,

сопровождающимися высыпаниями на волосистой части головы в качестве постоянного эмолента был назначен препарат в виде пены-аэрозоля с основными действующими веществами: глицерин, церамиды, молочная кислота и молекулярное серебро. По нозологическим единицам в группу вошли 8 пациентов с себорейным дерматитом, 4 пациента с псориазом распространенным (в том числе, с локализацией на волосистой части головы), 3 пациента с atopическим дерматитом. Изначально препарат назначался в комплексе с антигистаминными средствами, топическими глюкокортикостероидами и увлажняющими шампунями, а в дальнейшем был оставлен в качестве поддерживающей терапии.

**Результат.** Положительный эффект через 5 дней применения отмечали 13 пациентов (87%), 2 пациента с псориазическим поражением волосистой части головы отметили положительный эффект через 10 дней от начала комбинированной терапии. После достижения клинической ремиссии пенно-аэрозольная форма была оставлена в качестве монотерапии с целью увлажнения и восстановления кожного барьера. При этом дискомфортных явлений в виде склеивания волос, формирования корочек, аллергических реакций на препарат пациенты не отмечали. Также в течение 2 месяцев не отмечалось обострений кожного процесса в местах нанесения.

**Выводы.** Таким образом, лекарственные формы в виде пен, аэрозолей или пенно-аэрозольных смесей могут быть с успехом использованы в терапии проявлений хронических дерматозов на волосистой части головы как при обострении (в качестве компонента комбинированной терапии), так и для поддержания длительности ремиссии.

**Н.Г. Гумаюнова, В.Ю. Золотнова, А.О. Шульга,  
Д.Д. Трошина**

### ОСОБЕННОСТИ ВЫПАДЕНИЯ ВОЛОС ПРИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА

ГУЗ «Областной клинический кожно-венерологический диспансер»

По данным разных исследований, выпадение волос после перенесенной коронавирусной инфекции возникает у 25–80% пациентов. Установлено, что процесс потери волос манифестирует чаще всего через 2-3 месяца после перенесенного инфекционного процесса. Также известно, что вирус COVID-19 не действует непосредственно

на волосяные фолликулы. В настоящее время патологическое выпадение волос после перенесенной коронавирусной инфекции относят к постинфекционным телогеновым алопециям. Преждевременное прекращение фазы анагена (роста волос) и вступление волосяных фолликулов в стадию телогена вызывают такие факторы, как: интоксикация на фоне инфекционного процесса, гипертермия, выше 38,5 градусов, микротромбозы и нарушения микроциркуляции кожи волосистой части головы, лекарственная терапия коронавирусной инфекции, психоэмоциональный стресс и тревожные расстройства. Отмечается корреляция между тяжестью течения перенесенной коронавирусной инфекции, интенсивностью проводимой терапии и активностью выпадения волос. Также отмечается замедленное восстановление роста и густоты волос. Актуальность проведения исследования обусловлена возросшим количеством обращений к врачу-дерматовенерологу пациентов с проблемой выпадения волос в связи с перенесенной коронавирусной инфекцией.

Целью нашего исследования явилось изучение случаев обращения пациентов с жалобами на потерю волос на фоне перенесенной коронавирусной инфекции. Под нашим наблюдением находилось 25 человек в возрасте от 22 до 69 лет, обратившихся по поводу усиленного выпадения волос, среди которых женщин было 80%. Наибольшее количество обращений зарегистрировано в группе пациентов старше 50 лет. При сборе анамнеза имел место тот факт, что все пациенты перенесли коронавирусную инфекцию 2-6 месяцев назад, подтвержденную положительными ПЦР-тестами, 50% пациентов получали стационарное лечение в ковидных госпиталях, 20% пациентов получали биологическую терапию. Пациенты, обратившиеся в сроке от 2 до 4 месяцев от начала заболевания коронавирусной инфекцией, предъявляли жалобы на выпадение и общее поредение волос, тогда как обратившиеся после 4 месяцев жаловались в основном на медленное восстановление роста и густоты волос. Все пациенты отмечали наличие повышенной тревожности в связи с потерей волос, появление страха перед мытьем головы, навязчивое желание постоянно тянуть и пересчитывать выпадающие волосы. Пациентам проведена трихоскопия и назначено общеклиническое обследование. При обследовании пациентов были выявлены такие изменения как: ускорение СОЭ, относительный лимфоцитоз, анемия, сниженные показатели ферритина, понижение уровня витамина Д, повышение СРБ. Около 50% пациентов предъявляли жалобы на сохранение слабости и повышенной утомляемости. У 20% обследованных каких-либо заметных сдвигов в общеклинических показателях крови обнаружено не было. У ряда пациентов диагностирована неконтролируемая гипертензия, признаки дегенеративно-дистрофических изменений со стороны костно-суставного

аппарата, признаки гипофункции щитовидной железы и проявления инсулинорезистентности. С пациентами проведены разъяснительные беседы, рекомендован правильный уход за волосистой частью головы, назначены комплексные витаминсодержащие препараты, рекомендована рациональная психокоррекция и коррекция соматических нарушений. Спустя 2 месяца с момента получения рекомендаций и начала коррекции, пациенты, обратившиеся на повторный прием отметили улучшение общего самочувствия, рост пушковых волос, улучшение в состоянии психоэмоциональной сферы.

Таким образом, проведенное клиническое наблюдение подтверждает наличие корреляции между степенью тяжести клинических проявлений новой коронавирусной инфекции и выраженностью постковидной алопеции, а также подчеркивает важность своевременного консультирования врачом-дерматовенерологом. Оценка соматического статуса и выявление отклонений в общеклинических показателях может служить важным предиктором в оценке вероятности развития постковидного синдрома и профилактике избыточной потери волос.

*Л.Н. Бурнашева*

## ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ МИКРОБНОЙ ЭКЗЕМОЙ

ГУЗ «Областной клинический кожно-венерологический диспансер»

Микробная экзема – хроническое полиэтиологическое заболевание, характеризующееся появлением типичных экзематозных очагов в ответ на антигенную и аутоантигенную стимуляцию. Частота встречаемости среди всей дерматологической патологии (по данным разных авторов) достигает 12–27%, что обуславливает необходимость исследований и поиска конкретных триггеров и патогенетических звеньев в условиях современных окружающих факторов.

**Задачи исследования.** Изучение роли психоэмоциональных нарушений в развитии и течении микробной экземы.

**Материалы и методы.** В исследование были включены 86 пациентов больных микробной экземой, обратившихся за помощью в амбулаторно-поликлиническое звено дерматологической помощи. Возраст пациентов варьировал от 25 до 69 лет, в структуре исследуемой группы были 51 женщина и 35 мужчин. В ходе исследования все пациенты были оценены по Шкале тревоги Гамильтона (The Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS),



являющейся «золотым стандартом» оценки выраженности тревожных расстройств. Интерпретация результатов: 17 баллов и менее – отсутствие тревоги; 18–24 балла – тревожное расстройство средней выраженности; 25 и более – тревожное расстройство тяжелой степени выраженности.

**Результаты.** При опросе было выяснено, что все пациенты высказывали жалобы на нарушение сна различной степени тяжести, как во время обострения дерматоза, так и вне обострения. Результаты исследования пациентов по Шкале тревоги Гамильтона: 14 пациентов (16,3%) набрали 17 и менее баллов; 66 (76,7%) пациентов набрали от 18 до 24 баллов; 6 (7%) пациентов набрали более 25 баллов.

**Выводы.** Среди исследуемой группы пациентов 83,7% показали наличие тревожных расстройств в той или иной степени, что свидетельствует о необходимости углубленного изучения сочетанности психоэмоциональных и дерматологических патологий с точки зрения триггерных воздействий, так и с точки зрения комплексной коррекции данных нарушений у больных с микробной экземой.

*И.Ю. Ермолаева, Е.В. Алабина*

### ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ПОРАЖЕНИЕМ ЛИЦА ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ

ГУЗ «Областной клинический кожно-венерологический диспансер»  
ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»

**Актуальность.** Атопический дерматит – это самое распространённое заболевание кожи у детей. По данным эпидемиологических исследований, в разных странах атопическим дерматитом страдают от 10 до 28% детей раннего возраста. Эпидемиологические исследования, проведённые в России, показали, что распространённость атопического дерматита у детей на разных территориях колеблется от 5,2 до 15,5%.

**Цель** – изучение эффективности и безопасности местного применения топических глюкокортикостероидов и ингибиторов кальциневрина для лечения проявлений атопического дерматита на лице у детей.

**Материалы и методы:** оценка результатов лечения проводилась у 16 пациентов, в возрасте от 7 до 14 лет с диагнозом атопический дерматит, детский период среднетяжёлое течение.

Распространённый характер поражения с умеренной экссудацией, гиперемией и/или лихенизацией, умеренный зуд, обострения 3-4 р. в год с короткими ремиссиями отмечались у всех пациентов.

Офтальмологические проявления зафиксированы также у 100% (дерматит век у 11 (68,75%), периорбитальная гиперпигментация у 7 (43,75%), складки Денье-Моргана у 5 (31,25%), блефарит у 3 (18,75%), дакриоцистит 1 (6,25%).

Кроме этого, у 2 пациентов имелось разреженность наружной трети бровей (12,5%), хейлит у 4 (25%), ангулярный стоматит у 2 (12,5%).

Лечение включало комбинирование двух наружных препаратов в сочетании с антигистаминными препаратами внутрь, согласно возрасту. Для купирования острого периода применялись топические глюкокортикостероиды в форме крема 1 раз в сутки, длительность применения – от 5 до 10 дней. В последние два дня нанесения дополнительно начиналось применение ингибиторов кальциневрина в форме мази 1 раз в сутки, а далее – после отмены топических глюкокортикостероидов – ингибиторы кальциневрина в форме мази применялись 2 раза в сутки в среднем 10 дней. Далее применение уменьшалось до 1 раза в сутки до полного исчезновения симптомов (в среднем 12 дней).

Поддерживающая терапия по схеме 2 раза в неделю была назначена 5 пациентам, у 7 в дальнейшем применялись только эмоленты.

**Результаты:** снятие обострения произошло у 100% пациентов. Незначительные симптомы раздражения кожи на применение ингибиторов кальциневрина в форме мази наблюдались у 8 пациентов в начале применения, но это не потребовало отмены препарата. Последующие контрольные осмотры проводились ежемесячно в течение 6 месяцев. Рецидива в группе пациентов, получающих поддерживающую терапию, не было. У 3 пациентов, получающих только базисную терапию, было зафиксировано обострение. Одному пациенту была назначена поддерживающая терапия. Двум другим была проведена эпизодическая терапия с целью снятия обострения по схеме: местно ингибиторы кальциневрина в форме мази 2 раза в сутки. Атрофии кожи в местах нанесения препаратов не наблюдалось.

**Выводы:** последовательное применение топических глюкокортикостероидов и ингибиторов кальциневрина при лечении проявлений атопического дерматита на лице показало высокую эффективность в снятии симптомов обострения, у большинства пациентов была достигнута длительная ремиссия, отмечалась хорошая переносимость, побочные эффекты и осложнения не наблюдались.

*И.Ю. Ермолаева, А.С. Нестеров*

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА МИКОЗА ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ И ОЧАГОВОЙ АЛОПЕЦИИ У ДЕТЕЙ

ГУЗ «Областной клинический кожно-венерологический диспансер»  
ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»

**Актуальность.** Микроспория принадлежит к типичным заболеваниям детского возраста, на ее долю приходится 80-99% грибковых поражений кожи. Частота встречаемости болезни неуклонно растет: в России распространенность микоза за 20 лет возросла в 3 раза и составляет 240 случаев на 100 тыс. детского населения. Гнездная алопеция является распространенным видом облысения, с которым чаще всего дерматологу приходится дифференцировать микоз волосистой части головы. Первый очаг облысения появляется у 20% больных в детском возрасте.

**Цель** – оценка диагностической эффективности дерматоскопического метода для дифференциальной диагностики микоза волосистой части головы и очаговой алопеции у детей.

**Материалы и методы.** Было проведено обследование 24 детей, обратившихся с жалобами на очаги выпадения волос на волосистой части головы. Возраст детей от 2-х до 18 лет. Микроспория волосистой части головы диагностирована у 18 больных (12 мальчиков и 6 девочек), очаговая алопеция – у 6 обследуемых (4 девочек, 2 мальчиков). Диагноз микоза волосистой части головы и очаговой алопеции устанавливался на основании клинической картины, данных люминесцентной диагностики, лабораторных методов (КОН-тест кожных чешуек и волос), культурального метода (согласно стандартам).

Проведено дерматоскопическое исследование очага поражения волос на волосистой части головы с использованием дерматоскопа.

**Результаты:** у 49 (93%) детей, больных микозом наблюдался один или более следующих дерматоскопических паттернов: «волосы в форме запятой» обнаружены у 57% детей, «зигзагообразная форма волоса» – 59%. Кроме того, для поражения волос при микроспории были характерны горизонтальные белые полосы в структуре стержня волоса, выявленные у 15 детей (62,5%). У 5 (96%) детей с очаговой алопецией наблюдался один или более следующих дерматоскопических паттернов «желтые точки»: 88%, «черные точки (кадаверизированные волосы)» у 36%, «волосы в форме восклицательного знака» – 48%, «миниатюризированные волосы, лишённые пигмента (веллюс)» – 76%.

У детей с микозом не наблюдалось признаков, характерных для очаговой алопеции.

**Выводы:** установлены дерматоскопические паттерны, характерные для микоза волосистой части головы и очаговой алопеции у детей, что позволяет использовать дерматоскопическое исследование в качестве одного из вспомогательных методов для неинвазивной экспресс-диагностики.

*В.Ю. Золотнова, Я.Э. Кожаринова, А.С. Колесникова,  
Н.И. Маркелова*

## РОЛЬ ИНТЕРКУРРЕНТНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В СТАТИСТИЧЕСКОЙ ДИНАМИКЕ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ ПО УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ

ГУЗ «Областной клинический кожно-венерологический диспансер»

**Актуальность.** По оценкам ВОЗ ежегодно имеет место 376 миллионов новых случаев заражения одной из четырех ИППП - хламидиозом, гонореей, сифилисом или трихомониазом. Большинство ИППП протекают с незначительными симптомами или бессимптомно, в результате чего ИППП может быть невыявленной и незарегистрированной, а контаминация возрастает. Другим, не менее важным, фактором служит общедоступность и бесконтрольное применение антибактериальных и противомикробных препаратов, который также ведет к недостоверным данным заболеваемости ИППП.

**Цель исследования.** На основе комплексного анализа статистических данных, полученных за период январь 2017 – декабрь 2021 года отмечается условное снижение показателей заболеваемости сифилисом в городе Ульяновск (2017 – 66; 2018 – 29; 2019 – 27; 2020 – 26, 2021 – 29), гонореей и трихомониазом соответственно (2017 – 31; 2018 – 13; 2019 – 15; 2020 – 8; 2021 – 32; 2017 – 205; 2018 – 167; 2019 – 188; 2020 – 108; 2021 – 160). По Ульяновской области данные показатели определяют следующие цифры: заболеваемость сифилисом (2017 – 101; 2018 – 6; 2019 – 16; 2020 – 4; 2021 – 13), гонореей (2017 – 51; 2018 – 4; 2019 – 3; 2020 – 2; 2021 – 5), трихомониазом (2017 – 467; 2018 – 165; 2019 – 147; 2020 – 98, 2021 – 77). Данная нестабильность статистических показателей коррелируется с применением среди населения посиндромной терапии, таким образом оставляя без внимания источника заражения.

Посиндромная терапия, зачастую опирающаяся на клинические алгоритмы, позволяет работникам здравоохранения диагностировать конкретную инфекцию на основе наблюдаемых синдромов (таких как вагинальные выделения, выделения из уретры, генитальные язвы, боли в области живота). Посиндромная терапия является простой методикой, обеспечивающей быстрое предоставление лечения в день обращения за медицинской помощью и исключает необходимость выполнения дорогостоящей или труднодоступной диагностики пациентов с симптомным течением заболевания. Впрочем, при таком подходе возможны случаи назначения ненужного лечения, а также упущения инфекций, поскольку большая часть ИППП протекает без симптомов. Таким образом, крайне важно, чтобы посиндромная терапия сопровождалась скринингом.

**Результаты.** По данным ВОЗ, в последние годы устойчивость ИППП, в частности гонореи, к антибиотикам быстро растет, что сужает спектр вариантов лечения. Программа по эпиднадзору за устойчивостью гонококка к противомикробным препаратам (Gonococcal AMR Surveillance Programme, GASP) выявила высокие показатели устойчивости к хинолонам, все большую устойчивость к азитромицину и возникновение устойчивости к цефалоспорином расширенного спектра, – препаратам последней линии. Возникновение сниженной чувствительности возбудителя гонореи к цефалоспорином расширенного спектра наряду с уже имеющей место устойчивостью к пенициллинам, сульфамидам, тетрациклинам, хинолонам и макролидам ставит гонококк в ряд микроорганизмов, обладающих множественной лекарственной устойчивостью. Устойчивость других ИППП к противомикробным препаратам также имеет место, хотя пока остается менее распространенным явлением, что делает критически важными профилактику ИППП и их скорейшее лечение.

**Выводы.** Важным фактором в выявлении и диагностике ИППП является общедоступность дерматовенерологической помощи среди населения, в частности анонимного обследования. Контроль лабораторной диагностики, скрининга при лечении интеркуррентных заболеваний и преемственности в ведении пациента смежных специальностей.

*Н.А. Круглова, Л.Ш. Миннабетдинова*

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕЗОТЕРАПИИ ПРИ ПОСТКОВИДНОМ ВЫПАДЕНИИ ВОЛОС

ГУЗ «Областной клинический кожно-венерологический диспансер»

**Актуальность** рассматриваемой проблемы: выпадение волос в постковидном периоде наблюдается примерно в 35–40% случаев. Проблема очень актуальна в связи с пандемией связанной с новой коронавирусной инфекций.

**Цель исследования** – изучить влияния мезотерапии (микро-инъекционного метода лечения) в постковидном выпадение волос.

**Методы исследования:** под клиническим наблюдением находились 24 пациента, 16 женщин (66,6%), средний возраст составлял 45,4 и 8 мужчин (33,3%), средний возраст составлял 47,5. У всех пациентов в анамнезе новая коронавирусная инфекция, вызванная COVID-19, лабораторно подтвержденная, средней степени тяжести. Выпадение волос пациенты стали отмечать примерно через месяц после прохождения лечения в инфекционных госпиталях. Пациенты были разделены на 2 группы по 12 человек (8 женщин и 4 мужчин). Обеим группам, после обследования, была назначена наружная терапия. Контрольной группе к основному лечению была назначена мезотерапия (неинвазивный, нехирургический метод, который использует микроинъекции фармацевтических и гомеопатических препаратов, экстрактов растений, витаминов и других ингредиентов в подкожно-жировую клетчатку) 1 раз в 7 дней № 10 подкожно.

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

**Выводы:** таким образом влияние мезотерапии в постковидном выпадение волос играет важную роль, так как происходит быстрое восстановление волос, существенно уменьшается выпадение волос уже после второй процедуры.

*М.А. Магомедов, М.В. Куликова*

## ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С БУЛЛЕЗНЫМ ЭПИДЕРМОЛИЗОМ НА ТЕРРИТОРИИ УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ

ГУЗ «Областной клинический кожно-венерологический диспансер»

**Актуальность.** Буллезный эпидермолиз относится к гетерогенной группе редких генетических заболеваний, основным клиническим проявлением которых является образование пузырей и эрозий на коже и слизистых оболочках в результате механической травмы. Данные пациенты входят в Федеральный регистр больных с тяжелыми хроническими дерматозами.

Буллезный эпидермолиз на сегодняшний день неизлечим. Дети нуждаются в постоянных перевязках с использованием специальных бинтов, салфеток и повязок, которые не прилипают и не травмируют кожу. При генерализованном процессе часто возникает снижение уровня альбумина крови. Таким пациентам показано высокобелковое питание. Потребность детей в перевязочных средствах, препаратах для ухода, нутритивной поддержке является пожизненной.

ГУЗ ОККВД активно работает с благотворительным фондом «БЭЛА. Дети-бабочки» г. Москва, который занимается всесторонней помощью детям с редким генетическим заболеванием – буллезным эпидермолизом. Фонд оказывает медицинскую, адресную, информационную, психологическую и юридическую помощь, а также занимается обучением российских врачей. Все дети получают стационарное лечение в ФГАУ НМИЦЗД МЗ РФ 1 раз в год (наружная терапия, перевязки, стоматологическая помощь, бужирование пищевода).

**Цель исследования.** Определить наиболее эффективную тактику ведения для улучшения качества и удлинения продолжительности жизни пациентов с буллезным эпидермолизом.

**Материалы и методы исследования.** Исследование проводилось на базе ГУЗ «Областной клинический кожно-венерологический диспансер» в течение 2 лет. В исследовании принимали участие 9 пациентов с буллезным эпидермолизом (4 девочки и 4 мальчика в возрасте от 6 месяцев до 11 лет, один юноша 18 лет). Осуществлялся сбор анамнеза, осмотр пациентов врачом дерматовенерологом, лабораторные исследования.

Методы клинико-лабораторной диагностики соответствовали единому стандарту, который предусматривал: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови. По показаниям:

бактериологический посев с раневых поверхностей на флору и чувствительность к антибиотикам, мазок-отпечаток на онкоцитологию, биопсия кожи с гистологическим исследованием. Всем пациентам диагноз был подтвержден генетическим анализом.

**Результаты исследования.** При осмотре у больных с буллезным эпидермолизом определяли характер высыпаний, распространенность кожного процесса, поражение ногтевых пластин, наличие зуда. В зависимости от степени поражения различали следующие клинические формы:

- простой тип Доулинг-Меара – 2 пациента;
- простой тип Вебера-Коккейна – 1 пациент;
- генерализованный рецессивный дистрофический тип – 3 пациента;
- генерализованный доминантный дистрофический тип – 2 пациента;
- пограничный генерализованный тяжелый тип Херлитца – 1 пациент.

При обследовании патологической флоры с раневых поверхностей выделено не было, онкологической патологии выявлено не было, снижение уровня белка в крови было выявлено у 3 пациентов.

Выбор средств для наружной терапии осуществлялся дифференцированно, в зависимости от возраста, стадии заболевания, клинической картины, степени тяжести и наличия вторичной инфекции.

**Выводы.** Таким образом, с целью улучшения качества и удлинения продолжительности жизни пациентов с буллезным эпидермолизом необходим комплексный подход, включающий в себя уход за кожей с применением лекарственных препаратов, атравматичных перевязочных средств, а также нутритивную поддержку с высоким содержанием белка.

*А.В. Сергиенко, О.С. Кабаева*

## КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ИНФЕКЦИЯМИ, ПЕРЕДАЮЩИМИСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

ГУЗ «Областной клинический кожно-венерологический диспансер»

**Актуальность.** Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, ИППП оказывают глубокое негативное воздействие на сексуальное и репродуктивное здоровье во всем мире.

Ежедневно происходит более одного миллиона случаев заражения ИППП. По оценкам ВОЗ, в 2016 г. имело место 376 миллионов случаев заражения одной из четырех ИППП – хламидиозом (127 миллионов), гонореей (87 миллионов), сифилисом (6,3 миллиона) или трихомониазом

(156 миллионов). Более 500 миллионов человек живут с генитальной инфекцией ВПГ (генитальным герпесом), и порядка 300 миллионов женщин инфицированы ВПЧ – основной причиной рака шейки матки. По оценкам, порядка 240 миллионов человек во всем мире живут с хроническим гепатитом В. Заражение инфекциями, вызванными ВПЧ и вирусом гепатита В, можно предотвратить благодаря вакцинации.

**Цель исследования** – изучение распространенности инфекций, передающихся преимущественно половым путем, и восприимчивости их к проводимой антибактериальной терапии

**Методы исследования.** Исследование проводилось на базе ГУЗ «Областной клинический кожно-венерологический диспансер» в течение 6 месяцев. В исследовании принимали участие 125 пациентов с ИППП, 67 мужчин и 58 женщин, в возрастном диапазоне от 18 до 60 лет. Данные инфекции были диагностированы следующими лабораторными методами: микроскопия и ПЦР-исследование отделяемого половых путей.

У пациентов в рамках проведенного исследования были выявлены следующие инфекции: Ch.trachomatis, Tr.vaginalis, N. gonorrhoeae, M.genitalium, вирус герпеса 1 и 2 типа, ВПЧ 16, 18 типа.

**Результаты.** В ходе исследования пациенты получили антибактериальное лечение в полном объеме в соответствии с федеральными клиническими рекомендациями. По окончании наблюдения было выявлено, что у 20% пациентов после контрольного ПЦР-исследования инфекции были вновь обнаружены.

**Выводы.** Возможные причины неэффективности терапии: 1. Пациенты могли получать лечение антибактериальными препаратами других групп при наличии сопутствующих заболеваний, не оповещающая лечащего врача: бактериостатические антибиотики *in vitro* могут снижать антимикробный эффект бактерицидных, следует избегать их совместного назначения. 2. Возможность перекрестной устойчивости к различным антибиотикам из группы макролидов. 3. Нельзя исключить вариант повторного заражения (реинфекции) во время лечения или контрольного обследования.

*Я.В. Сулименко*

## ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТРОФИЧЕСКИМИ И КЕЛОИДНЫМИ РУБЦАМИ В ОТДЕЛЕНИИ КОСМЕТОЛОГИИ ГУЗ ОККВД

ГУЗ «Областной клинический кожно-венерологический диспансер»

**Актуальность проблемы.** Повреждение кожных покровов и слизистых оболочек всегда приводит к развитию физиологического процесса – формированию рубцовой ткани. Однако нарушение баланса между разрушением и синтезом внеклеточного матрикса может привести к чрезмерному рубцеванию и образованию келоидных и гипертрофических рубцов.

Келоидные рубцы – четко очерченные плотные узлы или бляшки, от розового до лилового цвета, с гладкой поверхностью и неравномерными нечеткими границами. Сопровождаются болезненностью и гиперстезиями. Эпидермальный слой на поверхности рубца изъязвляется и пигментируется. Формирование рубца происходит не ранее, чем через три месяца после повреждения ткани. Увеличение рубца в размерах происходит неопределенно длительное время.

Гипертрофические рубцы представляют собой узлы красного цвета куполообразной формы с формирующейся гиперпигментацией по периферии. Отмечается постепенная тенденция к осветлению рубца от ярко-красного к белесоватому. Формируется рубец в течение первого месяца после повреждения ткани. Далее, происходит увеличение в размерах в течение шести месяцев, а затем, регресс в течение одного года. Гипертрофические рубцы сохраняют первоначальную форму и не выходят за края раны.

**Цель исследования** – определить наиболее эффективную тактику ведения пациентов с гипертрофическими и келоидными рубцами.

**Методы исследования.** Диагностируются гипертрофические и келоидные рубцы на основании жалоб, анамнеза, клинической картины и результатов дерматоскопического исследования.

Обращение пациентов с рубцами в отделение косметологии ГУЗ ОККВД ставит перед врачом задачу решить в первую очередь эстетическую проблему. Однако ее решение основывается на нескольких факторах: стабилизации патологического процесса, достижение и поддержание ремиссии и повышение качества жизни больных.

Существует только 2 метода лечения рубцов, эффективность которых подтверждена в контролируемых рандомизированных

исследованиях: инъекции кортикостероидов в область рубца и использование силиконового покрытия.

Согласно клиническим рекомендациям, первой линией терапии келоидных и второй – гипертрофических рубцов является введение в них глюкокортикостероидных препаратов.

Внутриочаговое введение триамцинолона ацетонида или бетаметазона дипропионата и бетаметазона динатрия фосфата проводится 1 раз в 3-4 недели. Количество инъекций индивидуально и зависит от выраженности терапевтического и побочного эффектов.

**Результаты.** Использование силиконового покрытия (пластыря или геля) широко применимо к гипертрофическим рубцам; в качестве профилактики формирования келоидных рубцов; у детей и пациентов, которые плохо переносят болезненные процедуры.

Силикон – это полимер, обладающий липофильными и гидрофильными свойствами. Именно благодаря этим свойствам и оказывается окклюзионное действие на рубцовую ткань.

**Выводы.** Таким образом, выбор метода лечения патологических рубцов опирается на научные доказательства эффективности и безопасности применяемого метода, а также индивидуальные потребности пациента.

*А.В. Тихомирова, Н.А. Круглова*

### СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ ПРОТИВОВИРУСНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ С НАРУЖНОЙ ТЕРАПИЕЙ ИММУНОМОДУЛЯТОРАМИ В ЛЕЧЕНИИ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ

ГУЗ «Областной клинический кожно-венерологический диспансер»

**Актуальность проблемы.** Герпетические инфекции – это хронические рецидивирующие заболевания, вызываемые семейством герпес-вирусов, характеризующиеся поражением кожи, слизистых оболочек и нервной ткани.

В настоящее время среди вирусных заболеваний кожи и слизистых достаточно часто встречается в практике врача-дерматовенеролога. Большую роль в распространенности играют состояния

иммуносупрессии; а также к факторам риска развития герпетических инфекций относят: женский пол, пожилой возраст.

**Цель исследования** – оценить клиническую эффективность применения наружной терапии противовирусными мазями с наружной терапией гелями с иммуномодуляторами.

**Методы исследования.** Под наблюдением в ГУЗ ОККВД находилась группа из 22 человек с герпетическими высыпаниями в возрастной группе от 35 до 60 лет, из них 16 женщин и 6 мужчин. У 5 больных сыпь локализовалась в области подбородка, у 12 – в области губ, у 2 – в области крыльев носа и у 3 в области лба.

11 пациентам (9 женщин; двое мужчин) – была назначена наружная терапия противовирусной мазью (3 раза в день); оставшимся 11 пациентам (7 женщин; 4 мужчин) проводилась наружная терапия гелем с иммуномодулятором (2 раза в день). Длительность терапии составила 10 дней – до разрешения кожного процесса.

**Результаты исследования:** в 1-й группе пациентов, находящихся на наружной терапии противовирусной мазью, улучшение наступило к 5 дню лечения. Во 2-й группе пациентов, находящихся на наружной терапии, гелем с иммуномодулятором, улучшение наступило к 3 дню лечения (значительно уменьшилась выраженность высыпаний, отсутствовали новые элементы сыпи).

**Выводы.** Таким образом, проведенное исследование показало, что применение наружной терапии иммуномодуляторами, ввиду их более выраженного противовирусного и противовоспалительного действия, ускоряет процесс достижения клинического разрешения герпетических высыпаний, сокращает длительность лечения, а также позволяет снизить частоту рецидивов, по сравнению с другими методами терапии.

*Е.В. Шууюкова, А.И. Вильданова*

### КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РЕДКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЕРПЕТИФОРМНОЙ ЭКЗЕМЫ КАПОШИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА

ГУЗ «Областной клинический кожно-венерологический диспансер»

**Актуальность.** Герпетиформная экзема Капоши – редко встречающаяся патология в повседневной практике врача-дерматолога, важно всегда помнить о ней.

**Цель исследования** – рассмотреть клинику герпетической экземы Капоши, дифференциальный диагноз, представить случай из практики.

**Методы исследования.** Обзор данных медицинской литературы, описание клинического случая.

Герпетическая экзема Капоши, или вариолиформный пустулез Юлиусберга – это осложнение хронических дерматозов у детей, спровоцированное вирусом простого герпеса. Основная часть больных (95%) герпетической экземой Капоши – дети с atopическим дерматитом, развившимся до 8 недель жизни, реже – другими хроническими дерматозами. Для заболевания характерен интоксикационный синдром (значительное ухудшение общего состояния, гипертермия до 40°C, повышение ЧД и ЧСС, увеличение подчелюстных, шейных, затылочных лимфоузлов) и кожные проявления. Основные локализации сыпи: кожа лица, волосистая часть головы, кисти и предплечья. Первично на фоне подъема температуры выше 37,5°C возникает отечность и эритема кожи лица. Спустя 8-15 часов проявляются папулы, которые быстро трансформируются в везикулы и пустулы. На месте везикул или пустул формируются эрозии, склонные к кровотечению и слиянию между собой. Образуются большие пораженные участки, которые покрываются темно-коричневой геморрагической коркой. Спустя 1-2 недели корки отпадают, температура тела нормализуется. Общая продолжительность заболевания – до 3-х недель. При герпетической экземе Капоши диагноз устанавливается на основе данных анамнеза, физикального обследования, результатов специфических и неспецифических лабораторных методов диагностики. Специфическая диагностика включает в себя пробу Тцанка, ПЦР и ИФА. Проба Тцанка позволяет установить наличие герпесвирусных включений в клетках из дна везикул или пустул. Методом ИФА можно зафиксировать увеличение титра IgM в сыворотке крови более чем в 4 раза. ПЦР определяет наличие ДНК вируса простого герпеса в организме ребенка. Дифференциальная диагностика герпетической экземы Капоши проводится с простым герпесом, опоясывающим лишаем, ветряной оспой, стафилококковым, стрептококковым импетиго и другими пиодермиями.

Герпетическая экзема Капоши лечится строго в условиях детского инфекционного стационара под постоянным мониторингом педиатра. С первого дня госпитализации проводится этиотропное лечение противовирусными средствами. Препарат выбора – ацикловир. С целью уменьшения зуда используются антигистаминные средства (клемастин, хлоропирамин). При тяжелом состоянии ребенка проводится инфузионная терапия (5% раствор глюкозы, 0,9% раствор NaCl). Местное лечение

герпетической экземы Капоши зависит от стадии развития кожных элементов. Прогноз при легкой форме или рецидиве благоприятный, при тяжелой – сомнительный.

Специфических мер по профилактике герпетической экземы Капоши не разработано. Неспецифическая профилактика заключается в изоляции людей, инфицированных вирусом герпеса, и предотвращении их контакта с ребенком, страдающим дерматозами, на срок не менее 3-х недель.

Рассмотрим случай герпетической экземы Капоши в нашей практике. Ребенок А., 4 года, был госпитализирован в инфекционный бокс УДОБ № 1. Мать предъявляла жалобы на температуру 39°C, высыпания на волосистой части головы, кистях, локтевых сгибах, зуд. Так как на многих участках с высыпаниями были желтые корки, гнойное отделяемое, девочку вели как больную с распространенной пиодермией. Она получала антибиотики, дезинтоксикационную терапию. Так как высыпания на коже медленно разрешались, на консультацию были приглашены дерматологи ОККВД. В ходе сбора анамнеза было выяснено, что девочка болеет atopическим дерматитом с детства. При осмотре выявилось, что высыпания локализованы на волосистой части головы, лице, кистях, предплечьях, локтях. На эритематозно-инфильтративном фоне обращало на себя внимание наличие множественных пузырьков, геморрагических и желтых корок, а также слабо положительная динамика в разрешении кожного процесса на фоне антибиотикотерапии, что позволило выставить другой диагноз – а именно, «герпетическая экзема Капоши». Добавление в терапию пациентки этиотропного препарата Ацикловир позволило добиться быстрого разрешения кожного процесса и полного выздоровления.

**Вывод.** Данная нозология встречается достаточно редко, поэтому врачам смежных специальностей всегда нужно иметь возможность совместно осматривать «трудных пациентов» для своевременной диагностики нозологии и правильного выбора лечебной тактики.

Л.В. Ильмухина, Я.Е. Саранская, С.В. Ярков

## ДИРОФИЛЯРИОЗ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

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

Дирофиляриоз считается самым распространенным биогельминтозом среди редких форм, а также единственным трансмиссивным, из встречающихся на территории РФ. К началу 2014 года на территории 42 субъектов РФ было зарегистрировано более 900 случаев подкожного дирофиляриоза у людей. На территории Ульяновской области: 2015 – 1, 2016 – 2, 2017 – 1 случай.

Клиническое наблюдение. Пациентка Г., 80 лет, обратилась к врачу-инфекционисту в июле 2021 г. с жалобой на наличие мигрирующего образования подкожно-жировой клетчатки в пределах левой подключичной области и молочной железы, которая беспокоила с апреля. При проведении УЗ-исследования данного образования возникло подозрение на паразитарную кисту: в подкожно-жировой клетчатке левой молочной железы на глубине 6 мм лоцируется гиперэхогенное образование без четких контуров размером 43×19 мм; в его структуре, в свою очередь, выявлено анэхогенное трубчатое включение размером 9,2×6,8 мм, подвижное. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Проконсультирована врачом-онкологом – онкологический процесс исключен. В рутинных лабораторных тестах лейкоциты на уровне 5,33-8,71-7,81-8,34×10<sup>9</sup>/л, СОЭ 30-40-35-30 мм/час. Обращает на себя внимание невыраженная эозинофилия 0,45×10<sup>3</sup>/л (5,8%). С учетом клинико-лабораторных и инструментальных данных было выдвинуто две гипотезы: дирофиляриоз (мигрирующая паразитарная киста) и липома. Пациентка дважды осмотрена хирургом на амбулаторном этапе. Отсутствовала четкая связь между жалобами, анамнезом, данными УЗИ и клинического осмотра. Сложность заключалась в отсутствии точного указания локализации места паразитарной кисты. Принято решение госпитализировать пациентку в хирургическое отделение.

В день операции выполнено УЗИ мягких тканей грудной клетки с целью маркировки зоны вмешательства, хотя при визуальном осмотре на поверхности грудной клетки патологии не выявлено: отсутствовали отек, припухлость, покраснение кожи, при пальпации инфильтратов не определялось. Операция выполнена под местной анестезией.

В инфильтрированных анестетиком тканях паразитарную кисту выявить не удалось, иссечена подкожно-жировая клетчатка, которая отправлена на гистологическое исследование. В исследуемом гистологическом препарате признаков паразитарной кисты не обнаружено. Послеоперационный период протекал гладко, рана заживала первичным натяжением. Пациентка готовилась к выписке. Утром в день выписки (на 8 сутки после операции) женщина пожаловалась на наличие «шишки» на грудной клетке слева в подключичной области. При осмотре: на 2 см ниже послеоперационной раны имелось явно возвышающееся над кожей округлое образование 4×2 см, кожа над которым была гиперемирована. При пальпации выявлено плотное, подвижное, безболезненное образование. При УЗ-исследовании выявлена поверхностно расположенная паразитарная киста. Под внутривенным наркозом в пределах здоровых тканей выполнено иссечение кисты. На срезе препарата имелась киста с клубком круглых червей (рис 1).



Рис.1

Протокол исследования биопсийного материала: макроскопически – серый фрагмент с псевдоподиями диаметром 6 мм; микроскопически – фрагменты кожи с наличием в дерме кистозного образования, выстланного однослойным и многорядным эпителием. В просвете кисты слизь, перифокальная лейкоцитарная инфильтрация (преимущественно из эозинофилов, а также фрагментов нематоды с органеллами).

**Выводы.** Дирофиляриоз считается редким трансмиссивным биогельминтозом для территории Ульяновской области – в этом причина



трудностей диагностики на этапе постановки предварительного диагноза. Клинический диагноз устанавливается хирургическим путем при извлечении гельминта. Разработанные методы ИФА для выявления соматических антигенов гельминтов недоступны в реальной клинической практике. Однако увеличение заболеваемости дирофиляриозом в России и явно выраженная тенденция к ее росту позволяют эту инвазию у человека рассматривать как «emerging infection», или «возникающую инфекцию».

*В.Н. Речник, Г.А. Савинова*

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ЛЕЙТРАГИН У ПАЦИЕНТОВ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска»

С декабря 2019 года в мире началась пандемия новой коронавирусной инфекции. На 28.02.2022, по официальным данным, более 424 миллионов человек заразились новой коронавирусной инфекцией, умерли более 5,8 миллиона заболевших. Несмотря на то, что у 50–70% пациентов коронавирусная инфекция проходит бессимптомно или в легкой форме, у пациентов, страдающих тяжелой сопутствующей патологией, она может давать развитие тяжелых форм с формированием острого респираторного дистресс-синдрома (ОРДС). В этом заключается опасность коронавирусной инфекции.

В основе ОРДС лежит синдром высвобождения цитокинов, или «цитокиновый шторм». При этом происходит повышение уровней цитокинов, в том числе интерлейкина-1 $\beta$ , интерлейкина-6, фактора некроза опухоли –  $\alpha$  и др. Но особую роль в формировании системного воспалительного ответа играет интерлейкин-6. Имеются данные о взаимосвязи повышенного уровня интерлейкина-6 с тяжелым течением заболевания.

Согласно временным методическим рекомендациям «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции COVID-19» (версия 15) от 22.02.2022 при госпитализации в стационар пациента со среднетяжелым течением COVID-19 и факторами риска тяжелого течения при наличии патологических изменений в легких, соответствующих КТ1-2, рекомендуется назначение генно-инженерных препаратов (ингибиторов янус-киназ 1,2 или антагониста рецептора ИЛ-6, или блокатора ИЛ-6 или антагониста рецептора ИЛ1 $\alpha$ /ИЛ1 $\beta$ ).

Но данные препараты необходимо с осторожностью применять у пациентов с сопутствующими заболеваниями, имеющими неблагоприятный прогноз, что ограничивает возможность их назначения онкобольным.

В 2021 году в России был зарегистрирован препарат «Лейтрагин» – синтетический аналог лей-энкефалина. Он активирует преимущественно  $\delta$ -опиоидные рецепторы, не проникает через гематоэнцефалический барьер и при ингаляционном введении подавляет синтез в легких и тормозит поступление в системный кровоток одного из основных провоспалительных медиаторов цитокинового шторма – интерлейкина-6.

**Целью** нашей работы была оценка эффективности препарата Лейтрагин у пациентов с новой коронавирусной инфекцией и сопутствующей онкопатологией.

**Материалы и методы.** Под нашим наблюдением находились 6 больных с лабораторно верифицированным методом ПЦР диагнозом «новая коронавирусная инфекция среднетяжелого течения», которые имели сопутствующее онкозаболевание 4 стадии и получали курс химиотерапии и/или лучевой терапии. Данные пациенты были в возрасте от 39 до 73 лет. На момент поступления в стационар все они болели не менее 7 дней, имели стойкую лихорадку выше 38°C на протяжении не менее 7 дней. У них объективно отмечалась одышка при минимальной физической нагрузке, ЧДД 22-24/мин, сатурация была 93-94% на атмосферном воздухе и 96-97% на инсуффляции увлажненного кислорода 3-5 литров в минуту. По результатам инструментального обследования у них была подтверждена двусторонняя пневмония (КТ 1-2), в лабораторных анализах было выявлено повышение СРБ более 3 норм, абсолютная лимфопения, повышение ферритина более 1,5 норм.

Учитывая наличие у пациентов активно прогрессирующего онкозаболевания, связанного с высоким риском неблагоприятного исхода, было принято решение об отказе от назначения генно-инженерных препаратов.

Всем больным была назначена противовирусная, симптоматическая терапия и патогенетическое лечение препаратом «Лейтрагин» в стандартной дозе: 10 мл (1 мг в 1 мл) ингаляционно через небулайзер в течение не менее 30-60 минут 1 раз в сутки на протяжении 10 дней.

На фоне проводимого лечения у всех пациентов была отмечена положительная динамика в виде нормализации температуры через 3-4 дня от начала терапии, регресса дыхательной недостаточности через 6-8 дней (сатурация на атмосферном воздухе была выше 97%), и нормализации СРБ в анализах крови. Серьезных нежелательных эффектов у больных на фоне применения препарата Лейтрагин не было.

выявлено. Ни у одного пациента на фоне проводимого лечения не было отмечено усугубление дыхательной недостаточности.

**Выводы.** 1. Своевременное и обоснованное назначение патогенетической терапии у пациентов с новой коронавирусной инфекцией позволяет предупредить развитие тяжелых форм заболевания и ОРДС. 2. У пациентов с сопутствующей патологией, имеющим противопоказания к назначению генно-инженерных препаратов системного действия, в качестве альтернативы при среднетяжелом течении новой коронавирусной инфекции возможно назначение препарата «Лейтрагин» в комплексной терапии заболевания. 3. При применении препарата «Лейтрагин» не было выявлено серьезных нежелательных эффектов.

*Е.Н. Дубовицкая, М.А. Суханов*

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА НЕКАНЦЕРОГЕННОГО РИСКА ДЛЯ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА УЛЬЯНОВСКА УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ

**Управление Федеральной службы в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Ульяновской области**

**Цель** настоящей работы – оценка неканцерогенного риска для жителей города Ульяновска на основе перечня веществ и их концентраций, содержащихся на сегодня в базе данных регионального информационного фонда социально-гигиенического мониторинга (СГМ).

Расчет проведен в соответствии с Р2.1.10.1920-04 «Руководства по оценке риска для здоровья населения при воздействии химических веществ, загрязняющих окружающую среду». Данные для расчета приняты из шаблонов 2-го этапа СГМ за период с 2018 по 2020 год, представленных в разделах: «Атмосферный воздух населенных мест», «Питьевая вода систем централизованного хозяйственно-питьевого водоснабжения», «Санитарно-эпидемиологическая безопасность почвы населенных мест».

Риск развития неканцерогенных эффектов рассчитывался путем сравнения фактических уровней экспозиции с безопасными уровнями воздействия с учетом возможного одновременного поступления химических веществ ингаляционным, пероральным и кожным путями из всех приоритетных объектов внешней среды. Перечень веществ определен, исходя из сформированной на настоящее время базы данных регионального информационного фонда социально-гигиенического мониторинга.

Для расчета риска от веществ, поступающих из атмосферного воздуха, использованы осредненные экспозиции из проб со стационарных постов наблюдения за качеством атмосферного воздуха, определенных соответствующими ежегодно обновляемыми приказами Управления Роспотребнадзора по Ульяновской области для проведения социально-гигиенического мониторинга. Размещение постов представлено в таблице 1. Количество принятых в расчет проб по постам варьирует от 571 (1 пер. Маяковского) до 555 (проезд Заводской). Для сравнения приняты исследования на содержание диоксида азота (в пересчете на  $\text{NO}_2$ ), диоксида серы, свинца, оксида углерода, взвешенных веществ и формальдегида. Вещества, имеющие наибольшее негативное влияние на развитие риска здоровью при ингаляционном пути, установлены. Это Серы диоксид (НҚ во всех точках выше 0,2 при максимуме, определенном на посту по ул. Пушкирева -0,2190) и Формальдегид (наибольшие значения по проезду Заводскому 0,36179 и по ул. Наганова – 0,3479).

Влияние веществ, поступающих перорально, оценивалось за 2018–2020 годы, исходя из осредненных экспозиций исследуемых показателей в питьевой воде точек контроля за качеством питьевой воды систем централизованного хозяйственно-питьевого водоснабжения. Количественное значение контаминант, загрязняющих продукты питания для проведения расчетов поступления загрязняющих веществ, пренебрежимо мало.

Для жителей правобережной части Ульяновска воздействие оценивалось по качеству воды, подаваемой УМУП «Ульяновскводоканал» с волжских головных сооружений водопровода, для жителей Нижней террасы Заволжского района – с насосно-фильтровальной станции и для жителей микрорайона «Новый город» Заволжского района – со станции водоподготовки Архангельского грунтового водозабора. Количество исследуемых проб составило от 36 до 108 в зависимости от вещества. Перечень веществ, включенных в расчет НҚ перорального пути следующий: алюминий, аммиак (по азоту), железо, магний, нитраты (по  $\text{NO}_3$ ), нитриты (по  $\text{NO}_2$ ), кадмий, марганец, свинец, медь, цинк, фтор, кобальт, бор, бериллий, молибден, мышьяк, натрий, стронций, сурьма, хром+6. Разброс значений индекса неканцерогенной опасности (НҚ) для перорального пути составил от 0 до 0,0543 (для железа) и 0,0621 (фтор) в правобережной части города Ульяновска, до 0,0592 (нитраты по  $\text{NO}_3$ ) в Новом городе, и до 0,0660 (фтор) в районе Нижней Террасы.

Для расчета средней суточной дозы при кожной экспозиции почвы брались осредненные концентрации за 3 года следующих веществ: кадмий, медь, свинец, цинк. Анализировались данные мониторинговых точек по безопасности почвы населенных мест, максимально приближенных

к постам наблюдения за качеством атмосферного воздуха, чтобы иметь сравнительную картину для населения, характеризуемых именно этим постом. Например: для оценки воздействия внешней среды на население, характеризуемым постом по 1 пер Маяковского, 7 расчет HQ кожного пути проводился по данным точки по ул. Гафурова, 33. Для остальных постов были приняты следующие пары: пер. Комсомольский, 9 – ЗСО родник «Маришка»; ул. Аблукова, 33а – ЗСО родник «Чёрное озеро»; ул. Кирова, 4 – ГУЗ УОКБ ул. 3-го Интернационала, 7; ул. Пушкарева, 5 – ЗСО родник «Чёрное озеро»; проезд Заводской, 30а – проезд Заводской, 30а; ул. Наганова, 12 – ул. Наганова, 12.

Коэффициенты всасывания (GIABS) приняты для меди 0,5, кадмия 0,1, свинца 0,2, цинка 0,5. Не учтены концентрации от ингаляционного воздействия химических веществ, попадающих в воздух из почвы, питьевой воды, воды водоемов, так как расчетные величины пренебрежимо малы.

Суммарный коэффициент неканцерогенной опасности (HQ) ингаляционного пути для населения, проживающего в районе постов наблюдения, составил:

Таблица 1

Пост наблюдения за атмосферным воздухом	Район города Ульяновска	HQ ингаляционного пути	HQ перорального пути	HQ кожного пути	HQ Суммарный
1 пер Маяковского, 7	Ленинский район	0,5330	0,3295	5,2713E-05	0,8626
пер. Комсомольский, 9	Ленинский район	0,5510	0,3295	1,2528E-04	0,8807
ул. Пушкарева, 5	Засвияжский район	0,5591	0,3295	3,0815E-05	0,8886
ул. Аблукова, 33а	Засвияжский район	0,5008	0,3295	7,1963E-05	0,8304
ул. Кирова, 4	Железнодорожный район	0,5011	0,3295	9,1306E-05	0,8308
ул. Наганова, 12	Заволжский район	0,6750	0,1921	3,6193E-05	0,8671
проезд Заводской, 30а	Заволжский район	0,7095	0,1632	1,4256E-05	0,8727

Расчитанный суммарный коэффициент опасности (HQ) вещества не превышает единицы и составляет от 0,8304 (в районе ул. Аблукова) до 0,8886 (в зоне оценки поста по ул. Пушкарева). Вероятность развития у человека вредных эффектов при ежедневном поступлении вещества в течение жизни незначительна и такое воздействие характеризуется как допустимое.

*А.И. Измайлова, Д.Ю. Николаев*

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЫ ПНЕВМОНИИ С РАЗВИТИЕМ ФИБРОЗА ЛЕГКИХ, ВЫЗВАННОЙ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ С ЦИКЛОФОСФАМИДОМ. РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ В ГУЗ ЦГКБ Г. УЛЬЯНОВСКА

ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска»

**Актуальность** исследования определяется созданием новых схем лечения для борьбы с новой коронавирусной инфекцией.

**Цель** исследования – получение положительных результатов от использования новых схем лечения коронавирусной инфекции.

**Методы** исследования: достижение поставленной цели осуществлялось на основе применения общенаучных методов исследования в рамках сравнительного, логического и статистического анализа.

Цитостатические препараты (цитостатики) – группа противоопухолевых препаратов, которые нарушают процессы роста, развития и механизмы деления различных клеток организма, включая злокачественные, тем самым инициируя апоптоз.

Циклофосфамид является цитостатиком с алкилирующим механизмом действия. Цитотоксический эффект циклофосфана основан на нарушении синтеза ДНК на этапе фосфорилирования – присоединение алкильной группы  $\text{CH}_2$  к гидроксильной группе ОН фосфорной кислоты. В результате происходит замедление продвижения клеток в фазу G2 клеточного цикла. Цитотоксический эффект циклофосфана не является фазовоспецифичным, он действует все фазы клеточного цикла.

Рассмотрим клинический случай. Больной Э., 61 год. Заболел 04.10.21 г., появилась гектическая температура тела, сухой кашель, сухость во рту, одышка при физической нагрузке. Сдал мазок на COVID-19 (положительный, от 15.10.21 г.). Получал амбулаторное лечение: арбидол, р-р дексаметазона, парацетамол, эликвис без эффекта. КТ ОГК от 17.10.21 г. КТ-2 (27,4%). 17.10.21 г. обратился в приемное отделение ГУЗ ЦГКБ, где находился на стационарном лечении с 17.10.21 г. по 25.11.21 г.

Объективно на 19.10.21: состояние среднетяжелой степени тяжести; жалобы на одышку при физической нагрузке; дыхание в легких ослабленное в н/о легких с обеих сторон; ЧДД 21 в мин; сатурация

на увл.  $O_2$  17 л/м – 94-95%.

Во время госпитализации мазок на COVID-19 положительный от 15.10.2021, без ответа на противовирусное лечение.

По рентгенографии ОГК от 11.11.21 г. по всем полям участки уплотнения легочной ткани сливного характера. Течение двусторонней пневмонии. Отрицательная динамика.

По решению врачебной комиссии 22.11.2022, решено было применить р-р Циклофосамида 200 мг + р-р натрия хлорида 0,9% – 200,0 в/в кап. № 1, затем по 100 мг + р-р натрия хлорида 0,9% – 200,0 в/в кап № 6 – с целью снижения активации макрофагов, снижения интенсивности образования фиброза легочной ткани, создания иммуносупрессии. Согласно рекомендациям ВОЗ, возможно назначение препаратов с предполагаемой этиотропной эффективностью «off-label» (то есть применение с медицинской целью не соответствует инструкции по медицинскому применению). После применения препарата циклофосамида № 3 сделан контрольный рентген ОГК 15.11.21 – в сравнении с 11.11.21 незначительная положительная динамика в виде уменьшения участков уплотнения легочной ткани по площади в центральных отделах легких. Течение двусторонней пневмонии.

**Результаты исследования.** Прошло 3 суток после введения препарата. Картина со значимой положительной динамикой: состояние средней степени тяжести; жалобы на общую слабость; сатурация на увл.  $O_2$  – 1 л/м – 95%; ЧДД 19 в мин; дыхание в легких везикулярное.

Выписан домой 25.11.21 по клиническому улучшению. Было рекомендовано при необходимости использование кислородного concentrатора в домашних условиях. В течение месяца ухудшения состояния не наблюдалось.

Исходя из этого, можно сделать вывод, что использование циклофосамида эффективно для снижения активации макрофагов, снижения интенсивности образования фиброза легочной ткани, создания иммуносупрессии, а также дает значительный положительный эффект в лечение новой коронавирусной инфекции.

*Г.А. Савинова, В.Н. Речник*

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОВРЕМЕННЫХ СХЕМ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С ПРЕПАРАТАМИ ПРЯМОГО ПРОТИВОВИРУСНОГО ДЕЙСТВИЯ В РЕАЛЬНОЙ ПРАКТИКЕ

ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска»

Хронический вирусный гепатит С (ХВГС) остается актуальной медико-социальной проблемой на территории Ульяновской области. Показатель заболеваемости ХВГС в Ульяновской области в 2019 году составлял 40,54 на 100 000 населения, что превышало среднероссийский показатель (32,73) в 1,24 раза. Всего в области состоит на учете 8 541 человек с ХВГС. С 2003 по 2015 гг. благодаря сотрудничеству с благотворительными фондами, нац. проектам и региональной программе было пролечено около 3000 больных с хроническим гепатитом С. Таким образом, на настоящий момент нуждается в противовирусной терапии 3 867 пациентов с ХВГС.

В последние годы отмечается стойкая тенденция к снижению заболеваемости ХВГС (с 51,72 на 100000 населения в 2017 году до 40,54 на 100 000 населения в 2019 году), что связано с проведением с 2016 году противовирусной терапии препаратами прямого противовирусного действия за счет средств ОМС и, как следствие, снижением количества инфицированных лиц на территории Ульяновской области, являющихся источником инфекции.

Для реализации Глобальной стратегии по вирусным гепатитам, принятой Всемирной ассамблеей здравоохранения, и достижения нулевых показателей бремени парентеральных гепатитов к 2030 году, ежегодно на территории Ульяновской области лечат не менее 180 человек (с учетом вновь заболевших) с ХГС.

**Цель** данной работы – провести анализ эффективности различных схем противовирусной терапии хронического гепатита С, которые применялись в рамках ОМС в дневном стационаре ГУЗ «ЦГКБ г. Ульяновска».

За 2016–2021 гг. на базе дневного стационара ГУЗ «ЦГКБ г. Ульяновска» прошли курс противовирусной терапии с применением различных схем лечения 593 пациента с хроническим гепатитом С. В связи с большим количеством осложнений при применении интерферонсодержащих схем лечения, в последние годы мы применяем только препараты прямого противовирусного действия (ПППД). В 2020–2021

годах получили терапию ПППД 179 пациентов. Из них 103 пациента имели 1 генотип, 72 больных имели 3 генотип и 4 пациента – 2 генотип. Нами была проведена оценка эффективности трех современных схем противовирусной терапии ПППД: гразопревир + элбасвир, глекапревир + пибрентасвир и велпатасвир + софосбувир. Из данной группы 68 пациентов (40%) получили терапию стандартной комбинацией гразопревир + элбасвир на протяжении 8–12 недель, в зависимости от имевшейся у пациента степени фиброза печени; 15 больных (8,4%) получили терапию стандартной комбинацией велпатасвир + софосбувир на протяжении 12 недель; 96 больных (53,6%) получили терапию стандартной комбинацией глекапревир + пибрентасвир на протяжении 8 недель. При назначении терапии учитывался генотип вируса пациента: комбинация гразопревир + элбасвир назначалась только больным с 1b генотипом; пангенотипические комбинации глекапревир + пибрентасвир и велпатасвир + софосбувир назначались пациентам с любыми генотипами.

На фоне проводимой противовирусной терапии не было зарегистрировано ни одного серьезного нежелательного явления. Также не было ни одного случая досрочного прекращения курса лечения.

Оценка эффективности противовирусной терапии проводилась по достижению устойчивого вирусологического ответа через 6 месяцев после окончания курса лечения. Из 179 пациентов не достигли устойчивого вирусологического ответа только 3 больных (1,7%): 2 пациента с 1b генотипом, которые получали курс гразопревира + элбасвира на протяжении 12 недель, и один больной с 3 генотипом, который прошел курс лечения глекапревиром + пибрентасвиром на протяжении 8 недель. Все пациенты, получившие курс лечения велпатасвиром + софосбувиром, достигли устойчивого вирусологического ответа.

**Выводы.** 1. При подборе терапии необходимо учитывать портрет пациента: наличие и степень фиброза и/или цирроза, длительность заболевания, предшествующую терапию. 2. В реальной клинической практике по данным инфекционного дневного стационара ГУЗ «ЦГКБ г. Ульяновска» эффективность схемы гразопревир + элбасвир составила 97%, глекапревир + пибрентасвир – 99%, велпатасвир + софосбувир – 100%.

*В.Н. Речник, А.И. Ветчинникова, Э.Р. Москвина*

## АНАЛИЗ ТЕЧЕНИЯ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У КОМОРБИДНЫХ ПАЦИЕНТОВ

ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска»

**Актуальность проблемы.** Новая коронавирусная инфекция (COVID-19) является наиболее актуальной проблемой в мире в связи с развитием пандемии в 2019–2022 гг. Учитывая, что это «новая инфекция», имеются ограниченные данные по клиническим проявлениям коморбидных заболеваний у пациентов из различных возрастных категорий.

Среди пациентов с COVID-19 половину составляют лица пожилого возраста, имеющие множественную коморбидную соматическую патологию, сопряженную с высоким риском развития осложнений и неблагоприятного исхода. Известно, что старение ассоциируется с синдромом старческой астении (ССА), клиническим проявлением которого являются: общая слабость, медлительность. Синдром старческой астении сопровождается снижением физической и функциональной активности, адаптационного и восстановительного резерва, что приводит к повышению уязвимости пациентов от окружающих и к неблагоприятным медицинским исходам.

**Цель** исследования – оценить коморбидный статус, течение сопутствующих заболеваний, что является независимым предиктором в исходе заболевания.

**Метод** исследования – сравнительно-статистический анализ.

На базе второго инфекционного отделения Центральной городской клинической больницы города Ульяновска прием пациентов с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 начался с 01 апреля 2020 года. За период наблюдения с 01 января 2021 года по 01 февраля 2022 года было пролечено 1230 пациентов.

Поскольку инфекционное отделение № 2 полностью оборудовано кислородными точками с возможностью инсуффляции увлажненного кислорода через аппарат Боброва, госпитализировались наиболее тяжелые пациенты с выраженной дыхательной недостаточностью, требовавшие респираторную поддержку. Из числа госпитализированных лица старше 65 лет – 472 человека (44,2%).

В старшей возрастной группе преобладали пациенты в возрасте от 65 до 79 лет – 287 человек (77,2%), лица старческого возраста (старше 80 лет) составили 32,8 % (185 больных).

Среди лиц пожилого возраста имели инвалидность 41 человек (11%). В группе пациентов пожилого возраста преобладал женский пол, причем эта тенденция более выражена у лиц старческого возраста: в возрастной категории 65–79 лет женщины составляли 55,7%, мужчины – 44,3%; 80–89 лет – женщины 65,2%, мужчины 34,8%.

В клинической картине пациентов старческого возраста по сравнению с пациентами пожилого возраста более характерны следующие симптомы: фебрильная лихорадка (34,1% и 87,8% соответственно), субфебрильная температура (65,9% и 12,2% соответственно), одышка (35,2% и 31,2% соответственно), тошнота (17,4% и 12,4% соответственно), потливость (79,3% и 72,8% соответственно), тахикардия (52,2% и 29,3% соответственно), анемия (19,2% и 0,7% соответственно). Жалобы на чувство нехватки воздуха больше беспокоили лиц пожилого возраста (33,7%) по сравнению с лицами старше 80 лет (18,1%). У пациентов старческого возраста отмечались изменения психического статуса в 11,8% случаев. У лиц старше 65 лет имела сопутствующая соматическая патология и в 54,3% случаев – коморбидная патология с вовлечением двух и более систем. Среди сопутствующих заболеваний преобладала патология сердечно-сосудистой системы в виде ишемической болезни сердца и гипертонической болезни (у лиц старше 65 лет – 75,2%, у лиц старше 80 лет – 96,5%), острого нарушения мозгового кровообращения в анамнезе (30,1% и 53,6% соответственно); патологии эндокринной системы в виде сахарного диабета (диабет был исходно у лиц старше 65 лет в 68,4% случаев и старше 75 лет – в 82,7%; сахарный диабет был впервые выявлен у 14,2% и 29,4% соответственно), метаболический синдром (37,2% и 15,2% соответственно); онкологические заболевания (известно из анамнеза – 2,3%, первично выявлено – 0,84%). У всех пациентов диагноз «новая коронавирусная инфекция» был верифицирован исследованием мазков из рото- и носоглотки методом полимеразной цепной реакции (в 48,4% случаев) и исследованием компьютерной томографии органов грудной клетки, подтверждающим наличие «матовых стекол» в легочной ткани, характерных для вирусной пневмонии, в 100% случаев. Из всех пациентов, находившихся на стационарном лечении, за прошедший период времени с улучшением было выписано 964 пациентов (85,1%), 266 пациентов умерло, летальность составила 10,9%. При этом летальность у лиц моложе 65 лет составила всего 4,1%, в то же время у пожилых людей в возрасте от 65 до 79 лет этот показатель был значительно выше – 22,1%. Самый высокий показатель летальности был у лиц старше 80 лет – 36,5%.

**Результаты.** 1. Пациенты старше 65 лет составили 44,2% из общего числа пациентов с новой коронавирусной инфекцией COVID-19, нуждающихся в госпитализации в отделение с возможностью респираторной

поддержки. 2. Коронавирусная инфекция у пациентов в возрасте 65 лет и старше протекает с атипичной клинической симптоматикой, и на фоне сопутствующих заболеваний дает значимое повышение летальности (22,1% у лиц в возрасте от 65 до 79 лет и 36,5% – у лиц старше 80 лет). 3. Пациентам старческого возраста необходимо регулярно оценивать когнитивный статус, течение сопутствующих заболеваний, что является независимым предиктором в исходе заболевания.

**Выводы.** В данной статье нами проведена оценка течения коронавирусной инфекции у пациентов различных возрастных категорий и выживаемость больных, в зависимости от возраста и сопутствующей патологии. Эти данные позволят повысить настороженность врачей стационарного и амбулаторного звена в отношении ведения пациентов старшей возрастной категории (65 лет и старше) и обеспечить своевременную госпитализацию категории больных в стационар.

*Д.Ю. Николаев, К.М. Попкова, А.А. Петрова*

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ МОНОКЛОНАЛЬНЫМИ АНТИТЕЛАМИ В ПОЗДНИЕ СРОКИ БОЛЕЗНИ. РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ В ГУЗ ЦГКБ Г. УЛЬЯНОВСКА

ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска»

**Актуальность** исследования определяется созданием новых схем лечения для борьбы с новой коронавирусной инфекцией.

**Цель исследования** – получение положительных результатов от использования новых схем лечения коронавирусной инфекции.

**Методы исследования:** достижение поставленной цели осуществлялось на основе применения общенаучных методов исследования в рамках сравнительного, логического и статистического анализа.

Моноклональные антитела – это идентичные копии антитела, нацеленного на специфический антиген. Ученые могут создавать моноклональные антитела, подвергая лейкоциты воздействию определенного антигена. Затем исследователи создают лейкоцит или клон и используют его в качестве основы для производства многих идентичных клеток, делая много идентичных копий моноклонального антитела.

Каждое моноклональное антитело специфично к своему соответствующему антигену.

*Моноклональные антитела против COVID-19:* Спайковый гликопротеин вируса SARS-CoV-2, который находится на его поверхности, функционирует так, чтобы облегчить проникновение вируса в клетки организма. Некоторые антитела к SARS-CoV-2 связываются со спайковым белком и предотвращают проникновение вируса в клетку. В настоящее время все моноклональные антитела к COVID-19 нацелены на спайковый белок. В настоящее время используются однокомпонентные (сотровимаб, регданвимаб), а также комбинированные (бамланивимаб + этесевимаб; касирвимаб + имдевимаб) препараты.

*Рассмотрим клинический случай.* Больная К., 49 лет. Заболела 17.09.21 г. Появилась субфебрильная температура тела и потеря обоняния. Сдала мазок на COVID-19 (положительный) № 21127450186 от 28.09.21 г. Получала амбулаторное лечение: р-р цефтриаксон в/м №10, амброксол, парацетамол, дексаметазон по схеме 12 мг/сутки со снижением дозы. Цефипим № 7, амоксиклав №7, левофлоксацин – без эффекта. КТ ОГК от 10.10.21г КТ-3 (55%). 11.10.21 г. обратилась в приемное отделение ГУЗ ЦГКБ, где находилась на стационарном лечении с 11.10.21 г. по 05.11.21 г.

Выписана с улучшением, с отрицательным мазком на COVID-19. 23.11.21 г. отмечает ухудшение состояния в виде появления одышки при физической нагрузке, в покое, головокружение. Обратилась к пульмонологу в мед. центр Консилиум, по назначению врача принимала беродуал, появилась заложенность в груди (прекратила прием). Мазок на COVID-19 от 25.11.21 г. (отриц.). Находилась на стационарном лечении с 29.11.21 г. по 14.12.21 г. в УОКБ с диагнозом «внебольничная двусторонняя пневмония, рецидивирующее течение». Мазок на COVID-19 от 14.12.21 г. (обнаружено) №556402. В связи с положительным мазком рекомендовано продолжить лечение в ГУЗ ЦГКБ. На стационарном лечении находилась с 14.12.21 по 30.12.21.

Объективно в день поступления: состояние среднетяжелой степени тяжести; жалобы на одышку при физической нагрузке; дыхание в легких ослабленное в н/о легких с обеих сторон; ЧДД 19 в мин; сатурация на атмосферном воздухе 95%.

Во время госпитализации мазок на COVID-19 (положительный) от 15.12.2021, 23.12.2021, 25.12.2021, 27.12.2021, без ответа на противовирусное лечение. На врачебной комиссии 28.12.2022 решено было применить моноклональные антитела, а именно препарат Сотровимаб 500мг + р-р натрия хлорида 0,9% -200,0 в/в кап. № 1. Согласно рекомендациям ВОЗ, возможно назначение препаратов с предполагаемой этиотропной эффективностью «off-label» (то есть применение с медицинской целью не соответствует инструкции по медицинскому применению). Препарат

был введен позднее 7 дней от начала заболевания. После применения МКА был взят мазок на COVID-19, результат: РНК COVID-19 не обнаружено № 4994 от 30.12.2021.

**Результаты исследования.** Прошло двое суток после введения препарата. Картина со значимой положительной динамикой: состояние удовлетворительное; жалобы на общую слабость; сатурация на атмосферном воздухе – 97%; ЧДД 17 в мин; дыхание в легких везикулярное.

Больная благополучно была выписана домой, после чего в течение месяца сдавала мазок на COVID-19 каждую неделю, результат был аналогичным (РНК COVID-19 не обнаружено), анализ крови на Ig M, IgG к SARS-CoV-2 отрицательный.

Исходя из этого можно сделать вывод, что использование МКА эффективно для лечения коронавирусной инфекции и в поздние сроки, а также дает значительный положительный эффект при лечении новой коронавирусной инфекции.

*А.С. Фадеев, А.И. Асадуллина, О.А. Фадеева, Ю.С. Разина*

## ОЦЕНКА УРОВНЯ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ НА ФОНЕ ПРИЕМА ВААРТ

ГУЗ «Областной центр профилактики и борьбы со СПИД»

**Актуальность** исследования. Депрессия – это широко распространенное психическое нарушение, которое характеризуется унынием, потерей интереса, неспособностью радоваться и получать удовольствие, чувством вины или низкой самооценкой, нарушениями сна, аппетита, чувством усталости и плохой концентрацией.

По статистике всемирной организации здравоохранения на 2021 год, не менее 5% населения земли страдает от депрессивных расстройств разной степени выраженности, которые в ряде случаев становятся причиной стойкой нетрудоспособности и при тяжелом течении – склонности к суицидальному поведению.

К факторам риска возникновения депрессивных расстройств можно отнести социально-экономический статус и семейное положение, психотравмирующие события в детстве, провоцирующие психотравмирующие факторы, социальную поддержку, наследственные факторы, неблагоприятный коморбидный фон.

В популяции ВИЧ-инфицированных пациентов отмечается множество социальных и психологических проблем, внутренних кризисов, стрессов, трудностей в межличностных отношениях таких, как: боязнь передачи вируса половому партнеру; возможность передачи вируса от матери ребенку; негативное отношение к ВИЧ-инфицированным в обществе; наличие множества сопутствующих и оппортунистических заболеваний; полипрагмазия; принятие собственного статуса.

За десятилетия применения высокоактивной анитретровирусной терапии (ВААРТ) удалось добиться существенного увеличения продолжительности жизни ВИЧ-инфицированных пациентов, однако ещё одним немаловажным принципом высокоактивной антиретровирусной терапии является улучшение качества жизни пациентов. При разработке современных препаратов, помимо эффективности в отношении подавления репликации ВИЧ, учитывается также снижение нежелательных явлений от приема препаратов. Расстройства психоэмоциональной сферы пациентов на фоне пожизненного лечения всё чаще привлекают внимание фармакологических компаний, но возникает необходимость дифференцировать ятрогенные нарушения эмоционального фона с расстройствами, возникшими по иным причинам, ввиду наличия множества факторов риска у данной группы пациентов.

Целью работы является оценка психоэмоционального статуса пациентов, болеющих ВИЧ, на фоне приёма ВААРТ, и анализ возможных причин депрессивных расстройств на основании клинических проявлений и симптомов.

**Материалы и методы.** Первичная выборка составила 6 171 человек, отвечающих критериям включения в исследование (пациенты от 18 до 60 лет, не состоящие на учете у психиатра, с установленным диагнозом ВИЧ-инфекция, получающие ВААРТ более года). Из данной группы случайным образом было выбрано 115 пациентов с сохранением популяционных кривых по эпидемиологическим показателям, получено информированное согласие. Все отобранные пациенты были скрининговым методом обследованы по шкале депрессий Бека, данные были направлены для интерпретации врачу-психиатру. Проведена оценка выраженности клинических симптомов депрессивных расстройств по субшкалам: когнитивно-аффективной и соматических проявлений (рис.1). Пациенты с клиническими проявлениями депрессивных расстройств для дальнейшего наблюдения были направлены к клиническому психологу.

Когнитивно-аффективные проявления	Соматические проявления
Снижение настроения	Образ тела
Пессимизм	Утрата работоспособности
Чувство несостоятельности	Нарушение сна
Неудовлетворённость	Утомляемость
Чувство вины	Утрата аппетита
Ощущение наказанности	Потеря веса
Отвращение к самому себе	Охваченность телесными ощущениями
Самообвинение	Утрата либидо
Суицидальные мысли	
Слезливость	
Раздражительность	
Нарушение социальных связей	
Нерешительность	

**Результаты.** Всего в исследовании приняли участие 115 пациентов, из них 49 мужчин и 66 женщин, в возрастных категориях 40–49 лет (53 человека), 30–39 лет (48 человек), 50–59 лет (8 человек), 18–29 лет (6 человек), что в среднем соответствует данным в популяции. По результатам обследования, клинические проявления депрессии, от легких до тяжелых форм, выявлены у 41 пациента.

Согласно выявленным клиническим симптомам, уровень и возможные причины депрессии были оценены градуально по когнитивно-аффективной субшкале и субшкале соматических проявлений. Лишь у 3 пациентов результаты по критериям оценки соответствовали соматическим проявлениям. У оставшихся 38 угнетение психоэмоционального фона можно расценивать как реакцию на воздействие внешних факторов.

В 100% случаев у пациентов с проявлениями, соответствующими когнитивно-аффективной субшкале, не было выявлено клинически значимой сопутствующей патологии. Все пациенты по срокам наблюдения согласно заключению клинического психолога Центра СПИД, успешно прошли адаптацию к диагнозу ВИЧ.

**Выводы.** По итогам проведенного анализа были сделаны следующие выводы: 1. 35% пациентов в исследуемой группе имеют клинические проявления депрессии; у 38 пациентов из 41 клинические симптомы соответствуют когнитивно-аффективным проявлениям, что, с учетом стажа заболевания ВИЧ, степени принятия диагноза, отсутствия коморбидного фона, косвенно может быть расценено как реакция на пожизненный прием препаратов. 2. При назначении ВААРТ требуется детальная



работа пациента с клиническим психологом центра СПИД по формированию приверженности к пожизненной терапии.

*П.Г. Вовкотеч, Г.В. Салина*

## **ОБНАРУЖЕНИЕ АНТИГЕНА ВИРУСА КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА В КЛЕЩАХ, СОБРАННЫХ ИЗ ПРИРОДЫ НА ТЕРРИТОРИИ УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД С 2011 ПО 2020 ГГ.**

**ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Ульяновской области»**

Территория Ульяновской области эндемична по ряду природно-очаговых болезней человека, в том числе по клещевому вирусному энцефалиту (далее КВЭ). Начало регистрации этой инфекции в Ульяновской области относится к 60-м годам 20 века.

Природно-очаговые инфекции (устойчивость природных очагов) характеризуются способностью возбудителей длительное время сохраняться во внешней среде. Переносчиками и резервуарами этой инфекции являются иксодовые клещи. Наиболее важными показателями (детерминантами) потенциальной опасности КВЭ считаются численность переносчиков (клещей) и степень их зараженности вирусом. Ряд авторов не согласны с этим утверждением, так как процент зараженности клещей возбудителем не позволяет судить о количестве возбудителя в инфицированных особях, следовательно, их вирусофорности. Важно отметить, что обнаружение в клещах того или иного возбудителя говорит о потенциальной угрозе возникновения и распространения заболевания. Тем более что в условиях меняющегося климата изменяется не только поведение переносчиков, но и активность самого возбудителя – он становится более агрессивным.

Эндемичными территориями (территория, к которой постоянно приурочена инфекционная болезнь человека, что обусловлено природными и социальными факторами) в плане потенциального риска заражения КВЭ являются территории Майнского, Мелекесского, Старомайнского, Сенгилеевского и Ульяновского районов. Любое присасывание клещей к человеку рассматривается как возможное инфицирование вирусом КВЭ.

Чтобы оценить вероятность заражения клещевым вирусным энцефалитом, были проанализированы результаты лабораторных исследований клещей, собранных из природы на территории Ульяновской области

специалистами зоолого-энтомологической группы и сотрудниками филиалов «Центра гигиены и эпидемиологии в Ульяновской области» в период с 2011 по 2020 год. Всего за этот период было собрано и исследовано 9 095 клещей.

Исследования проводятся в вирусологическом отделении МБЛ ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Ульяновской области» (методом иммуноферментного анализа – лабораторное исследование, основанное на высокой избирательности и специфичности иммунологических реакций «антиген-антитело»). Исследовано 537 проб, в 19 из них (3,53%) обнаружен антиген КВЭ. При этом заболеваемость носит спорадический характер.

Результаты исследований проанализированы: по месту (району) обнаружения в клещах антигена вируса клещевого энцефалита; по доле клещей с антигеном вируса клещевого энцефалита в сборах по годам и в целом.

Заключение. 1. На территории Ульяновской области подтверждена циркуляция антигена вируса клещевого энцефалита не только на эндемичных территориях, но и в других районах (Сурский, Карсунский, Барышский, Старокулаткинский, Радищевский, Новомалыклинский районы и г. Ульяновск). 2. Требуется постоянная настороженность медицинских работников и населения в отношении риска инфицирования вирусом КВЭ, с проведением неотложных мер специфической и неспецифической профилактики КВЭ. 3. Необходимо постоянное проведение (мониторинг) зоолого-энтомологического обследования известных природных биотопов клещей в Ульяновской области с целью слежения за циркуляцией возбудителя (лабораторные исследования), состоянием переносчика и источников инфекции, а также выявление новых географических участков повышенного риска заражения КВЭ, как в плановом порядке, так и по эпидемиологическим показаниям, согласно СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней». 4. Планируется продолжить сбор клещей в соответствии с СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней».

*В.И. Аббязова, Г.М. Юсупова, Г.В. Салина, О.А. Суханова*

## АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ НА ТЕРРИТОРИИ УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ

**ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Ульяновской области»**

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-нCoV, была объявлена «чрезвычайной ситуацией в здравоохранении, имеющей международное значение». В России первые случаи инфекции, вызванной коронавирусом 2019-нCoV, 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 гг., 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 (9 040,6 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 двух 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 3 414 летальных случаев, что составляет 3% от количества зарегистрированных случаев.

По данным ежедневного мониторинга вакцинации от COVID-19, на 07.12.2021 в Ульяновской области получили полный курс вакцинации 386 822 человека, что составляет 31,3% охвата населения.

**Выводы.** В Ульяновской области эпидемический процесс коронавирусной инфекции характеризуется 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.

*А.А. Нафеев, Г.В. Салина*

## ЛИСТЕРИОЗ – ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ

**ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Ульяновской области»**

Листерийную инфекцию также называют болезнью реки Тигр, невреллезом, листериллезом, «силосной» болезнью. «Листерия» (возбудитель) получила свое название в честь английского хирурга Джозефа Листера в 1940 году после ее открытия.

Чаще всего заболевают дети (особенно новорожденные), люди пожилого возраста (старше 50 лет), беременные. Листерийоз во время беременности не так опасен для матери, как для плода и новорожденного ребенка: может привести к мертворождениям, выкидышам, замиранию беременности, а после рождения малыша – к менингитам, энцефалитам (поражение центральной нервной системы). У самой же будущей матери листерийоз может протекать бессимптомно или малосимптомно, как ОРВИ.

Листерийоз, являясь пищевым зоонозом, считается одной из самых тяжелых болезней пищевого происхождения. Его возбудителем является бактерия *Listeria monocytogenes*. Бактерия *L. monocytogenes* может выживать и размножаться при низких температурах, обычно поддерживаемых в холодильниках. Употребление контаминированных пищевых продуктов, содержащих *L. monocytogenes* в больших количествах, является основным путем передачи инфекции. Инфекция может также передаваться от человека к человеку, в частности, от беременных женщин к плоду. Опасность листерийоза при беременности заключается в том, что заболевание часто имеет легкое бессимптомное или малосимптомное течение. Чаще всего внутриутробное инфицирование сопровождается меконияльным окрашиванием околоплодных вод и преждевременными родами (до 34 недель). Во всех случаях имеется высокий риск трансплацентарной передачи инфекции.

В Российской Федерации регистрация листерийоза, как самостоятельной нозологической формы болезни человека, введена в 1992 г. Так, в период с 2005 по 2017 гг. в России было зарегистрировано 644 случая листерийоза с максимальным числом заболевших в 2006–2007 гг. – 75 случаев. В период с 2005 по 2017 гг. уровень заболеваемости колебался от 0,02 (в 2012 г.) до 0,05 на 100 тыс. населения (в 2006–2007 гг.). Заболеваемость регистрировалась среди взрослого населения (75,78%) и среди детей (24,22%), в том числе новорожденных (6,52%) во всех федеральных округах, однако большее число случаев приходилось на Центральный

и Северо-Западные федеральные округа (54 и 21% соответственно), где она была максимальной в связи с лучшей диагностикой, проводимой в Москве и Санкт-Петербурге. Среди современных эпидемиологических особенностей листерийоза следует отметить увеличение в динамике числа летальных случаев. В целом за данный период в Российской Федерации от листерийоза умерло 89 человек, из них 44 (49,4%) человека – в г. Москве, летальность за этот период составила 13,8% по России и 19,3% по Москве.

Заболеваемость по Ульяновской области носит спорадический характер: 2008 г. – 1 сл.; 2011 г. – 1 сл.; 2014 г. – 1 сл.; 2020 г. – 1 сл. Последние 2 случая – новорожденные мертворожденные дети. Диагноз был выставлен на основании патологоанатомических критериев. Внутриутробный листерийозный сепсис встречается редко, так же редко и диагностируется. В период 2015–2018 гг. в учреждениях акушерско-гинекологического профиля серологическим методом проводились диагностические исследования (n = 547 чел.), результаты отрицательные. В целях изучения частоты распространения листерийозной инфекции в период 2015–2018 гг. проводились мониторинговые исследования (n = 400 сывороток), положительные находки не регистрировались. С 2019 г. исследования не проводятся по причине отсутствия сертифицированного диагностикума.

*Л.Ш. Хуснутдинова, Г.В. Салина*

## ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННОГО КОКЛЮША И ТАКТИКА ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ

Главным итогом первых двух десятилетий массовой вакцинации против коклюша явилось снижение (в тысячи раз) летальности от данной инфекции. Однако в последние годы во многих странах мира регистрируется рост заболеваемости коклюшем. По данным ВОЗ, в мире ежегодно заболевает коклюшем около 60 млн человек, умирает около 1 млн детей, преимущественно в возрасте до одного года.

Несмотря на широкий охват прививками детского населения, проблемы эпидемиологии, лабораторной диагностики и специфической профилактики коклюша остаются, поскольку заболеваемость этой бактериальной инфекцией, несмотря на продолжающуюся вакцинацию ежегодно растет.

**Цель исследования** – обобщение и анализ заболеваемости коклюшем на территории Ульяновской области за период 2010–2020 гг., эпидемиологическая характеристика.

На протяжении последних 10 лет динамика заболеваемости коклюшем на территории Ульяновской области характеризовалась колебанием показателей в пределах -0,71–4,81 на 100 тыс. населения. Заболеваемость в г. Ульяновске за весь период наблюдения стабильно превышала показатели по Ульяновской области, в отдельные годы – от 1,3 до 1,8 раза.

За период наблюдения 2010–2020 гг. летальные случаи от коклюша в Ульяновской области не зарегистрированы.

Наибольший показатель заболеваемости приходится на детей до 1 года в 2020 году – 36,46 на 100 тыс. детей данного возраста, что подтверждает особую важность своевременной вакцинации детей этого возраста против коклюша.

Заболеваемость среди детей до 1 года отмечается за счет не привитых или не закончивших курс вакцинации.

Среди детей 3–6 лет показатели заболеваемости коклюшем не высокие, что может быть связано с перенесенной ранее инфекцией и наличием иммунитета в результате вакцинации.

Более половины (64,3%) случаев коклюша в Ульяновской области за анализируемый период зарегистрировано среди детей 3–14 лет (организованные дети дошкольного и школьного возраста). В 2020 году удельный вес организованных детей указанного возраста составил 76,7%.

В условиях вакцинопрофилактики инфекции среди детей раннего возраста в Ульяновской области сохраняется цикличность эпидемического процесса – подъем заболеваемости через 3–4 года.

Результаты анализа уровня иммунизации показали, что за анализируемый период на территории Ульяновской области поддерживается широкий охват прививками населения декретированных возрастов, регламентируемый (95%) уровень охвата детей законченной вакцинацией АКДС-вакциной в 12 месяцев был достигнут впервые в 2003 году, а ревакцинацией в 24 месяца – в 2005 году. Вместе с тем, в последние 2 года отмечается тенденция к снижению уровня охвата вакцинацией.

Удельный вес серопозитивных при плановом исследовании в среднем составляет 80,0%.

**Выводы.** 1. В Ульяновской области эпидемический процесс коклюшной инфекции характеризуется высокой активностью с тенденцией к росту заболеваемости, начиная с 2017 года, активным вовлечением детей всех возрастных групп и контингентов. 2. Результаты анализа уровня иммунизации показали, что за анализируемый период на территории Ульяновской области поддерживается высокий уровень

охвата прививками населения декретированных возрастов. Вместе с тем, за последние 2 года отмечается тенденция к снижению уровня охвата. 3. Результаты серомониторинга (фактическая привитость) свидетельствуют о недостаточном коллективном иммунитете. 4. Снижение уровня иммунитета при наличии относительно высоких показателей заболеваемости коклюшем детей школьного возраста позволяет ставить вопрос о введении второй ревакцинации против коклюша детям перед поступлением в школу (в возрасте 6 лет).

*В.И. Камалетдинова, Н.А. Козлова, Э.Ш. Богданова*

## СОСТОЯНИЕ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ КОКЛЮШНОЙ ИНФЕКЦИИ В УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ С 2010 ПО 2020 ГОДЫ

ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Ульяновской области»

В настоящее время, несмотря на успехи вакцинации, коклюш является проблемой отрасли здравоохранения многих стран мира. На фоне высокого охвата прививками наблюдается тенденция к росту заболеваемости коклюшем с периодическими подъемами. В настоящее время установлено, что поствакцинальный иммунитет к коклюшу значительно снижается или утрачивается через 4–12 лет после вакцинации, в связи с этим дети младшего школьного возраста уже восприимчивы к коклюшу.

**Цель работы** – проанализировать состояние лабораторной диагностики коклюшной инфекции в микробиологических лабораториях ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Ульяновской области» за 11 лет с 2010 по 2020 годы. Исследование биоматериала проводилось бактериологическим и серологическим методами с серотипированием выделенных культур. Были изучены: заболеваемость коклюшной инфекцией, количество исследований на коклюш, высеваемость и серологический пейзаж выделенных культур.

В многолетней динамике заболеваемости прослеживается цикличность: подъем заболеваемости наступает через 3–4 года, что объясняется изменением вирулентности циркулирующих возбудителей, усиление которой неизбежно при возрастании частоты пассажей среди людей с повышенной восприимчивостью.

Последний цикл заболеваемости коклюшной инфекцией в РФ наблюдался с 2017 по 2020 гг.: подъем с 3,7 в 2017 году до 7,1 в 2018 году

и до 9,81 в 2019 году. В 2020 году произошло снижение заболеваемости – до 4,13 (в 2,4 раза).

Такая же цикличность наблюдалась по Ульяновской области: заболеваемость увеличилась с 0,97 в 2017 году до 3,23 в 2019 году (рост в 3,3 раза), а затем, в 2020 году, отмечено снижение до показателя 2,44 (в 1,3 раза). Самые высокие показатели заболеваемости были зарегистрированы в 2016 году: по области – 4,81 на 100 тыс. населения, по г. Ульяновску – 7,2 на 100 тыс. населения.

Эпидемическому процессу коклюшной инфекции свойственны выраженные различия в возрастной структуре заболевших: до 95% случаев выявляется у детей и лишь 5% – у взрослых.

Заболеваемость среди детей до 14 лет в 2018 году превышала заболеваемость взрослых более чем в 8,5 раз по данным Ульяновской области. Относительно низкий удельный вес заболеваемости взрослого населения может быть связан с тем, что отсутствует настороженность у клиницистов в отношении коклюша у подростков и взрослых, у которых эта инфекция часто протекает в стертой или атипичной формах.

Микробиологической лабораторией ФБУЗ в г. Ульяновске выполнялись исследования от больных и контактных лиц на коклюш по договорам с лечебными учреждениями города. По Ульяновской области исследования на коклюшную инфекцию проводились в Ульяновском, Кузоватовском филиалах и в городе Димитровграде. Все исследования, проведенные в лабораториях филиалов, выполнялись по эпид. показаниям. 98,3% исследований на коклюш было выполнено в МБЛ, в филиалах – 1,7%.

Количество бактериологических исследований за анализируемый период на коклюш уменьшилось со 153 (в 2012 году) до 42 (в 2020 году) – в 3,6 раза. Заболеваемость в эти же годы уменьшилась в два раза (с 8,32 до 4,15%).

Анализ среднесрочной структуры исследований показывает, что 60,7% из них выполнялись с диагностической целью, 39,3% – по эпид. показаниям.

В общей структуре заболевших, бактериологически обследованных на коклюш, дети до одного года составляют 11,2%, дети до 14 лет – почти 84%, взрослое население – 4,8%.

За анализируемый период показатель *высеваемости* колебался от 0 до 4,4%, среднесрочный показатель составил 1,8%. Бактериологическим методом подтверждено в разные годы от 6,45% до 18,5% диагнозов.

Культуры *Bordetella pertussis*, выделенные на территории Ульяновской области за 2010–2020 гг., были отнесены к следующим

серогруппам: серогруппа 1.0.3. – 6 культур, серогруппа 1.2.0 – 2 культуры, серогруппа 1.2.3. – 2 культуры, не типированные – 5 культур. Все культуры были выделены при обследовании с диагностической целью, только одна культура была выделена от контактного лица (1.0.3). Выделенные штаммы *B. pertussis* реидентифицированы в ФБУН МНИИЭМ им. Г.Н. Габричевского, расхождений с результатами МБЛ ФБУЗ «ЦГиЭ в Ульяновской области» не выявлено.

Начатая до забора биоматериала антибиотикотерапия затрудняет бактериологическое подтверждение коклюша, поэтому для верификации коклюша использовался серологический метод.

За 11 лет было выполнено 3 055 серологических исследований на коклюш.

Максимальное количество серологических исследований приходится на 2016 год (810).

Серологическое подтверждение диагноза «коклюш» составило от 17,4% до 51,7% за анализируемый период.

Эпидмониторинг по коклюшу по Ульяновску проводится на базе МБЛ с 2012 года. Определялся уровень антител к агглютиногенам коклюшного микроба в РА. С 2017 года проводится определение антител класса Ig G к коклюшному токсину методом ИФА. Исследовалась сыворотка крови в индикаторной группе 3–4 года по плану серомониторинга. Всего было обследовано 1300 сывороток. Количество серонегативных сывороток с 2012 по 2017 гг. составило в среднем 24% (РА), с 2018 по 2020 гг. – 19% (ИФА).

*А.И. Ивах, О.В. Лаушина, А.В. Захарова*

## ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ КОНТАКТНОГО ЦЕНТРА ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ ИНФОРМАЦИОННЫХ БАЗ ДАННЫХ В СФЕРЕ МЕДИЦИНСКОЙ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НА ТЕРРИТОРИИ УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ

**ГУЗ «Ульяновский областной медицинский информационно-аналитический центр»**

Контактный центр создан в 2012 году на основании распоряжения Министерства здравоохранения Ульяновской области от 17.08.2012 № 480 «Об организации работы Контактного центра ГУЗ «Ульяновский областной медицинский информационно-аналитический центр».

Создание контактного центра было продиктовано производственной необходимостью и наличием спроса на оказание подобного рода социально значимых услуг, а также для создания современной информационной системы для обработки сообщений граждан с использованием всех современных средств связи. Одной из основных задач контактного центра является оказание консультативной помощи гражданам в режиме реального времени.

В контактном центре организовано несколько форматов работы с населением:

- по телефону «горячей линии» 8-800-200-7307, 41-01-55;
- по телефону справочной аптек по лекарственным препаратам «003», 41-49-02;
- сервисы на портале «Доктор73»: рубрика «Отзывы», рубрика «Вопрос-ответ».

Работа контактного центра обеспечивается виртуальной АТС на базе Ульяновского филиала ПАО «Ростелеком», компьютерной программой Farm+ и Региональной медицинской информационной системой (далее – РМИС). Контактный центр работает с 8.00 до 20.00. Количество обрабатываемых сообщений в среднем составляет 600 в день.

Работа контактного центра организована по нескольким направлениям.

Одним из важных направлений является предоставление гражданам квалифицированных консультаций, участие в решении вопросов, касающихся получения качественной медицинской и лекарственной помощи на территории области, для защиты прав и интересов граждан в сфере здравоохранения.

Другим направлением деятельности контактного центра является услуга по записи на приём к врачу в поликлиники по территориально-участковому принципу. Данная услуга была введена с июля 2013 года, хорошо себя зарекомендовала и пользуется спросом у населения.

Поддержание «обратной связи» с населением посредством рассмотрения сообщений – одно из важных направлений деятельности контактного центра. Граждане обращаются по вопросам записи на приём к врачу, организации работы поликлиник, прикрепления к медицинской организации, оставляют отзывы о работе медицинского персонала.

Самым востребованным направлением контактного центра (ежедневно более 300 звонков) является информирование граждан о наличии и стоимости лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения и парафармацевтической продукции в аптеках города Ульяновска. Справочно-информационная система позволяет быстро узнать информацию о наличии препаратов и их ценах (максимальных, минимальных) в аптеках, подключенных к единой информационной сети.

Самая многочисленная группа пользователей, заинтересованных в эффективной работе контактного центра – это жители города и области. К особой категории граждан, пользующихся услугами контактного центра, относятся пенсионеры и инвалиды, которым возможность решить вопросы по телефону существенно облегчает жизнь.

В контактном центре внедрена система для обработки обращений граждан (VCSN-клиент, модуль РМИС), которая позволяет в кратчайшие сроки осуществлять взаимодействие между контактными центром и медицинскими организациями, подведомственными Министерству здравоохранения Ульяновской области, для оперативного решения вопросов граждан.

В условиях пандемии на контактный центр значительно увеличилась нагрузка. Более 50% сообщений граждан связаны с новой коронавирусной инфекцией COVID-19: вопросы по лечению COVID-19, лабораторная и функциональная диагностика COVID-19, профилактика и вакцинация, вопросы получения сертификата.

В целях улучшения оказания консультативной помощи гражданам, а также снижения нагрузки, привлекаются студенты медицинского факультета ФГБОУВО «Ульяновский государственный университет».

В 2021 году внедрено интеллектуальное голосовое меню (IVR) на номере 8-800-200-73-07. Звонки с темой обращения «Запись на приём к врачу» и «Запись на вакцинацию» передаются в регистратуры 37 медицинских организаций, подведомственных Министерству здравоохранения Ульяновской области.

*А.И. Ивах, И.Н. Шаулиханов, М.А. Давыдов*

## **ПОДДЕРЖКА ПРИНЯТИЯ ВРАЧЕБНЫХ РЕШЕНИЙ В МЕДИЦИНСКИХ ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМАХ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ**

**ГУЗ «Ульяновский областной медицинский информационно-аналитический центр»**

Современный уровень развития медицинской науки предоставляет в распоряжение лечащего врача тысячи разнообразных диагностических и лечебных методик, лекарственных средств и многого другого. В их практическом применении врачу приходится учитывать самые различные факторы: показания и противопоказания методики или способа лечения, особенности пациента и течения заболевания, совместимость или усиление влияния тех или иных методов обследования или лекарственных препаратов друг на друга, индивидуальную лекарственную непереносимость у пациента, противопоказания и многое другое. В результате, во время приема пациента, с учетом высокой нагрузки, врачу приходится при назначении обследования и лечения принимать во внимание все эти особенности, строить свою работу на основании опыта, знаний, клинического представления о больном и многотомных клинических руководств. Все это держать в памяти и принимать безошибочные, правильные и своевременные решения становится все сложнее и сложнее. Причем ситуация стремительно усугубляется тем, что объем знаний в медицине растет лавинообразно, а время на принятие врачом соответствующего решения при этом не увеличивается.

Одним из наиболее перспективных и эффективных методов предотвращения таких ошибок является внедрение в клиническую практику различных ИТ-решений. Их основная задача состоит в анализе и предотвращении действий, способных нанести ущерб жизни и здоровью пациента. В России с созданием и развитием Единой государственной информационной системы здравоохранения (ЕГИСЗ) информационные технологии стали повсеместно применяться в практике работы медицинских организаций (МО). Базовым «кирпичиком» фундамента ЕГИСЗ в части первичного звена здравоохранения являются медицинские информационные системы медицинской организации (МИС МО). Основные задачи МИС МО на текущем этапе: переход на преимущественное ведение электронных медицинских карт пациентов (ЭМК) и накопление первичной медицинской информации в электронном виде и автоматизация базовых задач, таких как сокращение непрофильных затрат медицинского

персонала на ведение документации, автоматическое формирование медицинской статистики, сдача реестров по ОМС, автоматизация учета лекарственных средств и т.д. Задача ближайшего будущего – развитие МИС в интеллектуального помощника врача, включая внедрение клинических руководств, автоматический контроль качества медицинской помощи и другие направления, способные существенным образом улучшить качество оказываемой медицинской помощи и сократить число врачебных ошибок. В этом смысле добавление или улучшение в МИС МО функций поддержки принятия врачебных решений является очень важным инструментом реформирования и улучшения работы отрасли. В общем виде под термином «система поддержки принятия решений» (Decision Support System, DSS) понимается компьютерная система, которая путем сбора и анализа информации может влиять на процессы принятия решений в различных областях человеческой деятельности. В здравоохранении такие решения называются уточненным термином «системы поддержки принятия врачебных решений» (СППВР).

Системами поддержки принятия врачебных решений стали называть программы, помогающие врачам принимать наиболее эффективные решения в процессе лечения пациента и, тем самым, обеспечивающие необходимое качество медицинской помощи, в том числе с целью сокращения врачебных ошибок – но не ограничиваясь только этим. С целью обобщения накопленного опыта и его более широкого применения предлагаю использовать следующее определение: «Система поддержки принятия врачебных решений – это программное обеспечение, позволяющее путем сбора и анализа информации влиять на принятие врачом решения при обследовании пациента, диагностике, назначении лечения с целью снижения ошибок и повышения качества оказываемой медицинской помощи». Далее рассмотрим различные примеры реализации функций СППВР в медицинской информационной системе медицинской организации.

**Ведение электронной медицинской карты.** Упрощение и ускорение формирования медицинских документов – это минимальный уровень развития МИС МО, позволяющий говорить о хоть какой-то помощи врачу со стороны информационной системы. Строго говоря, ведение ЭМК не является системой поддержки принятия врачебных решений, но без ЭМК говорить о какой-то информатизации врачебной работы вообще не представляется возможным. Таким образом, упрощение и ускорение работы врача и медсестры по ведению медицинской документации – это стартовый этап внедрения МИС, выполнив который можно будет говорить о перспективах дальнейшего внедрения элементов СППВР. К минимально необходимым функциям ведения

ЭМК мы относим автоматизированное формирование медицинского документа на основании установленного клинического диагноза и форматно-логический контроль при сохранении медицинских документов на предмет полноты и корректности их заполнения. Фактически, все эти функции на самом деле не помогают врачу принимать какое-то решение, они скорее страхуют его от «рутинной» ошибки в оформлении медицинского документа. Вместе с этим нужно заметить, что подробно и информативно оформленная медицинская запись – важный вклад МИС МО в преемственность оказания медицинской помощи и, как следствие, в ее качество.

**Формирование «интегрального анамнеза».** Формирование и вывод по запросу врача так называемой «сигнальной информации» – это общепринятый подход, который позволяет по команде пользователя получить основную клинически значимую информацию о пациенте, обеспечивая преемственность оказания медицинской помощи. Важно, чтобы это было обеспечено не только внутри медицинской организации, но и между различными МО региона или всей страны в целом. Для этого МИС должна быть интегрирована и обмениваться соответствующими данными с базовым федеральным сервисом «Интегрированной электронной медицинской карты» (ИЭМК). Для обеспечения такой возможности в составе ИЭМК разработан Интегральный анамнез (ИА), включающий в себя наиболее важные витальные («сигнальные») характеристики пациента, диагнозы с датами их выставления, группу крови, аллергии и т.д.

**Автоматизация врачебных назначений.** Автоматизация врачебных назначений – это, пожалуй, наиболее распространенная на данный момент форма поддержки принятия врачебных решений в МИС МО. Чаще всего данная функциональность представлена в виде так называемых «электронных листов назначений» (ЭЛН). Основная задача, которую решают с помощью внедрения ЭЛН – это реализация разнообразных функций, помогающих предотвратить ошибочные действия или бездействия в отношении жизни и здоровья пациентов.

Эта ценная информация может быть использована затем для оценки эффективности внедрения элементов СППВР и сравнительного анализа правильности врачебных назначений внутри МО, а также между МО субъекта РФ. Еще одной важной особенностью является то, что выполнение врачебных назначений через СППВР должно поддерживаться в МИС не только в условиях стационара (при ведении листов назначений), но и на амбулаторно-поликлиническом этапе – при назначении лекарственной терапии и выписке рецептов. МИС должна вести единую общую базу врачебных назначений и анализировать совместимость лекарственных

препаратов, а также выполнять другие проверки, не только учитывая текущий случай лечения (например, госпитализацию в стационар), но и всю имеющуюся электронную медицинскую карту пациента. Например, создавая врачебные назначения в электронной истории болезни, врач должен получить от МИС подсказки с учетом назначенных и принимаемых пациентом препаратов амбулаторного этапа, анамнеза пациента, выявленных в поликлинике противопоказаний и т.д. Реализация таких проверок позволит врачу сократить риски неправильных назначений фармакотерапии.

*А.И. Ивах, А.В. Аникин, Д.С. Семенов*

## НОРМАТИВНО-ПРАВОВАЯ БАЗА ОБРАБОТКИ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

ГУЗ «Ульяновский областной медицинский информационно-аналитический центр»

В 1948 г. ООН приняла Всеобщую декларацию прав человека, в которой указано, что «никто не может подвергаться произвольному вмешательству в его личную и семейную жизнь произвольным посягательством на его честь и репутацию». Данная Декларация получила дальнейшее развитие в Конвенции «О защите физических лиц при автоматизированной обработке персональных данных» (1981 г.).

19 декабря 2005 года Конвенция была ратифицирована Российской Федерацией. Именно с этого момента можно говорить о начале развития законодательства о защите персональных данных (далее – ПДн), требования которого являются необходимыми для исполнения и медицинскими организациями.

Важность исполнения требований законодательства диктуется медицинским организациям возможными негативными последствиями при нарушении правил обработки ПДн, которые могут выражаться в санкциях, применяемых к медицинской организации со стороны регуляторов, штрафах, возмещении морального вреда субъектам персональных данных и значительных операционных издержках при устранении недостатков, выявленных регуляторами.

Регулятором в области обработки ПДн является Федеральная служба по надзору в сфере связи информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор).



Основным законодательным актом, регулирующим отношения, связанные с обработкой ПДн, является Федеральный закон от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

Закон 152-ФЗ определяет понятия, принципы и условия обработки ПДн, которые отражены в ст. 3, 5, 6 Закона 152-ФЗ.

Главной задачей медицинской организации при обработке ПДн является соблюдение конфиденциальности субъектов персональных данных. Это означает, что медицинская организация, получившая доступ к ПДн, обязана не раскрывать третьим лицам и не распространять персональные данные без согласия субъекта персональных данных, если иное не предусмотрено федеральным законом (ст. 7 Закона 152-ФЗ).

Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» регулирует отношения в сфере охраны здоровья граждан в Российской Федерации и определяет в области обработки и защиты ПДн соблюдение врачебной тайны, информационное обеспечение в сфере здравоохранения, размещение ПДн в открытом доступе на сайтах медицинских организаций.

Самым главным фактором сохранения конфиденциальности в медицинской организации при обработке ПДн является соблюдение врачебной тайны (ст. 13 Закона 323-ФЗ).

В понятие «врачебная тайна» входят сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении. Разглашение этих сведений, составляющих врачебную тайну, не допускается, в том числе и после смерти человека лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении трудовых, должностных, служебных и иных обязанностей.

Однако закон предусматривает случаи, когда допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам: в целях медицинского обследования и лечения пациента, проведения научных исследований, их опубликования в научных изданиях, использования в учебном процессе и в иных целях (ч. 4 ст. 13 Закона 323-ФЗ).

Все медицинские организации в соответствии с требованиями данного законодательного акта обязаны информировать в доступной форме (п. 7, ч. 1, ст. 79 Закона 323-ФЗ) в т.ч. с использованием сети Интернет, об осуществлении медицинской деятельности и о медицинских работниках (об уровне их образования и об их классификации). Обычно данная информация размещается на официальном сайте организации и находится в свободном доступе.

Кроме этого, в данном законе рассматриваются вопросы информационного обеспечения в сфере здравоохранения, которое осуществляется посредством создания, развития и эксплуатации информационных систем, содержащих персональные данные (далее – ИСПДн). В ИСПДн осуществляются сбор, хранение, обработка и предоставление информации об органах, организациях государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения и об осуществлении медицинской и иной деятельности в сфере охраны здоровья. Обработка персональных данных в информационных системах в сфере здравоохранения осуществляется с соблюдением требований, установленных законодательством Российской Федерации в области персональных данных, и соблюдением врачебной тайны (ст. 91-94 Закона 323-ФЗ).

Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» определяет требования для организации персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах и сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, порядок выдачи страхового полиса обязательного медицинского страхования и правила информационного взаимодействия медицинской организации с территориальным фондом и страховой медицинской организацией при ведении персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования.

Постановление Правительства Российской Федерации от 15.07.2008 № 687 «Об утверждении Положения об особенностях обработки персональных данных, осуществляемой без использования средств автоматизации». Данное постановление определяет требования к обработке ПДн без использования ИСПДн отмечает главным условием такой обработки, что лица осуществляющие обработку персональных данных без использования средств автоматизации (в том числе сотрудники организации-оператора или лица, осуществляющие такую обработку по договору с оператором), должны быть проинформированы о факте обработки ими персональных данных, обработка которых осуществляется оператором без использования средств автоматизации, категориях обрабатываемых персональных данных, а также об особенностях и правилах осуществления такой обработки, установленных нормативными правовыми актами федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, а также локальными правовыми актами организации (при их наличии). Постановление описывает требования к типовым документам, разработанным в медицинской организации, правилам хранения и уничтожения, а также к мерам по обеспечению безопасности ПДн при их обработке, осуществляемой без использования средств автоматизации.

Постановление Правительства Российской Федерации от 01.11.2012 № 1119 «Об утверждении требований к защите персональных данных при их обработке в информационных системах персональных данных». В этом постановлении утверждаются требования к защите персональных данных при их обработке ИСПДн. Система защиты персональных данных включает в себя организационные и (или) технические меры, определенные с учетом актуальных угроз безопасности персональных данных и информационных технологий, используемых в информационных системах. Безопасность персональных данных при их обработке в информационной системе обеспечивает оператор этой системы, который обрабатывает персональные данные (далее – оператор), или лицо, осуществляющее обработку персональных данных по поручению оператора на основании заключаемого с этим лицом договора (далее – уполномоченное лицо). Договор между оператором и уполномоченным лицом должен предусматривать обязанность уполномоченного лица обеспечить безопасность персональных данных при их обработке в информационной системе. Выбор средств защиты информации для системы защиты персональных данных осуществляется оператором в соответствии с нормативными правовыми актами.

*С.А. Беспалова, Н.А. Фомина*

## ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ В ГУЗ «ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА № 4

ГУЗ «Городская поликлиника № 4»

**Актуальность.** Сегодня сахарным диабетом (СД) страдает по разным данным 230–347 млн. человек на планете, это примерно 6% взрослого населения земного шара. Согласно данным Государственного регистра больных СД на 01.01.2021 г. в России зарегистрировано 4 799 552 (3,23% населения РФ). Исследования показывают, что фактическая распространенность СД больше регистрируемой в 3,1 раза. Ежегодный прирост числа больных с СД сохраняется на уровне 4–5%.

Целью исследования явилось изучение диагностических возможностей определения гликированного гемоглобина (HbA1c).

**Материалы и методы.** В 2011 г. ВОЗ одобрила возможность использования HbA1c для диагностики СД. В качестве диагностического критерия СД выбран уровень HbA1c > 6,5%. Исследование должно быть выполнено с использованием метода определения HbA1c, сертифицированного в соответствии с National Glycohemoglobin Standardization Program (NGSP) или International Federation of Clinical Chemists (IFCC), и стандартизованного в соответствии с референсными значениями, принятыми в Diabetes Control and Complications Trial (DCCT). Использование стандартизированных методов исследования дает лаборатории возможность получать максимально достоверные результаты исследования.

В ГУЗ «Городская поликлиника № 4» применяется иммунотурбидиметрический метод исследования HbA1c в цельной крови. Тест стандартизован согласно референсному методу, рекомендованному IFCC. Исследования проводятся на автоматическом биохимическом анализаторе ERBA-640.

**Результаты** исследования и обсуждения. HbA1c — это соединение гемоглобина с глюкозой, которое образуется в результате неферментативной химической реакции гемоглобина А, содержащегося в эритроцитах, с глюкозой крови. HbA1c отражает гликемию, имевшую место на протяжении периода жизни эритроцитов.

Преимущества маркера: более надежный показатель уровня гликемии, позволяет эффективно оценивать риск развития осложнений, стабильный анализ, низкий уровень зависимости от состояния пациента, нет необходимости частых измерений и проведения измерений натощак,

тест стандартизирован, рекомендован для постановки диагноза и выбора терапии.

В ГУЗ «Городская поликлиника № 4» на диспансерном учете состоит 5 949 человек с диагнозом СД. В течение года в данной группе проводились исследования HbA1c и определение глюкозы крови. Всего за 2021 год выполнено 52 541 исследование глюкозы в сыворотке крови, из них повышенный результат у 25 327 пациентов (48%). Необходимо отметить, что полученный результат отражает концентрацию глюкозы только на момент взятия крови, а показатели гликемии имеют значительные колебания в течение суток. Выполнено 2 887 исследований по определению HbA1c, повышенный результат у 844 пациентов (29%). Охват обследования пациентов с СД составляет всего 12%, а частота оценки HbA1c должна соответствовать стандартам обследования первичной медико-санитарной медицинской помощи (1 раз в квартал).

Обследовано 2 887 лиц группы риска развития СД и с установленным диагнозом СД.

Соответствие уровня HbA1c уровню глюкозы крови в процентном соотношении от обследованных

<b>HbA1c/% обследованных</b>	<b>Глюкоза крови</b>	<b>HbA1c/% обследованных</b>	<b>Глюкоза крови</b>
<b>4,3/22%</b>	<b>5,2</b>	<b>8,5/2%</b>	<b>11,6</b>
<b>5,5/8%</b>	<b>5,9</b>	<b>9,0/4%</b>	<b>12,0</b>
<b>6,0/19%</b>	<b>6,3</b>	<b>10,0/3%</b>	<b>13,5</b>
<b>6,5/24%</b>	<b>7,4</b>	<b>11,0/2%</b>	<b>15,0</b>
<b>7,5/15%</b>	<b>10,7</b>	<b>12,0/6%</b>	<b>17,0</b>

У здоровых людей уровень HbA1c колеблется от 4,0 до 6,0%. HbA1c до 6,0% имели 1 414 человек (49%), от 6,1 до 12% – 1 473 человека (51%).

Доказательство гипергликемии необходимо для постановки диагноза СД, поэтому тест на HbA1c с успехом введен во многие современные алгоритмы первичной диагностики заболевания.

За 2021 год на основании определения HbA1c впервые был установлен диагноз СД у 447 обследованных (15%). У группы лиц, находящихся на диспансерном учете с диагнозом СД в нашем учреждении, выявлены осложнения: ретинопатия – 826 человек (13,9%), нефропатия – 948 человек (15,9%), нейропатия – 979 человек (16,5%), макроангиопатия ног – 344 человека (5,8%), ИБС – 2 022 человека (34%), ОНМК – 542 человека (9%), инфаркт миокарда – 298 человек (5%). Умерло 347 человек (5,8%), получили инвалидность 1 383 человека (23,3%).

**Выводы.** Таким образом, HbA1c – это не только диагностический показатель СД, но и весьма достоверный предиктор целого спектра осложнений как микрососудистых, так и макрососудистых, единственный маркер степени компенсации углеводного обмена. Чем лучше скомпенсирован диабет, о чем уверенно может свидетельствовать HbA1c, тем меньше риск развития таких осложнений диабета, как ретинопатия, нефропатия, поражение периферических нервов и сосудов. Компенсация нарушений углеводного обмена является единственным способом профилактики ранней инвалидизации и смертности людей, страдающих СД.

*В.В. Вяльдина, Т.М. Образцова, А.В. Рябыкина*

## **ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ В ПОДГОТОВКЕ К ЭКО**

**ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»**

Бесплодный брак является одной из важных медицинских, социальных и общегосударственных проблем. По данным ВОЗ частота бесплодия в браке составляет 10–15% и не имеет тенденции к снижению.

В настоящее время вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ) – экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО) и перенос эмбриона (ПЭ) являются важнейшими методами преодоления бесплодия.

Подготовка к ЭКО – один из важнейших этапов, от которого зависит успех процедуры. Когда пара обращается в клинику по поводу бесплодия, первым этапом проводят тщательную диагностику, во время которой выясняют не только причину отсутствия беременности, но и состояние здоровья будущих родителей. Затем, если они обнаруживаются, корректируют их, нормализуют гормональный фон, проводят антибактериальную, противовирусную или противогрибковую терапию, saniруют источники хронической инфекции, восполняют дефицит витаминов и микроэлементов. Если есть отклонения в анализах мужчин, нужно и эти показатели привести в норму. После этого проводят повторное обследование и начинают подготовку непосредственно к процедуре ЭКО.

Ведение пациентов, планирующих ВРТ, осуществляется в соответствии с приказами МЗ РФ от 30.08.2012 № 107н, МЗ Ульяновской области от 22.03.2019 № 48п «Об организации оказания медицинских услуг по лечению бесплодия с использованием вспомогательных репродуктивных технологий на территории Ульяновской области».

**Цель исследования:** анализ частоты выявления отклонений лабораторных показателей на этапе подготовки к ЭКО.

**Задачи исследования:** выявить лабораторные факторы, отрицательно влияющие на частоту наступления беременности при ЭКО.

**Материалы и методы:** работа выполнялась в лабораториях ГУЗ УОКБ на современном оборудовании – ИХЛ-анализатор UniCel DxI800, ИФА-анализатор Alisei, амплификатор Rotor-Gene Q, микроскоп Olympus-130, гелевые карты Dia Med. Реактивы фирм: Beckman Coulter, Диагностические системы, ИнтерЛабСервис.

Для выяснения отклонений в лабораторных показателях проведена оценка пар по некоторым параметрам: для женщин – гормональный, инфекционный, цитологический статус; для мужчин – спермограмма, антиспермальные антитела, инфекционный статус.

В исследование включен материал показателей за период 01.06.2019–30.12.2021 гг. Выполнено всего исследований – 32 274, в т.ч.: биохимических, серологических (гормоны, инфекции) – 17411; молекулярно-биологических (инфекции) – 10858; общеклинических (гинекологические мазки, микроскопия мазков из уретры, спермограмма) – 4005.

#### Частота отклонений в результатах анализов

м/ж	Наименование тестов	Отклонения, %	Ключевая роль в подготовке к ЭКО
женщины	Некоторые гормоны, в т.ч. АМГ, ЛГ, ФСГ, эстрадиол	8,6	Поддержка беременности осуществляется гормональными препаратами, обеспечиваются необходимые условия для благоприятной имплантации эмбриона, назначается протокол стимуляции яичников, свидетельствуют о состоянии овариального резерва.
	Соматотропный гормон	9,3	Повышает чувствительность яичников в ответ на влияние гонадотропинов и приводит к увеличению числа морфологически качественных эмбрионов.
	Прولاктин	9,3	Гиперпролактинемия уменьшает уровни ЛГ и ФСГ.
	ТТГ, Т4св, Т3св	9,5	Отклонения от нормы могут провоцировать у женщины проблемы с зачатием или сигнализируют о том, что беременность будет протекать с осложнениями.
	Антитела к краснухе	92,5	Отражают степень вакцинации, в случае заболевания вирус может приводить к тяжелым порокам развития.
	Микроскопическое исследование гинекологического мазка	40,0	Клеточный состав и микрофлора влагалища, которые могут поддерживать воспалительный процесс эндометрия.
	Цитологический профиль	67,0	Отражает элементы воспаления и пролиферацию эпителия.

мужчины	Спермограмма	38,4	Отражает концентрацию и морфологические особенности сперматозоидов, исключает астенозооспермию, азооспермию, некрозооспермию.
	Антиспермальные антитела	1,9	Подавляют движение сперматозоидов, могут стать причиной неудачи в ЭКО.
	Микроскопическое исследование мазка из уретры	16,0	Инфекционный агент может поддерживать воспалительный процесс и отрицательно сказаться на этапе подготовки.
	Исследование ДНК: Chlamidia trachomatis	0,51	
	Herpes simplex virus	0,26	
	Mycoplasma genitalium	0,45	
	CMV	2,37	
	Ureaplasma parvum	19,3	
	Ureaplasma urealiticum	1,35	
	Neisseria gonorrhoeae	0	
пары	Серологические маркеры инфекций: HBsAg Анти HCV Анти Люис GM	0,71 4,83 2,1	Являются обязательными перед любым медицинским вмешательством, при беременности существует опасность передачи инфекции плоду.
	Группа крови и резус-фактор		Базовое исследование перед вступлением в протокол ЭКО.

**Выводы:** 1. При подготовке к ЭКО необходимо учитывать факторы, ухудшающие его эффективность, в частности, результаты анализов; в случае необходимости своевременно стабилизировать концентрацию гормонов и других показателей. 2. Элиминация патогенной флоры устраняет причины воспаления, способствует восстановлению морфологической структуры эндометрия. 3. Высокий процент (38,4) некачественного эякулята может непосредственно влиять на результат оплодотворения.

**Заключение.** Воздействуя на различные составляющие, можно ожидать положительный эффект программы подготовки к ЭКО. Результаты полученных исследований позволяют предвидеть модификации алгоритмов и протоколов ведения пациентов.

*М.В. Лаврик, И.Ю. Матвеева*

## ИЗМЕНЕНИЕ УРОВНЯ ЛАКТАТА И ГЛЮКОЗЫ ПРИ ГИПОКСИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

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

Внутриутробная гипоксия плода – одна из ведущих причин перинатальной и неонатальной смертности и заболеваемости. Выраженный дефицит кислорода в 23% случаев является причиной мертворождения и смерти детей в раннем неонатальном периоде. Частота гипоксии плода и асфиксии новорожденного составляет 4–6%, а по некоторым данным – 10,5% от общего числа родов. Гипоксия способствует нарушению развития или повреждению центральной нервной системы (ЦНС): в 60–80%, увеличивает частоту неонатальной заболеваемости, нарушает адаптацию новорожденных в раннем неонатальном периоде.

Один из наиболее достоверных маркеров тяжести состояния является содержание лактата в крови. Концентрация лактата – важный показатель в отношении прогнозирования тяжести состояния ребенка. Для оценки уровня гипоксии плода в перинатальном центре «Мама» ГУЗ УОДКБ им. Ю.Ф. Горячева применяется определение показателей кислотно-основного состояния (КОС) крови новорожденного и концентрации глюкозы и лактата.

**Цель** настоящего исследования – оценить уровень лактата и глюкозы в крови новорожденных, перенесших гипоксическое состояние.

**Материал и методы.** Исследование проводили на базе отделения реанимации IV ПЦ «Мама» в 2021 г. В отделении АРО IV госпитализировались новорожденные с клиническими признаками гипоксического состояния. Для оценки КОС, концентрации глюкозы и лактата у новорожденных детей производился забор капиллярной крови. Исследование осуществлялось через час после родов и далее ежедневно на протяжении всего времени пребывания в отделении реанимации на анализаторе AVL 800 (Radiometer, Дания).

Обследовано 499 новорожденных, из них 434 ребенка с синдромом дыхательных расстройств. Всего выполнено 2 238 исследований.

**Результаты исследования.** Все показатели кислородной обеспеченности (парциальное давление кислорода, сатурация кислорода, концентрация общего кислорода) в крови новорожденных имели тенденцию к снижению.

У 87% новорожденных, родившихся в состоянии гипоксии, среднее значение рН крови было низким – в пределах 6,86–7,14. У 13% новорожденных рН крови был более 7,2 при норме 7,35–7,45.

Одним из маркеров тканевой гипоксии является содержание лактата в крови. Лактат (молочная кислота) – конечный продукт анаэробного метаболизма глюкозы, большая часть его метаболизируется печенью в процессе глюконеогенеза. В норме практически все клетки способны вырабатывать лактат, формируя его нормальный (0,27–2,2 ммоль/л) уровень в крови. Гипоксия вызывает усиление анаэробного гликолиза и образование избытка лактата.

При стойком повышении концентрации лактата 5 ммоль/л в сочетании со снижением рН крови и гипогликемией развивается лактацидоз, и лактат легко проникает во внеклеточное пространство и кровоток. При лактатемии более 9 ммоль/л реализуется его нейротоксическое действие.

По результатам нашего исследования критическим значением для лактата в установлении гипоксии плода является уровень более 3 ммоль/л (205 детей).

У 68 новорожденных высокий показатель лактата в течение первого часа жизни составлял более 8 ммоль/л (8,1–18,0). Этот показатель является важным диагностическим фактором тяжести асфиксии и прогностическим фактором энцефалопатии. На фоне своевременного лечения в динамике происходило снижение концентрации лактата до нормы, поэтому исходный высокий уровень лактата у данных детей не являлся прогностически неблагоприятным. Средняя длительность пребывания этих детей в отделении АРО IV составила 8–15 дней.

Основным энергетическим субстратом у плода и новорожденного является глюкоза. Критерием гипогликемии у новорожденных считается уровень глюкозы в сыворотке крови менее 2,6 ммоль/л в любые сутки жизни, гипергликемии – концентрация более 8,9 ммоль/л в любое время.

Снижение концентрации глюкозы до 1,0–2,5 ммоль/л была обнаружена у 107 детей (46%), гипергликемия – повышение до 9,1–15,1 ммоль/л – у 28 детей (12%).

При исследовании выявлено, что при гипоксии одновременно происходит уменьшение концентрации глюкозы и увеличение лактата в 25% случаев у 108 детей.

**Выводы.** У детей, перенесших внутриутробную гипоксию, происходит ряд нарушений метаболических процессов: изменение кислотно-основного состояния крови и уровень насыщения крови кислородом, лактатемия и гипогликемия.

Концентрация лактата в плазме крови более 3 ммоль/л и глюкозы менее 2,6 ммоль/л позволяет говорить о наличии гипоксии.

Уровень лактата более 8 ммоль/л является фактором развития энцефалопатии, по нему можно судить о тяжести состояния новорожденных детей. Снижение концентрации лактата до нормы на фоне своевременного лечения является благоприятным признаком.

Молочная кислота приводит к ацидозу (при снижении pH крови), что позволяет клиницистам провести коррекцию КОС.

*Л.И. Полотнянко, Д.Г. Сенова, А.А. Карасёва*

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПСА И ЕГО ФРАКЦИЙ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

ФГБПОУ «Ульяновский фармацевтический колледж»

РПЖ, несмотря на достижения современной медицины, остаётся одной из наиболее сложных медико-социальных проблем. Ежегодно в мире регистрируется более 1,3 млн новых случаев рака предстательной железы (РПЖ), в том числе в России – более 40 тысяч. Смертность от РПЖ уступает у мужчин лишь злокачественным новообразованиям бронхов, легких. В качестве теста для диагностики РПЖ согласно Стандартам первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях ПЖ, используется определение уровня простатспецифического антигена (ПСА) и его фракций в сыворотке крови с расчётом индекса свПСА/общПСА (в %). При РПЖ значение его ниже 15%, при доброкачественных процессах – выше 20%. Ряд исследователей указывают на диагностическое значение изоформ свПСА: -2проПСА (концентрируется в ткани периферической зоны ПЖ, где наиболее часто диагностируются агрессивные формы РПЖ); изоформа ДПСА (обнаруживается в переходной ткани ПЖ, ассоциированной с доброкачественными процессами). Кроме этого, изоформа -2проПСА не может быть преобразована в ПСА, что является одним из факторов её клинического использования. Наибольшую прогностическую значимость при РПЖ имеет комплекс 3 показателей: -2проПСА, свПСА и общПСА. Поэтому рекомендован расчёт индекса здоровья простаты (Prostate Health Index, PHI) по формуле  $= (p2PSam/MN/свPSA \text{ мг/мл}) \times \sqrt{\text{общПСА}}$ . При значении выше 40% существует большая вероятность РПЖ у обследуемого.

**Цели исследования** – анализ лабораторной диагностики РПЖ в Ульяновском областном клиническом онкологическом диспансере.

**Материалы и методы.** Проанализированы результаты определения общПСА и свПСА на иммунохемилюминесцентном анализаторе UniCel DxС 800 Pro Beckman Coulter, с использованием наборов фирмы Bio-Rad.

**Результаты и их обсуждения.** Определение общ. ПСА и св. ПСА и расчёт индекса свПСА/общПСА (в%) проведено 193 пациентам в возрасте от 25 лет до 91 года. Лиц старше 50 лет было 86,14%, из них в возрасте 61–75 лет 57,52%. Уровень общПСА выше возрастных референтных значений – у 27,46% обследованных, превышение – до 27 раз. Доля лиц с повышенным уровнем общПСА возрастает пропорционально повышению возраста обследуемых, достигая пика в возрастной категории 61–65 лет (7,25%), после чего идёт на спад.

При анализе выборки из 44 пациентов (22,6% первичной выборки), у которых одновременно с определением общПСА проводилось определение свПСА, каждому пациенту проводился расчёт индекса свПСА/общПСА (в%). У 20 человек (45,45% этой выборки) был повышен уровень свПСА. 15% этой категории составили пациенты с направительным диагнозом «Злокачественное новообразование ПЖ». У 70% направительный диагноз «Гиперплазия ПЖ». Остальные 5% были отправлены на плановый осмотр. У 80% обследованных этой категории уровень свПСА не соответствует предварительному диагнозу.

Проведён расчёт индекса свПСА/общПСА. Индекс ниже 15% обнаружен у 8,81% обследованных, у которых общПСА был выше референтных возрастных значений. Среди лиц, у которых свПСА был выше нормы, у 17 пациентов (38,64% лиц этой категории), индекс был ниже нормы – от 6 до 11%. При сопоставлении уровня свПСА и индекса свПСА/общПСА установлено, что 4,66% (9 обследованных) имеют высокий уровень свПСА и сниженный индекс свПСА/общПСА, что соответствует РПЖ. Наибольшее число лиц этой категории в возрасте 56–70 лет. 22,22% лиц (с выявленным по результатам определения ПСА и его фракций РПЖ) направлены на обследование с диагнозом «злокачественное новообразование ПЖ». 77,78% обследованным диагнозом РПЖ был поставлен по результатам определения ПСА. Все случаи были подтверждены результатами биопсий.

**Выводы.** Диагноз РПЖ может быть достоверно установлен по результатам определения уровня общПСА, свПСА, индекса ПСАсв/ПСАоб.

Для уточнения диагноза необходим расчёт индекса здоровья простаты, для чего необходимо проводить определение изоформы ПСА -2проПСА.

Окончательный диагноз РПЖ выставляется по результатам биопсии ПЖ.

А.В. Рябыкина, Л.А. Ибрагимова

## ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ БЕРЕМЕННЫХ

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»

Анемия остаётся одним из основных экстрагенитальных заболеваний, осложняющих течение беременности и послеродового периода. Современные возможности в диагностике железодефицитных состояний (ЖДС) позволяют на более ранних этапах прогнозировать и минимизировать возможные осложнения беременности.

### Распространённость анемии беременных в мире

Развитые страны	Развивающиеся страны	Россия	Весь мир
14%	59%	23-42%	51%

Высокий риск анемии возникает при низком социально-экономическом положении семьи, донорстве, питании с ограниченным поступлением железа.

Из таблицы видно, что в РФ 23–42% беременных женщин имеют диагноз «железодефицитная анемия» (ЖДА) различной степени тяжести; при этом 20-25% женщин репродуктивного возраста имеют латентный дефицит железа, то есть состояние, предрасполагающее к развитию ЖДА, когда уменьшение содержания железа в организме уже имеется, однако гемоглобин и число эритроцитов находятся на уровне нормальных показателей.

Выделяют следующие железодефицитные состояния:

Предлатентный дефицит железа (ПДЖ) характеризуется отсутствием клинических и биохимических признаков дефицита данного микроэлемента. В физиологических условиях ПДЖ развивается к концу 3 триместра и характеризуется достоверным снижением (в пределах нормативных значений) всех показателей метаболизма железа.

При латентном дефиците железа (ЛДЖ) также отсутствуют клинические признаки дефицита железа (ДЖ), может наблюдаться снижение запасов железа в депо, однако уровень гемоглобина (Hb), гематокрита (Ht) и количества эритроцитов (Er), средний объем эритроцитов (MCV), среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH) находятся

в пределах нормативных значений. Отсутствие лечения беременных с ЛДЖ приводит к развитию МДЖ у 65% и увеличению частоты осложненного течения беременности.

При манифестном дефиците железа (МДЖ) определяются нарушения во всех фондах метаболизма железа (функциональном, транспортном, запасном и железо-регуляторном), имеются клинические признаки ДЖ и выше частота акушерских осложнений. Нарастание ДЖ ведёт к развитию ЖДА.

Критерии постановки ЖДА у беременных (классификация ВОЗ): Hb 109–100 г/л – ЖДА лёгкой степени; Hb 99–70 г/л – ЖДА средней степени; Hb менее 70 г/л – ЖДА тяжёлой степени.

**Цель работы.** Изучение ЖДС и анемии у беременных отделения АОПБ ГУЗ Ульяновская областная клиническая больница, определение ведущих маркёров таких состояний для ранней диагностики и своевременной коррекции.

**Методы исследования.** Группа исследования включает 100 беременных женщин. Оценивались параметры общего анализа крови (анализатор Unicel DxH800) и биохимического анализа сыворотки (анализатор Beckman Coulter AU680).

Результаты представлены в таблице.

### Лабораторные показатели железодефицитных состояний у беременных

Средний показатель	Состояние норма	Норма Hb > 126 г/л	ПДЖ Hb 121-126 г/л	ЛДЖ Hb 111-120 г/л	МДЖ Hb 90-110 г/л	Анемия средней степени Hb 99-70 г/л	Анемия тяжелой степени Hb < 70 г/л	
								Нб
Hb	110-150 г/л	130	123	115	102	90	68	
Er	3,5-5,5x10 <sup>12</sup> /л	4,42	4,22	3,91	3,66	3,77	3,71	
Ht	31-49%	39	36,9	34,9	31,6	29,4	23,0	
MCV	80-100 fl	88,5	87,7	89,2	86,0	76,7	61,4	
MCH	27-31%	29,5	29,3	29,4	27,9	24,1	18,3	
Fe сыв. (железо)	10,7-32,2 мкмоль/л	21,4	20,3	21,8	10,0	4,8	3,9	
Ферритин	10-120 мкг/л	21,3	30,0	23,4	10,5	10,2	4,6	
TS	15-55%	20,2	21,4	17,0	7,0	3,5	3,0	
Трансферрин	2,0-3,6 г/л	4,36	4,25	4,70	5,0	5,4	4,72	

Все 100 беременных женщин были разделены по степени выраженности ДЖ, содержанию Hb и другим показателям биохимического и общего анализа крови на 6 категорий. Из таблицы видно, что показатели красной крови сохранены в пределах нормы при ПДЖ и ЛДЖ. Даже при МДЖ (а по другой классификации – анемии лёгкой степени тяжести) содержание Hg, Hb, MCV и MCH на нижней границе нормы. Только при анемии средней и тяжёлой степени тяжести проявляются все признаки анемии: снижение Hb, Hg, Ht, MCV, MCH, микроцитоз и гипохромия эритроцитов в препарате крови. Изменения в биохимических показателях на ранних стадиях ЖДС прослеживаются только у трансферрина. Из 100 женщин снижение Fe наблюдалось у 28%, снижение ферритина у 25%, снижение коэффициента насыщения трансферрина железом (TS) у 60%, а повышение трансферрина у 87%. При МДЖ происходит снижение показателей Fe, ферритина, TS. Из 100 исследованных женщин у 11% не наблюдалось ЖДС, ПЖД – 18%, ЛДЖ – 40%, МДЖ – 25%, анемия средней степени тяжести – 5%, анемия тяжёлой степени – 1%.

**Выводы:** анемия выявлена у 28% беременных женщин, что соответствует литературным данным; концентрация железа подвержена суточным колебаниям, зависит от диеты и поэтому не является специфическим признаком анемии; для диагностики ЖДА необходимо использовать весь возможный диапазон лабораторных исследований; у беременных ДЖ, как явный, так и латентный, обычно имеет место до беременности. Чем раньше будет поставлен диагноз, тем эффективней будет лечение; самым ранним маркером железодефицитного состояния является трансферрин.

*Д.Г. Сенова, Л.И. Полотнянко*

## ВЫЯВЛЕНИЕ ЛЕЙКЕМОИДНЫХ РЕАКЦИЙ У ДЕТЕЙ

ФГБПОУ «Ульяновский фармацевтический колледж»

Выявление лейкомоидных реакций, дифференциация их с острыми лейкозами является одной из важнейших проблем гематологии в педиатрии.

**Цель** исследования – выявление лейкомоидных реакций у детей.

**Материалы и методы** исследования. Проанализированы результаты 50 пациентов ГУЗ «Ульяновская областная детская клиническая больница имени политического и общественного деятеля Ю.Ф. Горячева», отобранных методом случайной выборки. Дети в возрасте от 6 до 10 лет

составили 34% от числа обследованных. Исследования проводились на автоматическом гематологическом анализаторе PENTRA 60 (HORIBA ABX). СОЭ определялось методом Панченкова. Подсчёт лейкоцитарной формулы производился в мазках, окрашенных по Романовскому-Гимзе.

**Результаты и их обсуждение.** Признаки лейкомоидных реакций в гемограмме выявлены у 23 детей (46% от числа всех обследованных). Они были представлены: лейкоцитозом у 23 человек (46% от общего числа обследуемых), эритроцитозом у 9 человек (18%) и тромбоцитозом у 10 человек (20% от числа обследуемых).

Лейкоцитоз наблюдался у 46% обследуемых детей. Нейтрофильный лейкоцитоз выявлен у 5 обследуемых (10% от выборки), эозинофильный лейкоцитоз и моноцитарный лейкоцитоз обнаружен у 3 пациентов, что соответствует 6% обследуемых. Патологические изменения, характерные для лейкомоидных реакций лимфоцитарного типа (лейкоцитоз в сочетании с лимфоцитозом), выявлены у 12 обследуемых, что составляет 53% из числа обследуемых, в гемограмме которых обнаружен лейкоцитоз.

У 4% обследуемых обнаружено сочетание лейкоцитоза и эритроцитоза, что может являться признаком вторичного эритроцитоза. У 6% пациентов обнаружено сочетание лейкоцитоза и тромбоцитоза, что характерно для реактивного тромбоцитоза. У 10% обследуемых детей выявлено сочетание лейкоцитоза, эритроцитоза, тромбоцитоза. Требуется тщательная диагностика состояния здоровья данных пациентов, так как развитие солидных опухолей также нередко сопровождается лейкомоидными реакциями нейтрофильного типа в сочетании с тромбоцитозом, тромбоцитопенией, эритроцитозом.

Зарегистрированы дегенеративные изменения лейкоцитов, характерные для лейкомоидных реакций. Вакуолизация нейтрофилов выявлена в 5 случаях (21% от числа обследуемых детей с признаками лейкомоидных реакций), токсическая зернистость нейтрофилов у 7 человек (30% от числа обследуемых детей с признаками лейкомоидных реакций), токсическая зернистость эозинофилов выявлена у 2 человек (8% от числа обследуемых детей с признаками лейкомоидных реакций), вакуолизация лимфоцитов у 5 человек (21% от числа обследуемых детей с признаками лейкомоидных реакций).

Наиболее часто признаки лейкомоидных реакций регистрировались у детей 6-10 лет – 7 человек (30% от числа обследуемых детей данной возрастной группы), у детей 14–17 лет – 5 человек (26% от числа обследуемых данной возрастной группы) и у 5 человек возрастной группы от 5 месяцев до 1 года (26% от числа обследуемых данной возрастной группы).



Типы лейкомоидных реакций в показателях гемограммы были представлены следующим образом: лимфоцитарный тип выявлен у 12 человек (53% от числа обследуемых детей с признаками лейкомоидных реакций); нейтрофильный тип выявлен у 5 обследуемых (21% от числа обследуемых детей с признаками лейкомоидных реакций), эозинофильный тип выявлен у 3 человек (13% от числа обследуемых детей с признаками лейкомоидных реакций), моноцитарный тип выявлен у 3 обследуемых, что составило 13% от числа обследуемых детей с признаками лейкомоидных реакций.

**Выводы.** У 53% от числа обследуемых детей с признаками лейкомоидных реакций в гемограмме выявлены признаки лейкомоидной реакции лимфоцитарного типа, которая часто развивается при тяжело протекающих инфекционных заболеваниях вирусной этиологии. Таким образом, выявление лейкомоидных реакций у детей становится особенно актуальным в период распространения вирусных заболеваний, в том числе в период пандемии новой коронавирусной инфекции, вызванной COVID-19.

*Е.В. Чекмарева, Л.И. Полотнянко, Н.Б. Шайгородская*

## **АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ ВИД ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ В СПО – ДЕМОНСТРАЦИОННЫЙ ЭКЗАМЕН**

**ФГБПОУ «Ульяновский фармацевтический колледж»**

В соответствии с новым подходом к результату обучения в постоянно изменяющемся мире высококвалифицированный специалист любой специальности должен владеть не только необходимой суммой фундаментальных и специальных знаний, но и определёнными навыками решения практических профессиональных задач.

Это было узаконено в Федеральных государственных образовательных стандартах (ФГОС) среднего профессионального образования по программам подготовки специалистов среднего звена, в том числе и по специальности «Лабораторная диагностика».

Согласно ФГОС третьего поколения, результатом освоения профессиональных образовательных программ является формирование общих и профессиональных компетенций. В связи с этим акцент профессионального образования сдвигается с формирования у выпускника определенного набора знаний и умений на формирование компетенций.

В соответствии с ФГОС СПО оценивание обучающихся осуществляется в ходе текущего контроля знаний и умений и в виде промежуточной и государственной аттестации.

Особое значение имеет государственная итоговая аттестация, которая должна обеспечить проверку уровня сформированности компетентности выпускников.

Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 17.11.2017 г. № 1138 «О внесении изменений в Порядок проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам среднего профессионального образования» государственный экзамен в виде демонстрационного экзамена признан одной из форм государственной итоговой аттестации по образовательным программам СПО.

Демонстрационный экзамен – вид аттестационного испытания, который предусматривает моделирование реальных производственных условий для решения выпускниками практических задач профессиональной деятельности.

Целью проведения данных аттестационных процедур является оценка освоения обучающимися образовательной программы (или её части) и соответствия уровня освоения общих и профессиональных компетенций требованиям ФГОС СПО.

Демонстрационный экзамен рекомендуется проводить по стандартам WorldSkills с целью определения у студентов и выпускников уровня знаний, умений и навыков, позволяющих вести профессиональную деятельность в определенной сфере и выполнять работу по конкретной профессии или специальности в соответствии со стандартами WorldSkills.

Для проведения демонстрационного экзамена с элементами методики WorldSkills используются контрольно-измерительные материалы, разработанные экспертами на основе конкурсных заданий и критериев оценки предыдущего Финала Национального чемпионата «Молодые профессионалы» (WorldSkills Russia) по соответствующей компетенции.

Преимущества демонстрационного экзамена по стандартам WorldSkills: 1. Формат демонстрационного экзамена – это модель независимой оценки качества подготовки кадров, содействующая решению задач системы профессионального образования и рынка труда. 2. Демонстрационный экзамен – это процедура, позволяющая обучающемуся в условиях, приближенных к производственным, продемонстрировать освоенные профессиональные компетенции. 3. Выпускники после прохождения государственной итоговой аттестации в форме демонстрационного экзамена получают не только диплом об образовании, но также и паспорт компетенции (Skills Passport) – документ

о результатах демонстрационного экзамена, отражающий уровень компетенции выпускника в соответствии со стандартами WorldSkills. 4. Работодатели получают возможность доступа в Электронную систему интернет-мониторинга (eSim), которая формирует единую базу данных всех участников с целью определения рейтинга будущего работника.

*Е.Н. Айнулова, Р.К. Корженевич, М.В. Сагель,  
А.В. Кирпичев, А.И. Андрианов*

## **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ КТ-ДИАГНОСТИКА ЗАБРЮШИННЫХ НЕОРГАНЫХ ОПУХОЛЕЙ**

**ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»**

**Актуальность.** Забрюшинное пространство, являясь частью полости живота, расположено в глубине поясничной области между fascia endoabdominalis и брюшиной. По протяжению оно значительно превосходит поясничную область, так как удлиняется за счет клетчаточных пространств, находящихся за брюшиной в подреберьях и подвздошных ямках.

Fascia retroperitonealis делит забрюшинное пространство на два отдела: передний, в котором расположены почки, надпочечники и мочеточники с окружающей их клетчаткой, и задний, в клетчаточной массе которого находятся аорта, нижняя полая вена, нервные сплетения, лимфатические узлы и начальный отдел грудного лимфатического протока. Непокрытые брюшиной отделы поджелудочной железы, двенадцатиперстной, восходящей и нисходящей кишок также располагаются забрюшинно. С учетом строения задней брюшной стенки очевидно, что в процессе эмбриогенеза забрюшинное пространство оказалось областью, где представлены все виды тканей человека, любая из которых может стать источником новообразования.

Неорганные забрюшинные опухоли (НЗО) представляют собой развивающиеся из мягких тканей новообразования, не имеющие органной принадлежности, расположенные в забрюшинном пространстве и отличающиеся многообразием гистогенеза. Среди сарком мягких тканей на долю НЗО приходится 10-20%. Несмотря на редкую встречаемость (0,03–1,0% всех новообразований человека), большинство опухолей забрюшинного пространства (до 80 %) являются злокачественными.

Считается, что первое описание НЗО дано Benivieni в 1507 г., а в 1829 г. Lobstein предложил термин «забрюшинная саркома». В России впервые о НЗО сообщили Н.Н. Филиппов и М.М. Кузнецов в 1890 г. В последующее столетие появилось довольно много научных публикаций, касающихся проблемы НЗО. К сожалению, большинство из них основывается на малочисленных клинических наблюдениях или представляет собой описание отдельных клинических случаев. Этот факт объясняется, главным образом, редкостью данной патологии. Поэтому только ряд медицинских учреждений, оказывающих специализированную помощь

при НЗО, располагает убедительными многолетними статистиками – 200–400 больных. У нас в стране это РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, МНИОИ им. П.А. Герцена, НИИ онкологии им. проф. Н.Н. Петрова, Институт хирургии им. А.В. Вишневского.

Для неорганных опухолей забрюшинного пространства характерна высокая частота рецидивирования после хирургического лечения (13–82%), чему способствуют отсутствие истинной капсулы опухоли, склонность к инфильтративному росту, мультицентричность зачатков, частое выполнение нерадикальных операций. Метастатический потенциал НЗО относительно низок и зависит от гистотипа – до 32 % данных опухолей метастазирует (в основном в печень и легкие).

Чаще всего отдаленные метастазы наблюдаются при лейомиосаркоме, параангиоме, ангиосаркоме (20–28%), реже – при мезенхимоме (14%) и наиболее редко – при липосаркоме (5,5%). Повышенная склонность к лимфогенному метастазированию отмечена у рабдомиосарком, синовиальных сарком, светлоклеточных сарком. Поражение регионарных лимфатических узлов является плохим прогностическим фактором, 5-летняя выживаемость больных с саркомами мягких тканей с метастазами в регионарных лимфатических узлах составляет 6,6–24%.

НЗО являются чрезвычайно разнообразной по своему морфологическому строению группой новообразований. С целью систематизации этих опухолей, без чего невозможно понимание их истинной природы, врачебной тактики и прогноза заболевания, было предложено несколько морфологических классификаций.

Наиболее часто используется классификация, созданная L.V. Askerman в 1954 г., согласно которой выделяют:

#### ОПУХОЛИ МЕЗОДЕРМАЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

- А. Опухоли из жировой ткани
  - 1 Доброкачественные (липома)
  - 2 Злокачественные (липосаркома)
- Б. Опухоли из гладкомышечной ткани
  - 1 Доброкачественные (лейомиома)
  - 2 Злокачественные (лейомиосаркома)
- В. Опухоли из соединительной ткани
  - 1 Доброкачественные (фиброма)
  - 2 Злокачественные (фибросаркома)
- Г. Опухоли из поперечнополосатой мышечной ткани
  - 1 Доброкачественные (рабдомиома)
  - 2 Злокачественные (рабдомиосаркома)
- Д. Опухоли из тканей лимфатических сосудов
  - 1 Доброкачественные (лимфангиома)

- 2 Злокачественные (лимфангиосаркома)
- Е. Опухоли из кровеносных сосудов
  - 1 Гемангиома и ангиосаркома
  - 2 Гемангиоперицитомы (доброкачественная и злокачественная)
- Ж. Опухоли из первичной мезенхимы
  - 1 Доброкачественные (миксомы)
  - 2 Злокачественные (миксосаркомы)
  - 3 Опухоли (недифференцированные) неясного генеза.

#### ОПУХОЛИ НЕЙРОГЕННОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

- А. Опухоли из зачатков нервных влагалищ
  - 1 Нейрофиброма без капсулы
  - 2 Инкапсулированная нейролеммома
  - 3 Злокачественная шваннома
- Б. Опухоли из тканей симпатической нервной системы
  - 1 Ганглионеврома
  - 2 Симпатикобластома
  - 3 Нейробластома

#### ЭМБРИОНАЛЬНЫЕ ОСТАТКИ БЛАСТОМЫ ПОЧКИ ОПУХОЛИ ИЗ ЭМБРИОНАЛЬНЫХ ОСТАТКОВ

- А. Доброкачественные и злокачественные тератомы
- Б. Хордомы

#### ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ, ОБРАЗУЮЩИЕ МЕТАСТАЗЫ

**Цель работы** – выявление дифференциально-диагностических признаков неорганных забрюшинных опухолей на основе применения метода мультиспиральной компьютерной томографии.

**Задачи** исследования: уточнить семиотику, определить информативность и эффективность МСКТ в диагностике неорганных забрюшинных опухолей.

**Материалы и методы:** Исследования проведены в отделении РКТ ЦЛД ГУЗ УОКБ РСЦ за период с февраля 2020 года по февраль 2022 года. Исследования проводились на мультиспиральном компьютерном томографе Canon Aquilion Prime 80 с толщиной среза 0,5 мм. Пациентам первоначально выполнялось нативное сканирование органов брюшной полости и забрюшинного пространства с последующим внутривенным болюсным введением контрастного препарата (Sol. Omnipac – 100 ml) и оценкой артериальной, венозной и отсроченной фазы обследования.

Основную группу наблюдения составили 9 пациентов (6 женщин и 3 мужчин) в возрасте от 45 до 80 лет, средний возраст составил 63 года.

Из данной группы при обследовании в 2 случаях в клетчатке забрюшинного пространства было выявлено образование с нечеткими, неровными контурами, овально вытянутой формы, достаточно больших размеров до 100–110 мм в диаметре, неоднородной структуры за счет чередования участков с денситометрической плотностью от -60 до 20 ед.Н (сочетание жирового и солидного компонентов), после болюсного введения КВ с усилением солидных участков, что позволяет думать о липосаркоме забрюшинного пространства.

В 2 случаях из наблюдения, были диагностированы образования больших размеров до 130–150 мм в диаметре, с бугристыми, нечеткими контурами, неоднородной плотности от 30–45 ед.Н, интимно прилежащие к поясничной мышце, с отсутствием ее дифференциации на фоне данных образований, после болюсного контрастного усиления интенсивно и неравномерно накапливающие контрастное вещество до 70–80 ед.Н.

Данные характеристики образований соответствовали забрюшинным лейомиосаркомам (злокачественные новообразования, развивающиеся из гладкой мышечной ткани).

Кроме того, в одном случае лейомиосаркома располагалась в области мезогипогастрия, прорастая среднюю треть правого мочеточника, что вызвало гидронефротическую трансформацию правой почки; в другом случае смещала кпереди и вовлекала в процесс брюшную аорту.

Еще в одном случае в забрюшинном пространстве было выявлено образование диаметром до 20–25 мм, с четким и ровным контуром, однородное, не прорастающее прилежащие структуры с денситометрической плотностью 5–13 ед.Н, не накапливающее контрастное вещество, что довольно легко позволяло выставить диагноз забрюшинной неорганный кисты.

Среди данной группы обследованных, у одной пациентки, направленной с диагнозом тромбоз нижней полой вены, нами было диагностировано многоузловое образование, расположенное паравертебрально, по ходу нижней полой вены с ее прорастанием и бугристой деформацией, ввиду наличия в просвете солидной неоднородной структуры, скелетотопически на уровнях L1-L4, с прорастанием правой почечной вены. После болюсного введения контрастного препарата, с гетерогенным контрастным усилением. Кроме того, в просвете нижней полой вены (ниже места наличия опухолевого образования), просветах общих подвздошных артерий и левых почечных венах определялись дефекты наполнения вследствие наличия гиподенсивных тромботических масс.

Такое образование, более всего похоже на достаточно редкую форму лейомиосаркомы нижней полой вены, по данным литературы.

В структуре этой же группы пациентов нами было принято решение выделить еще 3 схожих по характеристикам наблюдения: паравертебрально, кпереди от тел позвонков, окружая аорту и нижнюю полую вену визуализировались конгломераты увеличенных лимфатических узлов с бугристыми, неровными контурами, солидной структуры, свидетельствующие о наличии злокачественной лимфомы. Хотя злокачественные лимфомы не включены в существующую классификацию забрюшинных неорганных опухолей, а рассматриваются как системные заболевания, однако первоначально, в ряде наблюдений они могут развиваться, преимущественно лишь в забрюшинном пространстве.

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.

Выводы: 1. Метод МСКТ является высокоинформативным и высокочувствительным в диагностике неорганных забрюшинных опухолей, позволяет с высокой степенью достоверности определять локализацию, структурные особенности, синтопию, степень местной распространённости НЗО. 2. Полнота диагностической информации зависит от протокола сканирования и требует наличия нескольких фаз контрастирования, а также мультипланарных реконструкций. 3. МСКТ является информативным методом в дооперационной оценке опухолевой инвазии сосудов и прилежащих органов. 4. Имеется связь КТ-картины с гистологическими типами НЗО. 5. Диагностика НЗО на ранних этапах затруднена, в связи с поздним обращением пациента, что вызвано длительным бессимптомным течением опухолевого процесса. 6. НЗО довольно редко встречающиеся, но на 80% злокачественные формы образований. 7. Наиболее часто встречающиеся из НЗО (липосаркомы, лейомиосаркомы) имеют отличительные признаки (структура, денситометрические показатели), по которым на основании МСКТ картины можно предполагать определённые нозологические формы НЗО.

*А.И. Андрианов, Р.К. Корженевич, Е.Н. Айнулова,  
А.В. Кирпичев*

## **ВОЗМОЖНОСТИ МСКТ В ДИАГНОСТИКЕ НЕТРАВМАТИЧЕСКОГО РАЗРЫВА АОРТЫ**

**ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»  
Центр лучевой диагностики**

Атеросклероз и артериальная гипертензия являются одними из основных факторов риска, приводящих к формированию аневризмы аорты и её осложнений – пенетрирующей атеросклеротической язве, интрамуральной гематоме, расслоению и разрыву аорты.

МСКТ-ангиография играет центральную роль в диагностике, стратификации риска и ведении пациентов с заболеваниями аорты и её ветвей.

КТ отличается точностью и высокой информативностью, позволяя получить информацию не только о состоянии аорты, но и других органов и тканей. Наиболее часто встречаемой патологией является аневризма аорты, представляющая собой расширение аорты на отдельном участке. Нормальный диаметр аорты варьируется в зависимости от возраста, пола и телосложения. В диагностике под критерий аневризмы попадает расширение восходящего отдела аорты от 50 мм и более в аксиальных срезах, в нисходящем отделе грудной аорты от 40 мм, в брюшном отделе более чем в 1,5 раза от неизменённого проксимального отдела или более 30 мм. По форме аневризмы подразделяются на веретеновидные и мешотчатые.

Различают истинные и ложные аневризмы. Истинные аневризмы развиваются в связи с ослаблением стенки аорты различными патологическими процессами (атеросклерозом, гипертонией, изменениями воспалительного характера, врождённой патологией, перенесённой травмой) с сохранением целостности всех трёх слоёв стенки (адвентиции, меди, интимы). Ложные аневризмы, также известные как псевдоаневризмы, образуются при частичном или полном разрыве стенок аорты с образованием полости заполненной кровью, ограниченной либо внешним адвентициальным слоем стенки, либо окружающими переваскулярными тканями, с образованием сообщения проксимальной и дистальных отделов аорты с данной полостью (кровь из проксимальной части аорты попадает в данную ограниченную полость и затем из неё уходит в дистальную часть).

Образование интрамуральной гематомы является одним из вариантов аортального синдрома, при котором кровь скапливается в средней оболочке аорты, без образования ложного канала или разрыва наружной стенки.

Наиболее опасными осложнениями истинных аневризм является расслоение и разрыв аорты. Разрыв аорты это жизнеугрожающее состояние, требующее быстрой диагностики и экстренного оперативного лечения.

Метод КТ-ангиографии позволяет дифференцировать локализацию расслоения в проксимальном отделе аорты (тип А по Стэнфордской классификации) или в дистальной её части (тип В), отличающиеся между собой по тактике лечения и дальнейшему прогнозу.

**Цель исследования** – оценить возможности МСКТ с болюсным контрастным усилением в диагностике нетравматического разрыва грудной и брюшной аорты.

**Материалы и методы.** Проведён анализ результатов исследований КТ органов грудной клетки и брюшной полости пациентов, направленных с целью экстренной диагностики острого аортального синдрома, с наличием в анамнезе признаков аневризмы или расслоения аорты по данным УЗИ. Исследования проводились на базе отделения РКТ ЦЛД РСЦ Ульяновской областной клинической больницы при помощи мультиспирального компьютерного томографа Cannon Aquilion Prime. Оценивались результаты обследования 15 пациентов за 2021 год: 12 мужчин, 3 женщин), в возрасте от 37 до 84 лет, средний возраст пациентов составил 66 лет.

Пациентам проводилось нативное исследование органов грудной клетки или органов брюшной полости, с возможным расширением границ исследования до всей протяжённости аорты и подвздошных артерий в зависимости от полученных предварительных данных или наличия ранее проведённого ультразвукового исследования. Нативное исследование позволяет определить участки патологического расширения аорты и наличие косвенных признаков расслоения (наличие в просвете аорты очагов обызвествления, соответствующих атеросклеротически изменённым участкам отслоившейся стенки), интрамуральных гематом (серповидные или опоясывающие участки повышенной плотности по контуру аорты), подозрение на наличие парааортальной гематомы. Затем для диагностики патологии аорты проводилось исследование с болюсным в/в введением КВ с артериальной и отсроченной фазой для грудного отдела, для брюшного отдела аорты – с артериальной, венозной и отсроченной фазой исследования.

**Результаты исследования.** У 8 пациентов (53%) были выявлены признаки разрыва брюшного отдела аорты (в 7 случаях интрависцеральной, в одном случае интраперитонеальной), развившиеся на фоне наличия предшествующей патологии в виде аневризмы или расслоения. Отмечалось нечеткость и неровность контуров аорты, наличия признаков экстравазации КВ в артериальную и отсроченную фазы исследования, формирование забрюшинных гематом. Наиболее выраженные изменения отмечались у пациентки 55 лет с наличием гигантской мешотчатой аневризмы с признаками расслоения, размерами до 114×90 мм на аксиальных срезах и протяженностью 142 мм, с образованием забрюшинных гематом общим объемом до 1500 мл.

В одном случае у пациента 66 лет в интрависцеральном отделе аорты была выявлена аневризма диаметром 90 мм и протяженностью 179 мм, с наличием признаков формирования аорто-энтеральной фистулы, проявляющихся наличием пузырьков газа в структуре пристеночных тромботических масс в просвете аорты, интимно прилежащей горизонтальной части двенадцатиперстной кишки на этом уровне.

У 6 (40%) пациентов были выявлены признаки разрыва грудного отдела аорты с формированием частично тромбированных парааортальных гематом (в 4 случаях, 26%) и интрамуральных гематом (в 2 случаях, 13%). Дополнительно у данных пациентов наблюдалось наличие признаков гемоторакса (в 4 случаях, 26%) и гемоперикарда (в 3 случаях, 20%).

В одном случае у самого молодого пациента – мужчины 37 лет, с наличием в анамнезе операции коррекции коарктации аорты, в области нисходящей аорты на уровне цепочки послеоперационных металлических швов, дистальнее устья левой подключичной артерии, был выявлен участок разрыва с формированием парааортальной гематомы малого объема (3,5 мл). Дополнительно в прилежащей легочной ткани определялись интерстициальные изменения в виде участков понижения пневматизации легочной ткани по типу «матового стекла», более вероятно соответствующие участкам геморрагической имбибиции.

**Выводы:** 1. МСКТ – исследование с болюсным КУ обладает высокой чувствительностью и специфичностью в диагностике патологии аорты. 2. При корректном соблюдении всех методических аспектов исследования КТ позволяет своевременно определить характер поражения аорты и её ветвей, наличие осложнений в виде расслоения или разрыва аорты, а также одновременно исследовать органы, вовлеченные в патологический процесс и окружающие их структуры.

*А.В. Кирпичев, Р.К. Корженевич, М.В. Сагель,  
А.И. Андрианов, Е.Н. Айнулова*

## ВОЗМОЖНОСТИ МСКТ В ДИАГНОСТИКЕ ПАТОЛОГИИ СЕЛЕЗЕНКИ НА ПРИМЕРЕ РАЗБОРА КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»,  
Центр лучевой диагностики

**Актуальность.** Селезенка редко становится целью первичного КТ-исследования, но всегда включается в объем исследований брюшной полости. КТ играет важную роль при локализации инфекционных фокусов (абсцесс селезенки), выявления разрывов селезенки после тупой травмы живота, и должно использоваться в любом случае сомнительных данных УЗИ. КТ является чувствительным методом в обнаружении метастазов опухолей в селезенку, в том числе выявлении лимфоматозных поражений. В селезенке редко встречаются первичные доброкачественные опухоли: гемангиома, лимфангиома, гамартома, фиброма, миксома, хондрома, остеома, десмоидная опухоль. Специфичной для селезенки является новая нозологическая форма – гемангиома из литоральных клеток. К числу злокачественных опухолей, возникающих в селезенке, относятся ангиосаркома (литоральноклеточная), фибросаркома, лейомиосаркома, злокачественная тератома и злокачественная фиброзная гистиоцитома. Наиболее частым первичным злокачественным поражением селезенки является лимфома, обычно представляющая собой НХЛ мелкоклеточного типа. Метастазы в селезенку чаще всего возникают у пациентов с далеко зашедшими первичными опухолями. Наиболее часто метастазируют в селезенку злокачественная меланома, рак молочной железы и рак бронха.

Высокая распространенность заболеваний селезенки, увеличение количества пациентов, в том числе с вторичными поражениями органа, 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 заболеваний селезенки.

**Задачи исследования:** определение чувствительности и специфичности метода МСКТ в диагностике заболеваний селезенки.

**Материалы и методы.** Исследование проведено в отделении РКТ ЦЛД ГУЗ УОКБ в декабре 2021 года. Был обследован один пациент,

женщина, в возрасте 59 лет, с подозрением на наличие заболевания селезенки (в анамнезе С-г яичников). Исследование проводилось на мульти-спиральном компьютерном томографе Canon Aquilion Prime с толщиной среза 0,5 мм с болюсным внутривенным введением контрастного вещества Омнипак 350 мг.

По результатам исследований были выявлены прямые КТ-признаки патологии селезенки – объемные образования.

Селезенка увеличена – 114×51×95 мм, селезеночный индекс 552 (норма не более 480). Селезеночная вена – 7,8 мм. В структуре селезенки в нативную фазу обследования определяются гиподенсивные образования с нечеткими контурами: в проекции заднего нижнего полюса селезенки размерами 19×18×19 мм м ДП 30 ед.Н., по медиальному контуру селезенки размерами 49×23×57 мм, с ДП 32 ед.Н., выходящее за пределы и деформирующее контуры селезенки. В области ворот селезенки, выходящее за пределы контура селезенки, размерами 21×15×17 мм. После внутривенного контрастного усиления данные образования неоднородно накапливают контрастное вещество до 48–60 ед.Н. (паренхима селезенки в венозную фазу контрастирования накапливает контрастное вещество до 94 ед.Н.). В связи с этим необходимо отметить важность применения нативной КТ без внутривенного контрастного усиления, так как она наиболее отчетливо показывает подобные осложнения.

Выводы. 1. МСКТ-исследование обладает высокой чувствительностью и специфичностью при диагностике заболеваний селезенки и позволяет существенно дополнить информацию, а в ряде случаев практически полностью заменить традиционный метод УЗИ. 2. МСКТ, являясь мало инвазивным методом диагностики, может использоваться в качестве «золотого стандарта» при подозрении на наличие патологии селезенки. 3. МСКТ-исследование дает возможность оценивать не только состояние селезенки, но и одновременно исследовать прочие органы, вовлеченные в патологический процесс и окружающие их структуры.

*Л.Н. Латышова, Д.В. Ширяевская, А.Г. Бурцев,  
Э.О. Соломянный*

## ОЦЕНКА УЛЬТРАЗВУКОВЫХ ПАРАМЕТРОВ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСА У БЕРЕМЕННЫХ ПАЦИЕНТОК С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска»

**Актуальность.** Известно, что у беременных женщин с новой коронавирусной инфекцией, вызванной COVID-19 заболевание протекает тяжелее, чем у небеременных. Также отмечается более высокая частота их поступления в отделение интенсивной терапии, потребность в дополнительном кислороде и вентиляции легких. В недавнем метаанализе Dubey et al. установлено, что 27% беременных с COVID-19 имели такие осложнения беременности, как преждевременные роды, задержка развития плода, мальперфузия сосудов плаценты и преждевременный разрыв плодной оболочки. Кроме того, остаются недостаточно изученными ультразвуковые особенности повреждения коронавирусом фетоплацентарного комплекса.

**Цель исследования** – изучение ультразвуковых параметров фетоплацентарного комплекса у беременных пациенток новой коронавирусной инфекцией, вызванной COVID-19.

**Материалы и методы.** Обследовано 199 пациенток, получавших лечение в ковидном госпитале, на базе ГУЗ ЦГКБ г. Ульяновска. Средний возраст пациенток 30,4 ± 6,0 лет. Из них на сроке до 12 недель беременности – 20 человек, на сроке от 12 до 32 недель беременности 42 пациентки, на сроке 22–32 недель – 76, более 32 недель – 51 человек. У всех пациенток при поступлении была диагностирована коронавирусная инфекция, вызванная COVID-19. Все пациентки получали лечение, согласно Временным методическим рекомендациям «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)». При поступлении всем пациенткам было проведено физикальное обследование, клинико-лабораторные исследования, рентгенография органов грудной клетки и ультразвуковое исследование плода, плацентография, оценка околоплодных вод, доплерометрия артерий пуповины. Ультразвуковое исследование проводилось на аппарате Mindray DP-50, конвексным датчиком.

**Результаты.** У 97% пациенток при поступлении отмечались жалобы на повышение температуры, у 14,5% – на одышку, у 50,6% – на кашель,

у 21,3% – на выделение мокроты. По клинико-лабораторным анализам более чем у половины (60%) пациенток отмечалась анемия, у 39% – лейкоцитоз, повышение СОЭ отмечалось у 94% пациенток, повышение СРБ – у 36%, тромбоцитоз – у 10%, тромбоцитопения – у 21%.

По данным ультразвукового исследования плода, у 36% беременных с коронавирусной инфекцией отмечалось увеличение толщины плаценты, у 12% – умеренное маловодие, у 4% – повышение ИР в артериях пуповины.

У 9 пациенток во время нахождения в госпитале беременности завершились родами живыми новорожденными, 173 пациентки выписаны с прогрессирующей беременностью, под наблюдение врача Женской консультации. Самопроизвольно прервались беременности у 10 пациенток, 7 пациенток умерло.

**Выводы.** У 36% беременных пациенток с новой коронавирусной инфекцией, вызванной COVID-19, выявляется утолщение плаценты, что, мы считаем, является следствием защитных механизмов, призванных обеспечить оптимальные условия развития и безопасность плода. Выявленные ультразвуковые признаки расценены как влияние вируса на фетоплацентарный барьер. Пациентки с данными изменениями нуждаются в большем контроле за жизнедеятельностью плода и матери до стабилизации состояния здоровья.

*М.В. Крестьянинов, М.П. Мирина, И.Г. Байрошевская,  
А.А. Бакуштова*

## СВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭРИТРОЦИТАРНОГО ЗВЕНА ГОМЕОСТАЗА СО СТРУКТУРНО- ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ПАРАМЕТРАМИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ЛИЦ С ГИПЕРТЕНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»

**Актуальность.** Сердечно-сосудистая патология продолжает занимать лидирующие позиции среди причин смертности населения экономически развитых стран. Одним из наиболее рано возникающих заболеваний означенного круга является гипертоническая болезнь (ГБ). Ишемизированный или гипертрофированный миокард более чувствителен, по сравнению с неизменным, даже к незначительному снижению

уровня гемоглобина, вызывающего нарушение функции сердца. В то же время лишь небольшое число работ посвящены изучению взаимосвязи показателей эритроцитарного гомеостаза с функциональным ремоделированием сердца у больных ГБ.

**Цель исследования.** Выявление особенностей взаимосвязи показателей эритроцитарного звена гомеостаза со структурными и функциональными параметрами левого желудочка сердца больных ГБ.

**Методы исследования.** Было обследовано 170 больных ГБ II стадии, II степени (100 мужчин и 70 женщин). Средний возраст исследуемых – 51 год (40; 60 лет). Всем исследуемым проводилось общеклиническое исследование крови с определением общего гемоглобина (Hb), количества эритроцитов в 1 литре (Er), гематокрита (Ht), среднего содержания гемоглобина в эритроцитах (MCH), средней концентрации гемоглобина в эритроцитах (MCHC), среднего объема эритроцитов (MCV). ЭхоКС проводилась согласно рекомендациям ASE/EACVI 2015: определялись конечный систолический размер (КСР) левого желудочка (ЛЖ), конечный диастолический размер (КДР), толщина межжелудочковой перегородки в диастолу (ТМЖПд), толщина задней стенки ЛЖ в диастолу (ТЗСЛЖд), отношение толщины межжелудочковой перегородки к толщине задней стенки ЛЖ (ТМЖПд/ТЗСЛЖд), относительная толщина стенок (ОТС), индексированный конечный диастолический размер (ИКДР), конечный систолический объем (КСО), конечный диастолический объем (КДО) ударный объем (УО), фракция выброса (ФВ), фракция укорочения (ФУ), максимальная скорость раннего диастолического наполнения (Е), максимальная скорость трансмитрального кровотока (А), отношение максимальных скоростей раннего и поздних наполнений (Е/А), время замедления раннего диастолического наполнения ЛЖ (DT), время изоволюмического расслабления ЛЖ (IVRT), масса миокарда ЛЖ (ММ ЛЖ) и масса миокарда индексированную по площади поверхности тела (ИММ ЛЖ). Статистическая значимость методов установлена при уровне  $p < 0,05$ .

**Результаты.** При исследовании взаимосвязей показателей эритроцитарного гомеостаза со структурно-функциональными параметрами ЛЖ у мужчин с ГБ обнаружены корреляционные связи Ht, MCH и MCHC с линейными и объемными размерами ЛЖ, толщиной стенок, ММЛЖ и иММЛЖ. Значения Er и Hb коррелировали с показателями диастолической функции ЛЖ. У женщин с ГБ выявлены корреляционные связи Er, Hb, Ht и MCHC с диастолической функцией левого желудочка, а MCH и MCV – с толщиной стенок и ИММ ЛЖ. Оценивая связь показателей эритроцитарного звена гомеостаза с гипертрофией левого желудочка



(ГЛЖ), установили, что у мужчин наличие ГЛЖ сопровождается меньшими значениями MCV и MCHC. Отмечена отрицательная связь MCV ( $R = -0,24$ ;  $p < 0,001$ ) и MCHC ( $R = -0,14$ ;  $p = 0,027$ ) со степенью выраженности ГЛЖ, в то время как у женщин при ГЛЖ отмечается увеличение MCV и MCH и выявляется положительная связь MCV ( $R = 0,25$ ;  $p = 0,006$ ) и MCHC ( $R = 0,20$ ;  $p = 0,027$ ) со степенью выраженности ГЛЖ.

**Выводы.** У больных ГБ имеются половые различия характера взаимосвязей структурно-функциональных показателей сердца с эритроцитарным звеном гомеостаза. Так, у мужчин показатели эритроцитарного гомеостаза преимущественно коррелировали со структурными изменениями, а у женщин – с диастолической функцией.

*В.Н. Селифонов, С.Н. Сорокина, Е.В. Страхова,  
Г.А. Гашкова*

## ОЦЕНКА ИНВОЛЮЦИИ МАТКИ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

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

**Актуальность проблемы.** Послеродовой период завершает процесс родоразрешения. Несмотря на давно сложившуюся методику ведения данного этапа, до сих пор обсуждаются как факторы, влияющие на процесс инволюции послеродовой матки, так и методики обследования. Основным методом по-прежнему остается ультразвуковое исследование с определением линейных размеров матки и толщины М-эхо. Среди последних были определение индекса инволюции (Устюжанина Н.В. 2013 г.), изучение отношения объема полости матки к объему тела матки (Озерская И.А. 2019 г.) и др.

**Цель исследования** – ценить на практике выше предложенные методики с целью внедрения в работу отделения.

**Материал и методы.** Исследование проводилось на базе Перинатального Центра «Мама» ГУЗ УОДКБ имени политического и общественного деятеля Ю.Ф. Горячева на протяжении 2020–2021 гг. с использованием ультразвукового сканера Hitachi Noblus, конвексным мультисекторным датчиком. Сканирование проводилось трансабдоминальным доступом. Расчет объемных показателей производился по стандартной методике ( $a \times b \times c \times 0,52$ ). Коэффициент инволюции определялся как отношение объемных показателей матки на 3 и 5 сутки.

Обследовано 683 пациентки после срочных родов одним плодом в возрасте 18–44 года ( $30,4 \pm 5,8$  лет). Исследование проводилось на 3 и 5 сутки после родов. Для оценки разницы темпов инволюции тела матки и полости матки использовалось отношение объемов полости и тела матки:  $V_{\text{пол}} / V_{\text{мат}} \times 100\%$ .

**Результаты исследования.** В исследуемой группе первородящие составили 57,39% (392). Естественное родоразрешение отмечено в 451 (66,03%) случае. Вес плода при рождении составил  $2\,649 - 4\,520$  граммов ( $3\,286 \pm 612$  граммов).

У пациенток с естественными, неосложненными родами отмечались уменьшение линейных (соответственно и объемных) показателей тела матки и незначимые изменения объема полости матки к 5 суткам.

Наличие миомы небольших размеров (диаметром до 25 мм) не показало значимых изменений по сравнению с роженицами с неизменной маткой.

Наличие гематометры и (или) задержки плацентарной ткани не отразились на темпах инволюции матки. Но при этом отмечались отклонения в коэффициентах инволюции. Это обусловлено замедлением инволюции (опорожнения) полости матки с сохранением сократительной функции матки.

Отмечена связь темпов инволюции матки с массой плода и паритетом родов.

**Выводы.** Анализ динамики объемов тела и полости матки позволил более объективно оценить процессы инволюции в отличие от оценки линейных размеров, по причине асинхронности изменения последних.

Также исследование показало, что однократное УЗ исследование в послеродовом периоде не позволяет полноценно оценить темпы инволюции матки по причине индивидуальности пациенток. Однако сложность проведения вычислительных процессов в повседневной практике не позволит использовать данный метод в скрининговом режиме.

В оценке течения послеродового периода на 3–5-е сутки в большей степени следует уделять внимание содержимому и размерам полости матки, чем самой матке, показатели которой (в том числе и объемные) весьма индивидуальны.

*О.В. Фирсова, Ю.В. Сиденкова, И.В. Ткачева*

## ВЛИЯНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19) НА ПСИХИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ ИНДИВИДА

ГКУЗ «Ульяновская областная клиническая психиатрическая больница имени В.А. Копосова»

**Актуальность.** Пандемия коронавирусной инфекции две тысячи двадцатого года многое изменила. В большей степени заметны проблемы в организации медицинской помощи и реабилитационных мероприятий после перенесенного заболевания. Однако и собственно клинические вопросы, которые ставит пандемия COVID-19, заслуживают пристального внимания. По данным официальных источников, а также в ходе клинического наблюдения за пациентами в период распространения коронавирусной инфекции, выявлены значительные проблемы адаптации и стрессоустойчивости, выраженное снижение мотивационных механизмов, формирование негативных психологических установок, увеличение числа психосоматических состояний и, в целом, изменение высказываемых пациентами жалоб, а также утяжеление течения пограничных психических расстройств.

**Цель** – выявить степень выраженности когнитивных и эмоциональных нарушений у пациентов после перенесённого заболевания (новая коронавирусная инфекция COVID-19), а также сохраненные стороны психических процессов с целью определения мишеней для дальнейшего создания программ реабилитации.

**Методы.** Исследования проводились на базе ГУЗ ОКПБ им. В.А. Копосова: беседа с пациентами (сбор анамнестических данных); тест «Запоминание 10 слов»; таблицы Шульте; тест цветочных выборов; тест «Исключение предметов»; толкование метафор и пословиц; шкала тревоги и депрессии HADS; MMPI – 71; шкала памяти Векслера.

**Результаты.** По данной проблеме были проведены исследования двух групп пациентов. Первая группа: пациенты с верифицированным психиатрическим диагнозом, 106 исследований. Вторая группа: пациенты условно здоровые (не имеющие установленного психиатрического диагноза или синдрома), 84 исследования, первично обратившиеся к врачу-психиатру после перенесенного заболевания с жалобами на тревогу, депрессию. Были получены следующие данные: в 1 группе пациентов на первый план выступало усугубление имеющейся симптоматики, в рамках установленного диагноза, с преобладанием нарушений когнитивных

функций, в виде снижения памяти, рассеянного внимания. Во 2 группе пациентов, несмотря на доминантность предъявляемых жалоб в эмоциональной сфере, в рамках тревожно-депрессивной симптоматики, обнаруживаются стойкие нарушения когнитивной сферы (замедление психической работоспособности, трудности сосредоточения внимания, снижение непосредственного запоминания, инертность и конкретность мыслительных процессов). Исследование личностных особенностей с помощью теста цветочных выборов, методики MMPI-71, HADS обнаруживает заострение личностных черт психастенического (тревожно-боязливый) и истероидного типов акцентуации.

К внутренним психологическим факторам, способствующим развитию картины клинических нарушений, относятся индивидуально-психологические характеристики, как индикаторы уязвимости в условиях переживания дистресса, определяющие восприятие и отношение человека к непредвиденным ситуациям и оказывающие влияние на формирование устойчивых психологических реакций на пандемию. Во многих исследованиях отмечаются большие индивидуальные различия в восприятии угрозы пандемии инфекционных заболеваний. Многие люди хорошо справляются с угрозой, тогда как у других наблюдается высокий уровень дистресса или обострение уже существующих психологических проблем – таких как тревожные расстройства и другие клинические состояния. На основании полученных данных для каждого пациента был составлен план реабилитационных мероприятий, направленный на коррекцию выявленных нарушений с опорой на сохраненный личностный потенциал. В план реабилитационных мероприятий с целью достижения максимальной эффективности включались техники различных психотерапевтических направлений – таких как когнитивно-поведенческая психотерапия, позитивная личностно-ориентированная психотерапия, арт-терапия, в совокупности с методами, направленными на восстановление когнитивных функций.

**Выводы.** В первой группе пациентов степень нарушения когнитивных функций достигает выраженных клинических проявлений, в рамках нарастания психического дефекта. Реабилитационные мероприятия с данной группой проводились более длительно и с наименьшим эффектом.

Степень нарушения когнитивных функций во второй группе пациентов (условно здоровые) не достигает выраженных клинических проявлений, поддается восстановлению в процессе реабилитационных мероприятий (после стабилизации эмоционального фона, снижения влияния негативных внешних факторов, дистресса и сглаживания заостренных личностных черт).

Таким образом, осознанная саморегуляция является ресурсом самоорганизации в преодолении негативных эмоциональных состояний в период пандемии.

*И.В. Китаева, Е.В. Картламаева, Л.В. Шеймухова*

### **ОПЫТ РАБОТЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛА ГУЗ «ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА СВЯТОГО АПОСТОЛА АНДРЕЯ ПЕРВОЗВАННОГО» В ПСИХОКОРРЕКЦИОННОМ СОПРОВОЖДЕНИИ МАТЕРЕЙ С ДЕТЬМИ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

**ГУЗ «Городская клиническая больница святого апостола Андрея  
Первозванного»**

Материнство является важным событием, в корне меняющим привычный уклад жизнедеятельности женщины, и тем самым – оказывающим существенное влияние на ее психологическое состояние.

Взаимодействие матери и младенца является не односторонним и однонаправленным, а представляет собой сложный, начинающийся с первых дней жизни процесс взаимной адаптации и синхронизации. Понимание этого феномена требует изучения совместного поведения матери и ребенка и их взаимного влияния друг на друга.

Именно с этой целью на базе ГУЗ «Городская клиническая больница святого апостола Андрея Первозванного» уже более трех лет проводится программа «Мамина радость», направленная на оказание психологической поддержки женщинам с детьми от 0 до 3 лет.

**Результаты работы.** За весь период реализации авторскую программу прошли 195 матерей, 37 отцов и 176 детей раннего возраста.

Главная задача программы – коррекция нарушений психоэмоционального состояния матери после родов, сопровождение в становлении постнатального сенсорного взаимодействия в системе «мать – дитя», установление надежного типа привязанности.

Участниками программы становятся мамы уже сознательного возраста, 28–36 лет, что свидетельствует об общей тенденции увеличения возраста рожениц, кроме того, у матерей данного возраста отмечается более сформированный запрос на работу с психологом.

Следует отметить, что вследствие современной популяризации раннего образования у детей, наиболее часто родителей интересует вопрос, «как развивать интеллект ребенка», «как вырастить успешного ребенка».

В процессе прохождения программы «Мамина радость» родители неожиданно для себя выявляют сложности в установлении эмоционального контакта с ребенком, неосведомленность о нормах развития младенцев, проблемы в супружеских отношениях.

На **первом этапе** программы ставится цель переориентировать матерей с тенденции «надрессировать» ребенка методиками раннего развития на создание более тесного эмоционального контакта с младенцем, формирование чуткого отношения к потребностям грудного ребенка, стабилизацию психоэмоционального состояния матери.

**Второй этап** направлен на встречу с кризисом первого года жизни ребенка: переход на новый уровень взаимоотношений, умение поощрять самостоятельные действия, конструктивно реагировать на потребность активного познания мира у детей. На данном этапе более актуален запрос на урегулирование отношений с супругом и ближайшим окружением, выстраивания личных границ, в том числе и с ребенком.

**Заключительный этап** подготавливает родителей к «кризису 3 лет» – обучение навыкам признания чувств ребенка, социально приемлемым формам выражения негативных эмоций. Тематика занятий данного этапа получает высокий отклик у отцов, которые также присоединяются к прохождению программы.

Таким образом, опыт реализации программы затронул важное направление в сфере родовспоможения и сопровождения родителей младенца, подчеркнул необходимость оказания специализированной помощи женщинам в период психологической адаптации к материнству, развития родительской компетентности.

*М.В. Белянкин, Д.В. Волков, М.В. Сухорукова,  
И.А. Макарова, О.П. Зашихина*

### **СКРИНИНГ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ У ПОДРОСТКОВ**

**ГУЗ «Ульяновская областная клиническая наркологическая  
больница»**

**Актуальность.** Исследование психоэмоционального неблагополучия у подростков в возрасте 13–15 лет приобретает особо актуальное значение, так как понимание факторов риска депрессивного состояния, тревожности и агрессивности способствует ранней диагностике, профилактике и коррекции нарушений отклоняющегося, аддиктивного,

суицидального, агрессивного или аутоагрессивного поведения и скулшутинга (вооруженного нападения учащегося на учебное заведение).

**Цель исследования** – сравнительный анализ состояния эмоциональной сферы учащихся подросткового (13–15 лет) и раннего юношеского возраста (15–18 лет).

**Методы исследования:** клинические психологические опросники для скрининга. 1. Опросник для скрининга и измерения **степень выраженности тревоги** (Generalized Anxiety Disorder-7, или GAD-7). 2. Опросник экспресс-скрининг для оценки уровня депрессии (Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9). 3. Опросник «Самооценка психических состояний для подростков» Айзенка (уровень агрессивности).

Исследование особенностей эмоциональной сферы проведено среди учащихся «группы риска» 7–11 классов общеобразовательных учреждений г. Ульяновска, прошедших социо-психологическое тестирование в рамках приказа № 658 Министерства образования и науки РФ от 6 июня 2014 года.

Поскольку опрос проведен анонимно, то дальнейшее исследование проводится с учениками всего класса, в котором выявлен ответ (ответы) с повышенными баллами риска возникновения аддиктивного поведения. Была проведена скрининговая диагностика психоэмоционального состояния учащихся (3 517 человек), в том числе проведен сравнительный анализ результатов диагностики учащихся двух групп: 1) учащиеся 7–9 классов подростковый возраст (13–15 лет) – 2 619 человек. 2) учащиеся 10–11 классов (16–18 лет) – ранний юношеский возраст (898 человек). Разделение на группы проведено, поскольку есть предположение, что показатели по шкалам тревоги, депрессии и агрессивности будут выше у учащихся подросткового возраста (13–15 лет), чем у учащихся раннего юношеского возраста.

В результате скрининга были выявлены подростки с высокими показателями, как по отдельным шкалам, так и по их сочетанию, с данными учащимися проводилась также индивидуальная консультация и психокоррекция.

Результаты скрининга: только среди учащихся подросткового возраста (13–15 лет) выявлены повышенные показатели по всем трем шкалам: депрессия, тревожность, агрессивность – 21 подросток (5% от общего количества подростков).

С данными подростками требуется углубленная психокоррекционная работа с целью профилактики, поскольку данные превышения являются устойчивыми предикторами психоэмоционального неблагополучия, что может служить причиной снижения адаптивности, возникновения различных форм отклоняющегося и аддиктивного поведения.

1. Повышенные показатели по одной из шкал: депрессия, тревожность, агрессия, выявлена в 589 ответах, что составляет 17 % от общего количества обследуемых. С учащимися данной группы требуется общепрофилактическая работа силами специалистов учебного заведения. 2. Повышение по шкалам тревожность отмечается в 169 ответах, из них 124 ответа приходится на возраст 13–15 лет (7-9 класс), что составляет 73,4%. На возраст 16-18 лет приходится 26,6% (45 человек). Следовательно, тревожное состояние более ярко выражено диагностируется и проявляется в возрасте 13–15 лет (раннем подростковом возрасте). Следовательно, при разработке профилактических мероприятий для детей 13–15 лет имеет смысл вводить мероприятия на снижение ситуативной и личностной тревожности, коррекционно-развивающие занятия, направленные на снижение уровня психоэмоционального напряжения и развития навыков саморегуляции. 3. Повышение по шкале депрессия отмечается в 331 ответах, из них 243 ответа приходится на возраст 13–15 лет, что составляет 73,4%. На возраст 16–18 лет приходится 26,6% (88 чел.). Следовательно, депрессивное состояние более часто встречается в раннем подростковом возрасте и проявляется снижением настроения, утратой способности переживать радость, утратой надежд и целей, сопровождающееся ощущением внутренней пустоты, тоскливым настроением, одиночеством или апатией.

У подростков чаще всего она проявляется в виде раздраженности, капризности, враждебности, агрессивности, проявлением антиобщественных форм поведения.

**Вывод.** Вероятность возникновения тревоги, депрессии и агрессивности выше у учащихся подросткового возраста (13–15 лет), чем у учащихся раннего юношеского возраста, это продиктовано особенностями раннего пубертатного периода. Следовательно, ранняя диагностика психоэмоционального неблагополучия у подростков в возрасте 13–15 лет и профилактические коррекционные меры позволят уменьшить риск возникновения нежелательных тенденций в развитии личности, что является важным фактором предупреждения непоправимых последствий, таких как снижение адаптивности, отклоняющегося и аддиктивного поведения, вовлечения в наркокультуру, суицидального, агрессивного или аутоагрессивного поведения, скулшутинга.

*С.Н. Горгадзе, Ю.В. Сиденкова, Е.В. Малышева*

## ПРОФИЛАКТИКА ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫХ ДЕЯНИЙ У ЛИЦ, ПРОХОДЯЩИХ ПРИНУДИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ В СТАЦИОНАРЕ ОБЩЕГО ТИПА НА БАЗЕ ГКУЗ УОКПБ ИМ. В.А. КОПОСОВА

ГКУЗ «Ульяновская областная клиническая психиатрическая  
больница имени В.А. Копосова»

**Актуальность.** С каждым годом количество преступлений, совершенных психически больными людьми, увеличивается. Учитывая распространенность психических патологий среди преступников, необходимость изучения вопросов, связанных с профилактикой общественно опасных деяний (далее ООД) и определение мишени при выборе реабилитационных программ, остается актуальной. В стационаре ГКУЗ «УОКПБ им. В.А. Копосова» на принудительном лечении находятся пациенты с различными психическими заболеваниями, с преобладанием лиц с установленным диагнозом шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства (F 20), органические, включая психические расстройства (F 07) и умственная отсталость (F 70), которые совершали преступления разного характера (против имущества и против личности). Каждые полгода пациенты проходят переосвидетельствование в суде, для определения дальнейшей формы принудительного лечения, для чего проводится экспериментально-психологическое исследование, с целью определения степени выраженности дефекта, сохранных функций и адаптивных возможностей пациентов.

**Цель** – определение мишени для эффективной реабилитации и профилактики общественно опасных деяний, исходя из установленного диагноза и характера совершенного преступления.

**Методы.** Анализ медицинской документации (историй болезни), экспериментальные патопсихологические психодиагностические исследования. Используемые **методики:** «Заучивание 10 слов», тест «Пиктограмма», тест словесных ассоциаций, методика «Исключение предмета», методика «Классификация предметов», методика «Сравнений понятий», методика «Таблицы Шульце», Миннесотский многофакторный личностный опросник (ММРП) или Сокращенный многофакторный опросник для исследования личности (СМИЛ), тест Д. Векслера, тест М. Люшера, «Цветовой тест отношений (ЦТО)», «Шкала самооценки депрессии Зунга», «Шкала реактивной (ситуационной) и личностной

тревожности Ч.Д. Спилберга», «Шкала депрессивной А.Т. Бека», «Тест агрессивности» опросник Л.Г. Почебут.

**Результаты.** Проанализировав документацию за 2020–2021 гг., было выявлено, что на принудительном лечении в стационаре общего типа находятся 560 пациентов (440 мужчин, 120 женщин) совершившие ООД. Среди них с заболеванием шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства – 47,5%, органические, включая психические, расстройства – 12% и умственная отсталость – 30%, (10,5% – другие психические нарушения). Пациенты первых двух категорий в 90% случаев совершают преступления, направленные против личности, пациенты с умственной отсталостью в 93% случаев – преступления, направленные против имущества. Полученные данные позволяют более четко определить мишени для реабилитации и профилактики ООД. Помимо поддержания социальных взаимосвязей, что обеспечивает работа в группе, у лиц с выставленным диагнозом «шизофрения и органическое расстройство личности» – приоритетом в профилактической работе является тренировка в распознавании и выражении вербальных и невербальных эмоциональных состояний, а у лиц с диагнозом «умственная отсталость» – неотъемлемой частью еще станет и развитие, поддержание когнитивных способностей. Профилактика и реабилитация проводились с опорой на тренинг когнитивных и социальных навыков, «Азбука эмоций» и другие. Эффективность проведенной работы прослеживалась с помощью экспериментально-психологического исследования, которое проводится два раза в год.

**Выводы.** Таким образом, составление программы реабилитации для лиц, проходящих принудительное лечение в стационаре психиатрической больницы, с учетом установленного диагноза и характера совершенного преступления является эффективным для профилактики повторных ООД.

*Д.В. Грищук, М.А. Альберт*

## СПОСОБНОСТЬ К КОНЦЕНТРАЦИИ ВНИМАНИЯ У УЧАЩИХСЯ СТАРШИХ КЛАССОВ

ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»

**Актуальность.** В современных условиях образование в старших классах школы требует от учащегося больших когнитивных усилий. Многозадачность, разнообразие внеурочной деятельности, потребность

в личностном росте создают большую нагрузку на нервную систему, прежде всего на контрольные функции лобных долей мозга. При этом за последние 20 лет регулярно отмечается снижение времени удержания внимания (Pablo Valdez, 2019).

Важным индикатором целенаправленных когнитивных процессов является способность удерживать внимание. Созревание контрольных отделов мозга в старших классах школы еще не закончено. На его темпы влияет комплекс факторов, уходящих корнями к перинатальному периоду развития. Электроэнцефалографически степень созревания лобных отделов выражается в увеличении индексов быстрых ритмов мозга, их мощности (Л.Р. Зенков, 2011). Саморегуляторные способности личности способны компенсировать органическое отставание в созревании лобных отделов (В.И. Моросанова, 2014).

**Цель работы** – оценить взаимосвязи между ритмической активностью лобных отделов мозга, способностью к саморегуляции когнитивных процессов и навыками концентрации внимания у школьников старших классов.

**Методы исследования.** Нами проведено тестирование 20 школьников 9–11 классов. На **первом этапе** проведена запись электроэнцефалограммы от лобных отделов мозга (отведение Fz) в спокойном состоянии с открытыми глазами на протяжении 3 минут. На **втором этапе** участник получал информацию о выраженности индекса и мощности бета-ритма мозга по методу биологической обратной связи. Мы провели оценку способности к саморегуляции мозговой активности. **Третий этап** заключался в анализе мозговой активности в процессе решения когнитивной задачи (корректирующая проба).

**Результаты.** Среднее значение индекса бета-ритма в лобных отделах составило 6,48% (n=20). На этапе усиления активности мозга с помощью обратной связи индекс составил 6,5%. При когнитивной нагрузке индекс возрос до 7,8%. В группе школьников с показателем концентрации внимания по корректирующей пробе более 1000 ед. прирост бета-ритма в момент выполнения теста составил 1,1%. Прирост бета-ритма (при сеансе БОС в этой группе) носил отрицательный характер (-0,5%). В группе школьников с показателем менее 1000 ед. прирост бета-ритма при выполнении теста составил 2,7%. При этом, в этой группе на этапе саморегуляторного усиления участники демонстрировали положительный прирост индекса бета ритма (+0,6%). Показатели устойчивости и переключаемости внимания статистически не отличались в рассматриваемых группах. Способность к саморегуляции мозговой активности по бета-ритму мозга в среднем по группе оказалась низкой. Причем школьники с высокими результатами концентрации внимания демонстрировали отрицательную

динамику бета-ритма на этапе саморегуляторного управления, а школьники с более низкими значениями демонстрировали положительную динамику. Применение методов биологической обратной связи может способствовать росту когнитивных способностей в данной группе. От школьников с менее развитыми способностями требуется большая активация саморегуляторных механизмов, что отражается в большем росте бета-ритма в момент когнитивного усилия, и соответственно у них более развиты саморегуляторные процессы функции внимания.

**Выводы.** Школьники с высокой способностью концентрации внимания не имеют развитых способностей к его произвольному усилению, в отличие от школьников с низкой концентрацией внимания. Вероятно, более способные дети реже погружаются в обучающие ситуации, требующие высокой концентрации. Это стоит учесть при составлении индивидуального трека развития ребенка.

*С.В. Губкина, И.А. Сабитов*

## ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРЫ ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ И КОГНИТИВНОЙ СФЕР ПОДРОСТКОВ, ИМЕЮЩИХ В АНАМНЕЗЕ ДИАГНОЗ СДВГ И СТРАДАЮЩИХ КОМПЬЮТЕРНОЙ ИГРОВОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»

**Актуальность.** Вопрос диагностики и лечения синдрома дефицита внимания у подростков приобретает актуальность на фоне данных исследований последних лет о том, что подростки с данным дефицитом входят в категорию риска по развитию наркомании, алкоголизма и других аддиктивных и зависимых расстройств. Встречаются данные о том, что подростки с СДВГ, имеющие этот диагноз с более ранних детских лет, также имеют склонность к формированию и усугублению форм компьютерной зависимости, в том числе игровой. Наиболее характерными клинико-психологическими признаками данного синдрома являются гиперактивность, невнимательность, импульсивность. Перечисленные характеристики являются основными клиническими критериями при диагностике и окончательной постановке диагноза. Клинико-психологическая диагностика оперирует также и дополнительными факторами, и критериями оценки, в большей степени ориентируясь когнитивные и поведенческие функции в структуре СДВГ. В практике психологической коррекции и профилактики данные характеристики подлежат

динамическому наблюдению, так как по данным исследований они не исчезают и не остаются в неизменном виде, а переходят в новые поведенческие формы проявления. Например, П. Уэндер и Р. Шейдер отмечают, что со временем яркие клинические признаки гиперактивности, такие как импульсивность и гиперактивность, по мере взросления снижаются и перерастают в повышенную двигательную активность и нарастающее беспокойство. А. Zuddas отмечает, что увеличение импульсивности при данном диагнозе в подростковом возрасте может сочетаться с повышенной агрессивностью. Также существуют данные о том, что подростки, имеющие в анамнезе диагноз СДВГ, имеют поведенческие признаки зависимости – прежде всего алкогольной, наркотической, а также признаки созависимых расстройств, эмоциональной нестабильности.

**Цель** – изучение особенностей структуры поведенческой и когнитивной сфер подростков, имеющих в анамнезе диагноз СДВГ и страдающих от компьютерной игровой зависимости.

**Методы.** Выборка исследования составила 32 человека – старшие подростки от 14 до 16 лет. Выборка поделена на 2 группы: подростки, имеющие диагноз СДВГ в анамнезе – 14 человек, и подростки без данного диагноза, условно здоровые – 18 человек. Обе группы проводят продолжительное время в компьютерных играх – от 3 часов в день и более. Были изучены некоторые поведенческие и когнитивные особенности в структуре СДВГ. В данной работе освещается часть исследования, связанная с поведенческими признаками. **Методы исследования:** опросник уровня тревожности Спилберга-Ханина, опросник саморегуляции С.Р. Моросановой.

**Результаты.** Было установлено, что подростки, имеющие в анамнезе СДВГ, проявляют такие характеристики, как повышенная личностная и реактивная тревожность, сниженный уровень гибкости, самостоятельности, общего уровня регуляции в сравнении с подростками без данного диагноза (на уровне 0,01). По шкалам оценки результатов, планирования, программирования и моделирования значимых различий не было выявлено.

**Выводы.** Данное исследование носит предварительный характер и позволяет нам наметить дальнейшие точки и гипотезы для проверки.

*Е.А. Лагутина*

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПОСМЕРТНЫХ КОМПЛЕКСНЫХ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ЭКСПЕРТИЗ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая психиатрическая больница им. В.А. Копосова»

**Актуальность.** Самоубийства в Российской Федерации являются важной социальной проблемой национального масштаба. По уровню суицидов среди несовершеннолетних Россия находится на одном из первых мест в мире. Несмотря на то, что профилактике суицидального риска несовершеннолетних уделяется пристальное внимание, показатель самоубийств несовершеннолетних в нашей стране в 3 раза превышает средние показатели в мире. Подростковый возраст наполнен сильнейшими эмоциональными и физиологическими переживаниями, что неизбежно сказывается на всех аспектах жизни. Общение со сверстниками становится приоритетным, появляется половое влечение, чувство влюбленности, при этом отсутствует ощущения целостности и стабильности своего «Я» – все это может стать причиной конфликта. Не имея достаточного жизненного опыта, подростки, движимые эмоциями, выбирают суицид как способ выхода из кризисной ситуации.

**Цель** – провести психологический анализ посмертной комплексной психолого-психиатрической экспертизы несовершеннолетних, проведенной на базе отделения АСПЭ ГКУЗ «УОКПБ им. В.А. Копосова» за период 2018–2021 гг., выявить основные причины (социальные, ситуационные, межличностные, индивидуально-психологические особенности), которые способствовали принятию решения о самоубийстве. Психолого-психиатрическая экспертиза психического состояния лица, покончившего жизнь самоубийством, назначается в основном для квалификации ст.110 УК РФ «Доведение лица до самоубийства путем угроз, жёсткого обращения или систематического унижения человеческого достоинства потерпевшего».

**Методы:** ретроспективный психологический анализ материалов уголовного дела и медицинской документации, дополнительных материалов (дневники, фотографии, интернет-материалы и др.).

**Результаты.** В период с 2018 по 2021 гг. было проведено 76 посмертных комплексных психолого-психиатрических экспертиз по уголовным делам. В 2018 году – 26, из них несовершеннолетних – 10; в 2019 году – 16, несовершеннолетних – 8; в 2020 году – 7, несовершеннолетних – 5;

в 2021 году всего – 27, несовершеннолетних – 10. Юноши – 23 человека, девушки – 10 человек. Анализ социально-бытовых особенностей выявляет, что в полных благополучных семьях проживали и воспитывались 7 человек (21%). Воспитанием и развитием 6 (18%) занимались бабушки, дедушки. В приемных семьях росли 2 (6%). Воспитывалась только отцом – одна девочка (3%). 17 человек (51%) – проживали в семьях, где родительские обязанности осуществляла одна мать. В стилях воспитания прослеживаются диаметрально-противоположные направления: либо сверхконтроль, либо попустительство. Родители недостаточно критично оценивали сложившиеся внутрисемейные взаимоотношения; утверждали, что ни конфликтов, ни недопонимания с детьми не возникало. Однако психологический анализ материалов уголовных дел обнаруживает отсутствие теплых, доверительных детско-родительских отношений, отсутствие либо недостаточное внимание интересам, увлечениям детей. В качестве индивидуально-психологических особенностей, характерных для несовершеннолетних, совершивших суицид, выделяются нормативный уровень интеллекта, эгоцентризм, легкомыслие, демонстративность, поверхностная общительность – с одной стороны. С другой – скрытность, обидчивость, сензитивность, лабильность, неустойчивость адаптивных возможностей, недостаточно сформированный эмоционально-волевой контроль, дефицит прогноза собственных действий. Отдельно следует выделить 7 (21%) случаев (из всех проанализированных КСППЭ несовершеннолетних) так называемых «случайных суицидов». Желая испытать эйфорию, психоделические эффекты, уводящие в забвение фантазии, галлюцинации подростки пробуют запрещенные вещества, вдыхают пары бытового газа, принимают лекарственные препараты, что приводит к летальным исходам. У троих была диагностирована зависимость от ПАВ, двое имели диагноз «расстройство поведения», один – «депрессивный эпизод», один – «психически здоров». 5 из 7 проживали в неполных семьях.

**Выводы.** Несмотря на предпринимаемые меры антисуицидальной направленности, проблема подростковых суицидов все еще остается острой. Профилактическая работа с несовершеннолетними требует комплексного последовательного полипрофессионального подхода с участием различных ведомств и служб, в том числе работы с родителями, направленной на нормализацию внутрисемейных взаимоотношений, формирование у детей позитивных потребностей и устойчивых интересов, организации внеурочной деятельности несовершеннолетних, которая является альтернативой отклоняющемуся поведению.

*К.В. Макарова*

## ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ С ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В СИСТЕМЕ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

ГУЗ «Детская специализированная психоневрологическая  
больница № 1»

**Актуальность.** Дети с психоневрологической патологией – это наиболее уязвимая категория детей, которым постоянно необходимо внимание, поддержка и работа со специалистами (психологами, логопедами и т.д.). Количество детей с психоневрологическими заболеваниями с каждым годом растет. На сегодняшний день растет количество детей с нарушениями в эмоционально-личностном развитии. За прошлый год выявлено 98,4% детей с эмоциональными нарушениями в возрасте от 4 до 17 лет от общего количества обследованных детей (1 540), из них 57,4% – дошкольники и 42,6% – школьники. Данный вопрос является актуальным и стоит достаточно остро, так как ребенок с ограниченными возможностями здоровья, лишенный своевременной помощи высококвалифицированных специалистов, с каждым годом все больше отстает в психоречевом развитии, упускаются важнейшие сензитивные периоды, перспективы дальнейшего обучения и социальной адаптации.

**Цель** – исследовать эмоционально-волевую сферу у детей с психоневрологическими заболеваниями для дальнейшего проведения психокоррекционных мероприятий и получения максимально результативной индивидуальной реабилитации.

**Методы.** Используемые методики для исследования эмоционально-волевой сферы у детей: тест тревожности (Р. Тэмпл, М. Дорки, В. Амен), графическая методика «Кактус», тест «Страхи в домиках», «Рисуночный тест Силвер», цветовой тест Люшера, методика «Домики», методика «Эмоциональный арт-конструктор», методика САН, методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний В. Зунге, шкала нервно-психического напряжения, шкала экспресс-диагностики уровня невротизации, методика диагностики показателей и форм агрессии Басса-Дарки, шкала реактивной и личностной тревоги Ч.Д. Спилбергера и Ю.Л. Ханина, методика диагностики уровня невротизации Л.И. Вассермана. При работе с ребенком учитываются возрастные, индивидуальные, характерологические особенности, а также тяжесть заболевания – к каждому ребенку осуществляется индивидуальный подход.



**Результаты.** Для детей дошкольного возраста с психоневрологической патологией характерны наличие повышенной тревожности, страхов, обидчивости, агрессивности, замкнутости. Для детей школьного возраста характерны наличие социальной и познавательной пассивности, неуверенность в принятии решений, психическая истощаемость, выраженная эмоциональная возбудимость (тревожность, беспокойство, раздражительность). Данные нарушения могут быть связаны как с незрелой эмоциональной сферой и быстрой утомляемостью, так и с внутренними переживаниями у ребенка. С учетом полученных результатов, целесообразно организовать психокоррекционную работу в виде групповых и индивидуальных занятий по развитию познавательной деятельности в виде сенсомоторной стимуляции и предметно-практических манипуляций, и по регуляции и саморегуляции психических состояний, в виде арт-терапевтических методов (игровая терапия, рисуночная терапия, музыкотерапия, сказкотерапия). Коррекционно-развивающие занятия в индивидуальной форме проводятся 2 раза в неделю, в групповой форме – 3 раза в неделю. Продолжительность занятия варьируется от 30 до 60 минут, в зависимости от возраста детей. За курс лечения ребенок посещает от 6 до 8 индивидуальных, и от 9 до 12 групповых психокоррекционных занятий. Повторное диагностическое обследование после проведенных мероприятий (в сочетании с другими формами медико-психолого-педагогической помощи в нашем учреждении) может дать информацию о положительной динамике в познавательной деятельности у 56,9% детей, отмечается улучшения общего эмоционального фона настроения, снижения чувства тревожности, страха, раздражительности и появление социальной смелости и уверенности у 98,3% детей.

**Вывод.** Сочетание индивидуальных и групповых форм воздействия, применение различных видов медико-психолого-педагогической помощи, как можно ранее начало коррекционной деятельности помогает преодолеть многие недостатки в развитии личности ребенка с ограниченными возможностями здоровья.

*И.А. Сабитов, С.В. Губкина*

## ОЦЕНКА АУТОАГРЕССИИ У БОЛЬНЫХ С ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»  
ГКУЗ «Ульяновская областная клиническая психиатрическая  
больница имени В.А. Копосова»

**Актуальность.** Одной из фундаментальных характеристик человеческого поведения, обуславливающих особенности личностного отношения к действительности, является агрессивность и рассматриваемая большинством исследователей как врожденная, неотъемлемая черта существования в живом мире, связанной с борьбой за выживание, что подтверждается данными о существовании биологических механизмов, участвующих в агрессивном поведении. В свою очередь отказ от адекватных, прямых, ситуативно-обусловленных проявлений агрессивности может приводить к проявлениям ее в завуалированных формах, в частности – вызывать расстройства пищеварения. Установлено, что 80% всех диспепсических нарушений обусловлено первичными изменениями эмоционального состояния больных аутодеструктивного характера.

**Цель** – при изучении динамики показателей секреции и изменения состояния слизистой желудка определялись относительно специфичные сдвиги в условиях провоцирования различных психологических состояний. Реакции агрессивного и аутоагрессивного типа (враждебность, негодование, ярость) сопровождаются развитием гиперемии слизистой, появлением кровотока эрозий и повышением секреции, тогда как пассивные реакции (тревога, обида) сочетались с побледнением слизистой, уменьшением секреторной и моторной активности желудка (Wolf S., Wolf H., 1942). Изучение личностных особенностей больных с патологией желудочно-кишечного тракта определяет их повышенную эмоциональную возбудимость и склонность к эмоциям тревоги, опасения, страха и агрессии (Черноруцкий М.В., 1949). Астенические личностные черты нередко сочетаются у больных с заболеваниями ЖКТ с повышенной самооценкой, ответственным отношением к своим обязанностям, прямолинейностью в демонстрации развитого чувства долга (Белов В.П., 1971; Немчин Т.А., 1974). Аутоагрессия часто составляет поведение больных с заболеваниями ЖКТ, обуславливая их неконструктивную реализацию как в форме совершения асоциальных действий, так и в форме агрессивных тенденций, провоцируя развитие депрессивных реакций. Аутоагрессивное поведение в большинстве случаев является

одним из проявлений пограничной личностной организации, характеризующейся психологической недифференцированностью и зависимостью, диффузностью границ Я, избыточной вовлеченностью телесного пласта самосознания в образ Я, низкой способностью к саморегуляции аффективного опыта, хаотичными, манипулятивными стратегиями общения (Соколова Е.Т., 1995).

**Методы.** Экспериментально-психологическое исследование проводилось с использованием: опросника Басса-Дарки (1957); теста руки Э. Вагнера (Hand test) (1961); опросника социальной значимости болезни Сердюка; теста Роршаха на основе интегративной системы Экснера (Exner J.E., 1993).

**Результаты.** В исследовании приняли участие 32 больных с нарушением функции желудочно-кишечного тракта в возрасте от 40 до 82 лет, 12 – мужского пола и 20 – женского, страдающих гастритом (22,5%), язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки (41,93%), панкреатитом (35,48%), синдромом раздраженного кишечника (3,22%). Диагноз был подтвержден комплексом клинико-лабораторных данных. Контрольную группу составили 15 человек, практически здоровых в возрасте от 21 до 60 лет.

На основании опросника Басса-Дарки, в группе больных выявился достоверно ( $p < 0,05$ ) более высокий показатель агрессивного поведения по шкалам: «чувство вины» ( $6,73 \pm 1,48$ ), «вербальная агрессия» ( $6,0 \pm 1,41$ ), «индекс агрессивности» ( $13,37 \pm 2,94$ ), что указывало о повышенной эмоциональной возбудимости, наличии деструктивных тенденций, негативных чувств и оценок людей и событий, недоверия и враждебности к окружающему миру. На основании Hand test в группе больных выявлены достоверно ( $p < 0,05$ ) высокие показатели по категориям: «активный безличный ответ» ( $4,6 \pm 2,06$ ), «пассивный безличный ответ» ( $2,85 \pm 1,59$ ), «аффектация» ( $2,6 \pm 2,25$ ), «директивность» ( $2,3 \pm 1,52$ ), «агрессия» ( $1,6 \pm 0,59$ ), что свидетельствовало об эмоциональной амбивалентности, склонности к раздумыванию, переживанию, построению мысленных структур вместо реальных действий, отсутствию стремления учитывать чувства и намерения других. На основании теста Роршаха в группе больных выявлена особенность восприятия внешнего мира как враждебного, а отношения с людьми в реальности – опасные, отмечалась тенденция к накоплению и подавлению агрессии. Можно предположить, что в группе больных агрессивные тенденции, не получая адекватных внешних выражений, провоцируют дебют, течение и исход заболеваний желудочно-кишечного тракта.

**Выводы.** Таким образом, аутоагрессивные тенденции личностного реагирования больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта

оказывают существенное влияние как на сам процесс формирования и течения психосоматического страдания, так и на механизмы социально-психологической адаптации индивида к болезни, снижая качество жизни и ухудшая прогноз. Это обуславливает необходимость комплексной реабилитации больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта с включением техник психотерапевтической коррекции аутодеструктивных поведенческих паттернов.

*В.В. Бакшеев, А.П. Пятаков, Ф.Р. Николаев-Балл,  
Д.В. Романеев*

## РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО КРАНИОПЛАСТИКЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РАЗЛИЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ В УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»

Костный дефект черепа – отсутствие участка костной ткани, который образуется после нейрохирургического вмешательства на головном мозге. При краниотомическом дефекте у пациентов наблюдается специфический набор клинических проявлений, называемый «синдромом трепанированных». Этот комплекс характеризуется западением либо выбуханием содержимого черепа через краниотомическое окно, головными болями и утомляемостью. Для пациентов характерна метеочувствительность, формирование психологических нарушений, связанных с явным косметическим дефектом и вынужденными ограничениями в повседневной жизни. Краниопластика – операция по восстановлению герметичности черепа. Выполняется для защиты головного мозга от внешних воздействий, создание оптимальных условий для нормализации гемодинамики и ликвородинамики, профилактику деформации субдурального пространства и желудочковой системы, устранение косметического дефекта и психологического дискомфорта. Для закрытия дефекта применяются методики с использованием алло- и аутоотрансплантатов.

В настоящее время в УОКБ для закрытия костных дефектов черепа используются следующие материалы: полимеры (протакрил, палакос), металлы (титан и сплавы). Широко используется методика сохранения аутокости в подкожно-жировой клетчатке передней брюшной стенке при проведении декомпрессивных операций по поводу внутричерепных гематом (травматических и гипертензивных) и опухолей головного мозга, сопровождающихся выраженным отеком головного мозга и значимой дислокацией срединных структур.

В период с 2016 по 2021 в нейрохирургическом отделении Ульяновской областной клинической больницы произведено 160 операций по закрытию дефектов костей черепа. Из них с использованием аутокости выполнено 78 (48,75%) оперативных вмешательств, 64 операции с использованием синтетических полимеров (40,0%), с использованием титановых пластин выполнено 18 (11,25%). Закрытие костного дефекта

черепа проводилось в сроки от 2-х недель до 5-и лет после декомпрессивной трепанации черепа.

Оперативное вмешательство с использованием аутокости выполняется в течение 1-2 месяцев после выполнения декомпрессивной краниотомии. Пластика черепа аутокостью имеет ряд преимуществ (высокая конгруэнтность, низкий риск возникновения гнойно-воспалительных осложнений, отсутствие реакции прилежащих тканей на инородное тело) по сравнению с аллотрансплантатом. При нахождении костного лоскута в подкожно-жировой клетчатке передней брюшной стенке более 3-х месяцев выявляется несоответствие размеров аутоотрансплантата и костного дефекта, т.к. костный лоскут частично лизируется и уменьшается в размерах. Несоответствие размеров аутоотрансплантата размерам костного дефекта выявлено при проведении 7 оперативных вмешательств. Закрытие дефектов черепа у этих пациентов проведено с использованием синтетических полимеров. При пластике аутокостью осложнения, требующие удаления трансплантата, наблюдались у 2 пациентов (образование гнойных свищей с остеомиелитом).

Титан очень редко вызывает местные воспалительные реакции. При дефектах, располагающихся в одной анатомической зоне, пластика титановой сеткой не вызывает затруднений. При костных дефектах, располагающихся в сложных по конфигурации анатомических зонах, смоделировать трансплантат из титановой сетки довольно проблематично. Главным недостатком является наличие артефактов при проведении КТ и МРТ. В нашем наблюдении при использовании титановой сетки осложнения встречались единожды и выражались в недостаточной конгруэнтности аллотрансплантата, что привело к длительному сдавлению мягких тканей и развитию свищевого хода в отдаленном послеоперационном периоде.

Метилметакрилаты (протакрил, палакос) самый распространенный вид имплантатов. Они просты в применении, инертные и прочные. Их моделирование проводится интраоперационно, за счет мягкой консистенции в первые минуты смешивания компонентов. Главные его недостатки — это местная токсичность и повышенная экзотермическая реакция, что может привести к ожогу мягких тканей и адсорбции токсических веществ в области дефекта во время операции. Немаловажную роль играет более низкая стоимость материала. В нашем наблюдении при использовании метилметакрилата инфекционных осложнений при краниопластике не было.

**Заключение.** В Ульяновской областной клинической больнице широко применяются методики пластики черепа ауто- и аллотрансплантатами. Анализ результатов не выявил значимых различий как

при использовании конструкций из титана, протакрила, так и при использовании собственной кости. Краниопластику целесообразно выполнять в более ранние сроки (до 60 дней после декомпрессионной операции). Оптимальным сроком для проведения пластики черепа аутокостью является срок до 3 месяцев.

*А.А. Зотина, К.Т. Биктимирова, И.А. Анохина,  
Н.В. Гурьянова*

### **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВЕНОЗНОГО ИНСУЛЬТА ПРИ ТРОМБОФИЛИИ У МУЖЧИНЫ 62 ЛЕТ**

**ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»**

Тромбофилия – наследственные или приобретенные состояния, которые характеризуются чрезмерной склонностью организма к образованию тромбов в кровеносных сосудах. Под тромбообразованием понимают формирование сгустков крови в местах повреждения сосудистой стенки.

В неврологическом отделении для лечения больных с ОНМК находился на лечении с 28 мая 2020 г. пациент Е., 61 года, который поступил в отделение с диагнозом: «венозный инсульт на фоне тромбоза правых поперечного и сигмовидного синусов, частичного тромбоза верхнего сагитального синуса. Выраженный цефалгический синдром». Во время стационарного лечения стал предъявлять жалобы на выраженную головную боль, рвоту, звон в ушах. При осмотрах в неврологическом статусе выраженная общемозговая симптоматика с наличием головной боли, рвоты. При дополнительном дообследовании по данным КТ головного мозга: «Многоочаговое поражение головного мозга дисциркуляторного генеза. МР – картина окклюзии правых поперечного и сигмовидного синусов за счет тромбоза, частичного тромбоза верхнего сагитального синуса. УЗДГ МАГ – Стенозирующий атеросклероз МАГ. Пациент выписан в удовлетворительном состоянии».

16.03.2021 г. пациент Е., 62 года, поступил повторно в неврологическое отделение для лечения больных с ОНМК с диагнозом: «повторный венозный инсульт в правой гемисфере головного мозга. Инфаркт правой теменно-височной доле геморрагической трансформацией по типу пропитывания. Левосторонний гемипарез. Выраженный цефалгический синдром». При осмотрах: в неврологическом статусе очаговая неврологическая симптоматика в виде левосторонней гемигипестезии,

левостороннего гемипареза, выраженная общемозговая симптоматика с наличием головной боли. Пациент выписан в удовлетворительном состоянии. С целью исключения антифосфолипидного синдрома, тромбофилии, как причин повторяющихся венозных тромботических осложнений, пациенту было рекомендовано дообследование в амбулаторном порядке: «Кровь на мутации факторов II и V, кровь на протеин С и протеин S, антитромбин III, антитела к кардиолипину, В2-гликопротеину, волчаночный антикоагулянт». После дообследования в амбулаторных условиях: «Кровь на протеин С – 142% (40–140), протеин S-105,5% (74,1–146,1), волчаночный антикоагулянт не обнаружен, антитромбин III–116% (83–128), АТ к бета-2-гликопротеину 1, IgG+A+M-7,43 отн.ед/мл (< 20), антитела к кардиолипину – <2 отн.ед/мл (<12), мутации факторов II 20210 – обнаружен вариант полиморфизма предрасполагающий к развитию тромбоза в гетерозиготной форме. Консультирован гематологом 12.04.2021 г. амбулаторно, выставлен диагноз: «наследственная тромбофилия» (мутация FII). Назначено специфическое лечение.

В 2000 г. Р. Маусси определил наследственную тромбофилию как генетически детерминированную тенденцию к венозному тромбообразованию, которая, как правило, реализуется уже в молодом возрасте, при этом тромботические осложнения возникают без очевидной причины и имеют склонность к рецидивированию.

Таким образом, наследственные тромбофилии, такие как мутации фактора Лейдена, протромбина 20210, дефицит протеина С, S увеличивают риск возникновения ишемического инсульта у лиц младше 40 лет, в связи с чем своевременный скрининг на тромбофилии в данной возрастной группе при неясных причинах ишемического инсульта, наличии тромботических случаев в семейном анамнезе, ранних выкидышах необходим с целью первичной и вторичной профилактики острых сосудистых катастроф.

*А.Ш. Махмутова, Г.В. Косарева, С.Н. Юнусова,  
М.В. Драбовская*

## **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПЛЕКСНОГО ПРЕПАРАТА ИНОЗИН + НИКОТИНАМИД + РИБОФЛАВИН + ЯНТАРНАЯ КИСЛОТА В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ**

**ФКУЗ «Медико-санитарная часть МВД России по Ульяновской области»**

**Актуальность.** Ежегодно в России фиксируется более 430 000 случаев черепно-мозговых травм. Основная группа травматического поражения головы и головного мозга приходится на трудоспособное население. Клинические проявления в виде тревожности, нарушения когнитивных функций сохраняются и в отдаленном периоде перенесенной травмы, что существенно нарушает качество жизни и снижает работоспособность.

**Цель исследования** – проанализировать клинические особенности фармакологического влияния комбинированного препарата Инозин + Никотинамид + Рибофлавин + Янтарная кислота в отдаленном периоде перенесенной черепно-мозговой травмы.

**Методы исследования.** Исследование проведено на базе ФКУЗ МСЧ МВД по Ульяновской области. В исследование включены 76 человек, перенесших черепно-мозговую травму (сотрясение головного мозга, ушиб головного мозга легкой и средней степени), давностью не менее 2 лет. Возраст пациентов 30–57 лет (средний возраст 43±3,8). В исследуемую группу включены пациенты, имеющие 3 и более симптомов из следующих: цефалгический, диссомнический, тревожный, астенический, синдром когнитивного снижения. Критерием исключения является наличие иной сопутствующей цереброваскулярной патологии. Всем пациентам была проведена оценка когнитивной функции с использованием краткой шкалы оценки психического статуса (MMSE), таблиц Шульте, корректурных проб, также оценен уровень тревожности пациентов по Госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS), оценено качество сна согласно субъективным данным и Шкале (Epworth). С целью коррекции общего состояния, вышеперечисленных симптомов пациенты исследуемой группы (42 человека) получали в качестве основного препарата комплекс Инозин + Никотинамид + Рибофлавин + Янтарная кислота, пациенты контрольной группы (37 человек) – иной антиоксидантный

препарат (этилметилгидроксипирилина сукцинат). Курс лечения составил 14 дней.

**Результаты.** Общее состояние пациентов, включенных в данное исследование, оценивалось как удовлетворительное. Исходные данные обеих групп имели схожие характеристики. В исследуемой группе: легкие когнитивные нарушения выявлены у 14 человек (33,3%), умеренные – 1 (2,5%), в контрольной – 11 человек (29,7%) легкие нарушения, 1 человек (2,8%) – умеренные. Уровень тревожности повышен у 30,9% исследуемой группы и у 29,7% контрольной группы. Скорость реакции при выполнении корректурных проб снижена у 28,5% исследуемой группы и у 29,7% контрольной группы. Выявлены нарушение сна умеренного характера у 47,6% исследуемой и 35,1% контрольной группы, выраженные нарушения сна у 14,4% исследуемой и 16,3% контрольной групп. После проведенного лечения повторно оценивалось состояние данных показателей в динамике. В результате в исследуемой группе отмечено улучшение качества сна у 69,2% пациентов в виде уменьшения количества пробуждений и улучшения процесса засыпания, уровень тревожности снизился у 92%, скорость реакции увеличилась у 66% пациентов. В контрольной группе данные показатели составляют: улучшение качества ночного сна – 27,7%, снижение тревожности – 40%, улучшение скорости реагирования – 63%. Стоит отметить, что в данных группах после проведения лечения не было отмечено существенного изменения состояния когнитивных функций.

**Выводы.** Применение комбинированного препарата Инозин + Никотинамид + Рибофлавин + Янтарная кислота позволяет усилить концентрацию и устойчивость внимания, уменьшить уровень тревожности и улучшить ночной сон у лиц в отдаленном периоде перенесенной черепно-мозговой травмы. Таким образом сохраняется работоспособность и качество жизни пациентов.

*Н.П. Новикова, Н.В. Гурьянова, В.А. Павлова*

## **НАРУШЕНИЯ СНА В ОСТРЫЙ ПЕРИОД ИНСУЛЬТА**

**ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»**

Сон является необходимым физиологическим процессом, без которого, наряду с питанием, дыханием и физической активностью, невозможна жизнедеятельность организма человека. Во время сна обрабатывается информация, происходит моделирование предстоящих событий,

убираются ненужные нейронные связи, протекает репарация ДНК нейронов, идет активное образование иммунокомпетентных клеток.

Нарушение сна может проявляться в виде: *инсомнии* – нарушения засыпания, частых пробуждений, нарушения нормальной структуры сна; *гиперсомнии* – непреодолимого желания спать, нарушения циркадных ритмов, *парасомнии* – двигательных и психомоторных расстройств во сне, синдрома апноэ во сне.

Симптомы ОНМК очень многообразны и зависят от локализации и размеров поражения головного мозга. Одним из часто наблюдаемых проявлений ОНМК является нарушение сна. В результате инсульта, помимо некроза ткани мозга, также нарушаются связи между нейронами, меняется нормальная выработка нейромедиаторов.

Причины нарушения сна при инсульте могут быть первичными, т.е. обусловленными органическим поражением ГМ и вторичными, к сожалению, имеющими место при стационарном лечении: наличие шума, излишняя освещенность, необходимость выполнения процедур в ночное время, побочные эффекты препаратов.

В неврологическом отделении для лечения больных с ОНМК ГУЗ УОКБ проблема диссомнии очень актуальна, имеет место у 63% пациентов, характерна как для ишемических, так и для геморрагических инсультов. В структуре всех наблюдаемых диссомний гиперсомния занимает 5%, инсомнии возникают у 47% больных, нарушение циркадных ритмов у 20%, синдром апноэ во сне у 11%, смешанные нарушения наблюдались у 17% пациентов.

При нарушении сна к наличию очаговой неврологической симптоматики присоединяются дневная сонливость, ухудшение памяти и когнитивных функций, снижение мотивации, депрессия, быстрая утомляемость. Кроме того, это касается не только пациента, но и его ближайшего окружения, ведь в результате ночь будет бессонной не только для больного, но и для его родственников. Все это значительно снижает возможность восстановления утраченных функций, в том числе движения, речи и снижает реабилитационный потенциал.

Терапия заключается в создании условий для нормализации сна, соблюдении гигиены сна, психотерапии, наличии адекватной дневной физической нагрузки, базисной терапии инсульта и сопутствующей патологии, в том числе обезболивание при необходимости и использование кислородотерапии при синдроме апноэ во сне. И только в последнюю очередь назначаются специфические лекарственные препараты, с учетом их побочных эффектов в виде излишней дневной сонливости, высокой вероятности падений, невозможности реализации нормальной структуры сна. Используются бензодиазепины, противоэпилептические

препараты, седативные антидепрессанты, антипсихотики. При гиперсомнии применяются препараты леводопы в небольших дозах.

Лечение диссомнии имеет важное значение в терапии ОНМК, форсирует восстановление потерянных функций, повышает двигательную активность, концентрирует внимание, стабилизирует эмоциональное состояние, нормализует гемодинамику, улучшает прогноз при инсульте и ускоряет возвращение пациента к нормальной жизни.

### Ш.Ф. Хаернасов

## СОВРЕМЕННЫЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ БОЛИ В НИЖНЕЙ ЧАСТИ СПИНЫ

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

Боль в нижней части спины (БНЧС) относится к числу ведущих причин нетрудоспособности взрослого населения во всех развитых странах мира.

Хроническая неспецифическая БНЧС – скелетно-мышечная боль, которая локализуется между XII парой ребер и ягодичными складками и сохраняется 12 нед. и более. Диагноз хронической неспецифической БНЧС основывается на тщательном сборе жалоб и анамнеза, данных неврологического, соматического и нейроортопедического обследования.

Пациентам с хронической БНЧС показаны инструментальные обследования: рентгенологическое исследование, рентгеновская компьютерная (КТ) или магнитно-резонансная (МРТ) томография поясничного отдела. Диагностика хронической неспецифической БНЧС основывается на исключении специфических причин БНЧС. В лечении пациентов с хронической неспецифической БНЧС эффективен междисциплинарный подход, который подразумевает участие в терапевтическом процессе нескольких специалистов: невролога, психотерапевта (или клинического психолога), психиатра, кинезиотерапевта, анестезиолога. Междисциплинарное лечение хронической неспецифической БНЧС включает оптимальную фармакотерапию, рациональную физическую активность, лечебную гимнастику, психологические методы, образовательную программу.

Психологические методы повышают приверженность пациентов с хронической неспецифической БЧНС выполнению рекомендаций врача. Психологические методы помогают изменить представления пациентов о физической активности и связанные с ней ожидания, повысить их приверженность лечебной гимнастике и другим видам физических упражнений.

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) признается самым изученным видом психотерапии. КПТ – это не просто беседа с пациентом о заболевании, информирование его о причинах боли и благоприятности прогноза. КПТ – систематизированный метод, в котором применяются когнитивные (когнитивная перестройка) и поведенческие (поведенческий эксперимент) техники, нацеленные на решение проблемы. Главные цели КПТ хронической боли – обучить пациента эффективным навыкам преодоления боли, повысить его повседневную активность. С помощью КПТ изменяют негативные представления пациента о боли и физической активности (когнитивная перестройка) и обучают его новому поведению в повседневной жизни (поведенческий метод).

Майндфулнесс – психологический метод лечения хронической боли и эмоциональных нарушений, основанный на медитации. Применение майндфулнесс в медицине и психологии научно обосновано. На сегодняшний день более 250 клиник в мире применяют метод майндфулнесс в лечении пациентов с эмоциональными расстройствами и хронической болью. Основная идея терапевтической техники майндфулнесс заключается в полном перенесении внимания на настоящий момент, без какой-либо оценки себя и окружающей действительности. Для лечения боли в спине используются 2 структурированные программы на основе майндфулнесс: «Снижение уровня стресса с помощью практик осознанности» и «Когнитивная терапия на основе осознанности».

Таким образом, психологические методы играют важную роль в лечении пациентов с хронической неспецифической БЧНС. КПТ и майндфулнесс – основные психологические методы, которые применяются при хронической неспецифической БЧНС. КПТ и майндфулнесс эффективны в отношении облегчения боли, повышения трудоспособности и физической активности в течение дня. В лечении пациентов с хронической неспецифической БЧНС эффективно комбинированное, междисциплинарное лечение, которое включает образовательную программу, психологические методы, лечебную гимнастику, физическую активность и оптимальную фармакотерапию.

*Н.В. Гурьянова, Т.К. Бондарь, Е.В. Якутова*

## **ПЕРВИЧНЫЙ ВАСКУЛИТ (АНГИИТ) ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ С ЦЕФАЛГИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И ПОВТОРНЫМИ ИНСУЛЬТАМИ В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ**

**ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»**

Первичный васкулит (ангиит) центральной нервной системы (ПВЦНС) является редким заболеванием, поражающим сосуды головного, спинного мозга и мягкой мозговой оболочки при отсутствии признаков системного воспаления. ПВЦНС составляет 1,2% всех васкулитов с вовлечением центральной нервной системы и чаще всего диагностируется у мужчин на 3-4-м десятилетии жизни. В основе лежит воспалительная инфильтрация сосудистой стенки с последующей пролиферацией интимы, с исходом в фиброз и окклюзию сосуда. Пусковым фактором аутоиммунного процесса являются инфекции (цитомегаловирус, опоясывающий герпес, ВИЧ, микоплазма, хламидии), но в большинстве случаев предшествующий инфекционный процесс выявить не удаётся.

Представлено клиническое наблюдение пациента С., 45 лет, поступившего в УОКБ в январе 2022 г. с жалобами на головную боль, отсутствие движений в левых конечностях. С апреля 2021 г. стал отмечать кратковременные приступы онемения в левых конечностях. В мае 2021 г. лечился в УОКБ с диагнозом «ишемический инсульт в бассейне правой средней мозговой артерии с преходящим левосторонним гемипарезом. Симптоматическая эпилепсия». Инфаркт мозга подтвержден данными нейровизуализации (МРТ + МР ангиография), патологии артерий, вен не выявлено. В августе 2021 г. пациент перенес повторный ишемический инсульт в вертебрально-базиллярном бассейне на фоне COVID-19, внебольничной пневмонии. В последующем двигательные функции восстановились, но присоединились психоорганический синдром (апатия, снижение интереса к семье, работе) и стойкие головные боли, не купируемые анальгетиками. 27.12.21 г. – преходящее нарушение мозгового кровообращения с преходящей слабостью в левых конечностях в течение нескольких часов, а 9.01.22 г. остро развивается плегия в левых конечностях.

Анамнез жизни без особенностей. Курит по пачке сигарет в сутки. Наследственность по заболеваниям сердечно-сосудистой системы, патологии головного мозга, свертывающей системы не отягощена.

Объективные данные: телосложение нормостеническое. Со стороны сердечно-сосудистой системы и внутренних органов патологии не выявлено. В неврологическом статусе обращала на себя внимание стойкая головная боль, плохо купируемая анальгетиками. Менингеальных симптомов нет. Черепно-мозговая иннервация – асимметрия глазных щелей S>D. Частичный парез зрения влево. Лицо асимметричное. Язык отклонен вправо. Легкая дизартрия. Грубый левосторонний гемипарез, сила мышц в конечностях снижена до 0.5–1 баллов, тонус мышц в конечностях S<D. Глубокие рефлексы высокие, S>D. Брюшные рефлексы асимметричные, S<D. Функция тазовых органов не нарушена.

По данным дополнительных исследований: в ОАК: лейкоцитоз  $10,7 \times 10^9/\text{л}$ . В крови методом ПЦР выявлены антитела к вирусу простого герпеса 1 и 2 типов IgG – 26.3 (положительно). Пациент обследован по программе тромбофилий, системных заболеваний соединительной ткани: патологии не выявлено. При исследовании цереброспинальной жидкости: белок – 0,38 г/л, цитоз –  $1 \times 10^6/\text{л}$  (1 лимфоцит). По ЭЭГ: на пробы (больше на гипервентиляцию) регистрируются эпилептиформные комплексы в виде острая-медленная волна, спайк комплексов, пароксизмов тета-волн в лобно-центральной области слева. Данные повторно проведенных МРТ головного мозга неспецифичны и включают в себя инфаркты в бассейне правой и средней мозговой артерий, кистозно-глиозные изменения правой лобно-височной области. **Церебральная ангиография** выявила окклюзию правой ПМА в среднем сегменте.

Диагноз ПВЦНС выставлен на основании наличия стойкого цефалгического синдрома, не купируемого анальгетиками, регрессировавшего на фоне начала лечения глюкокортикостероидов; стойкой субфебрильной лихорадки, ишемических инсультов в течение года (неуточненных патогенетических вариантов по критериям TOAST) в молодом возрасте, повторяющихся на фоне приема антиагрегантов и антикоагулянтов; эписиндрома с активностью по ЭЭГ; психоорганического синдрома с ранними для данного возраста когнитивными нарушениями при исключении др. системных заболеваний, тромбофилий, гемоцистеинемии. Назначение кортикостероидов (преднизолон в дозе 80 мг/сут) привело к стабилизации состояния пациента: регрессировали лихорадка, головная боль, прекратилось нарастание неврологической симптоматики.

*И.В. Грешинова, Н.О. Жаринова, Е.С. Преображенская*

## ВЫЯВЛЕНИЕ ОЛИГОКЛОНАЛЬНЫХ АНТИТЕЛ В ЛИКВОРЕ С ЦЕЛЬЮ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»

Рассеянный склероз (РС) – хроническое демиелинизирующее заболевание нервной системы. Вопрос развития и поиска методов ранней диагностики данного состояния является одной из актуальных проблем в современной неврологии. Диагноз «рассеянный склероз» выставляется при соблюдении критериев МакДональда (2017 г.), которые включают в себя особенности клинической картины течения заболевания и определенные нейровизуализационные критерии при проведении магнитно-резонансной томографии (МРТ), а также «золотой стандарт» диагностики – проведение анализа ликвора и сыворотки крови на олигоклональный IgG. Интерпретация анализа происходит следующим образом: 1 тип синтеза (поликлональный) – лабораторная норма, в то время как наличие 2 типа синтеза (олигоклонального) подтверждает наличие у пациента демиелинизирующего процесса.

В настоящее время в условиях Ульяновской областной клинической больницы активно проводится диагностика РС, в том числе проведение анализа ликвора и сыворотки крови на олигоклональный IgG. **Целью** данного исследования являлось изучение типичного «портрета» пациента с подозрением на демиелинизирующий процесс и оценка дальнейшей тактики ведения пациентов с впервые установленным диагнозом рассеянного склероза.

Были проанализированы истории болезни и амбулаторные карты пациентов, которым проводился анализ ликвора на олигоклональный IgG. За 2020–2021 гг. в условиях УОКБ было проведено 49 процедур забора спинномозговой жидкости для диагностики РС. Первый тип синтеза был выявлен у 24 пациентов, медианный возраст  $39,5 \pm 11,19$  лет; в то время как второй тип синтеза (подтвержденный диагноз РС) был выявлен у 25 человек, медианный возраст  $34 \pm 9,48$  года. По половому признаку пациенты были распределены: 17 женщин и 8 мужчин. Медианный стаж заболевания на момент проведения процедуры  $2 \pm 4,25$  года (от полугода до 16 лет). Инвалидизация пациентов с рассеянным склерозом оценивается по шкале EDSS (Expanded Disability Status Scale, расширенная шкала оценки степени инвалидизации). Средний балл по шкале EDSS впервые диагностированных пациентов составлял  $2 \pm 1,82$  балла. По типу



течения пациенты распределились следующим образом: 18 исследуемых имело ремитирующий тип течения (РРС), 7 пациентов – первично-прогрессирующий тип (ППРС). Медианный возраст данных групп пациентов составлял  $33,5 \pm 8,71$  лет – при РРС и  $35 \pm 11,14$  лет – при ППРС. При сравнении данных когорт имел разницу стаж заболевания –  $1,5 \pm 3,79$  года стаж РРС,  $4 \pm 5,06$  года – при ППРС. Обращает на себя внимание значительная разница при оценке по шкале EDSS: средний балл в группе ремитирующего течения составлял  $1,25 \pm 0,58$ , в то время как в группе первично-прогрессирующего течения показатель равнялся  $5,5 \pm 1,65$  баллов. Все пациенты с впервые выставленным диагнозом «рассеянный склероз» были взяты в группу получающих препараты, изменяющие течение рассеянного склероза (ПИТРС). Пациентам с ремитирующим типом заболевания были назначены препараты первой линии терапии, в частности: 10 человек начали терапию инъекционными препаратами интерферонового ряда с частотой введения 1 раз в неделю и 1 раз в две недели, 2 пациента стали принимать высокодозный препарат интерферонового ряда, применяющийся через день (ввиду большого стажа заболевания) и 6 пациентов были отобраны на прием ежедневного таблетированного препарата. Группе пациентов с ППРС, согласно действующим на данный момент клиническим рекомендациям по ведению больных с РС, инициирована терапия препаратами второй линии терапии (моноклональными антителами).

Более высокий балл по шкале оценки инвалидизации в группе пациентов с ППРС связан с особенностями течения данного типа заболевания. При оценке результатов работы обращает на себя внимание низкий балл инвалидизации и молодой возраст группы РРС – это говорит о том, что своевременное начало лечения данного заболевания позволяет улучшить качество жизни пациентов, отсрочив наступление инвалидизации. Кроме того, наличие у пациента низкого балла по шкале EDSS позволяет применять пероральные препараты ПИТРС и препараты с редким режимом введения, что также положительно влияет на качество жизни пациентов и комплаентность лечения.

*И.В. Грешинова, Т.В. Федотова, Н.О. Жаринова*

## **ПЕРВЫЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОКРЕЛИЗУМАБА У ПАЦИЕНТОВ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ В УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

**ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»**

Рассеянный склероз (РС) – аутоиммунное заболевание нервной системы, без надлежащего лечения приводящее к инвалидизации пациентов. В мировой практике существует две линии терапии данного заболевания, ежегодно внедряются в практику новые препараты. Пациенты с рассеянным склерозом в Российской Федерации обеспечиваются терапией бесплатно в рамках льготной федеральной программы «14 высокозатратных нозологий». Одним из самых актуальных методов лечения РС в настоящий момент является применение препаратов моноклональных антител. В условиях Ульяновской областной клинической больницы проводятся инфузии трех лекарственных средств данной группы. В частности, в 2021 г. в льготный перечень был включен препарат Окрелизумаб – рекомбинантное гуманизированное моноклональное антитело, селективно воздействующее на В-клетки, экспрессирующие CD20 (поверхностный антиген, расположенный на пре-В-клетках, зрелых В-клетках и В-клетках памяти). В настоящий момент препарат является единственным для лечения первично-прогрессирующего типа течения рассеянного склероза (ППРС). Режим дозирования данного лекарственного средства – внутривенная инфузия с премедикацией, дозировкой 600 мг 1 раз в 6 месяцев. Целью данного исследования являлось изучение группы пациентов, получающих данный вид терапии, оценка профиля переносимости инфузий.

В 2021 году терапию препаратом Окрелизумаб получило 13 пациентов, 8 женщин и 5 мужчин, в ходе исследования был произведен анализ их медицинской документации.

Медианный возраст исследуемой группы:  $37 \pm 8,11$  лет. Стаж заболевания  $9 \pm 5,18$  лет (от 2 до 18 лет). По типу течения заболевания пациенты были распределены на три группы: 5 человек имели первично-прогрессирующий тип заболевания, 3 – высокоактивный рассеянный склероз (ВАРС), пятеро – ремитирующий тип течения (РРС). Трое пациентов были отобраны на получение препарата согласно рекомендации специалистов по демиелинизирующим заболеваниям федеральных центров. Троице пациентам был назначен данный препарат ввиду наличия противопоказаний к применению другого препарата моноклональных антител

(высокий индекс антител к вирусу Джона Каннингема (JCV) – противопоказание к применению препарата Натализумаб. Медианное количество препаратов, применяемых пациентом до назначения Окрелизумаба, составило  $2 \pm 1,53$  (от 0 до 6 препаратов). Инвалидизация пациентов с рассеянным склерозом оценивается по шкале EDSS (Expanded Disability Status Scale, расширенная шкала оценки степени инвалидизации). Медианный балл оценки неврологического статуса пациентов в данном исследовании составил  $5,5 \pm 1,27$  баллов. Стоит отметить хорошую переносимость данного препарата. Единственным побочным эффектом стало появление сыпи на фоне проведения инфузии (3 пациента), которая была купирована применением антигистаминных препаратов. За период наблюдения пациентов в период получения препарата обострений заболевания не отмечалось, что говорит о высокой клинической эффективности препарата.

Таким образом, терапия препаратом Окрелизумаб является эффективным и безопасным методом лечения пациентов с рассеянным склерозом. Однако стоит отметить, что применение препаратов второй линии терапии требует тщательного мониторинга состояния пациентов (проведение общего анализа крови, мочи, биохимического анализа, анализа крови на маркеры гепатитов, ВИЧ инфекцию, исключение латентных форм туберкулеза, онкологический скрининг). Обязательным является проведение магнитно-резонансной томографии (МРТ) через 6 месяцев после первой инфузии, далее – ежегодно.

### *Ш.Ф. Хаернасов*

## **СОВРЕМЕННЫЕ НЕФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ БОЛИ В НИЖНЕЙ ЧАСТИ СПИНЫ**

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

Боль в нижней части спины (БНЧС) относится к числу самых распространенных причин обращения к врачу.

Хроническая неспецифическая БНЧС – скелетно-мышечная боль, которая локализуется между XII парой ребер и ягодичными складками и сохраняется 12 нед. и более. В лечении пациентов с хронической

неспецифической БНЧС необходим комплексный междисциплинарный подход с участием врачей невролога, психотерапевта, психиатра, кинезиотерапевта. Комплексное междисциплинарное лечение хронической неспецифической БНЧС включает фармакотерапию, лечебную гимнастику, психологические методы, образовательную программу, рациональную физическую активность, мануальную терапию.

Методы лечения хронической неспецифической БНЧС можно разделить на фармакологические, нефармакологические, инвазивные и хирургические.

Нефармакологические методы играют ведущую роль в терапии пациентов с хронической неспецифической БНЧС.

Образовательная беседа с пациентом о боли в спине – пациента необходимо информировать о доброкачественном характере заболевания, целесообразности сохранять физическую, социальную и профессиональную активность, избегать постельного режима.

Лечебная гимнастика – наиболее эффективное направление лечения хронической неспецифической БНЧС. Выделяют три основные группы упражнений: биомеханические, аэробные и осознанные. Упражнения, выполняемые под контролем специалиста по лечебной гимнастике, более эффективны для облегчения боли и улучшения качества жизни.

Пешие прогулки, ходьба – высокоэффективный метод лечения и профилактики хронической неспецифической БНЧС.

Психологические методы терапии составляют основу мультидисциплинарного ведения пациентов с хронической неспецифической БНЧС.

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) – краткосрочный метод психотерапии с доказанной эффективностью в лечении болевых синдромов.

КПТ – структурированный метод, в котором применяются когнитивные (когнитивная перестройка) и поведенческие (поведенческий эксперимент) техники, нацеленные на решение проблемы.

Майндфулнесс – психологический метод лечения хронической боли и эмоциональных нарушений, основанный на медитации. Применение майндфулнесс в медицине и психологии научно обосновано.

Мануальная терапия рекомендуется при хронической скелетно-мышечной БНЧС. Показаны мягкие мышечно-энергетические техники, такие как постизометрическая релаксация (ПИР).

Кинезиотейпирование может быть использовано в качестве дополнительной терапии при БНЧС.

Реабилитация и санаторно-курортное лечение рекомендуется всем пациентам с хронической БНЧС. Реабилитация может включать

лечебную гимнастику, мануальную терапию, психологические методы, низкочастотную импульсную магнитотерапию.

Подход к терапии хронической неспецифической БНЧС должен быть комплексным и включать фармакологические и нефармакологические методы с доказанной эффективностью. Сочетание рациональной фармакотерапии, лечебной гимнастики, психологических методов (КПТ, майндфулнесс), мануальной терапии, постепенное увеличение физической активности – эффективная терапевтическая программа, которая позволяет помочь пациентам с хронической неспецифической БНЧС.

*О.В. Шабалина, З.К. Фехретдинова, Р.Р. Иматдинова,  
Л.В. Абраменкова*

## ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ РАБОТЫ ГУЗ «ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР» В 2021 ГОДУ

### ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер»

**Актуальность проблемы.** ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер» является головным учреждением по профилю «онкология» в Ульяновской области. Снижение смертности от онкологических заболеваний – одна из задач государственной политики в сфере здравоохранения, провозглашённой в Указе Президента Российской Федерации от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» и Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года.

**Цель** – провести анализ основных показателей работы ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер» (далее – ГУЗ ОКОД) в 2021 году.

Результаты. ГУЗ ОКОД в 2021 году развернуто 360 коек круглосуточного пребывания, 118 коек дневного стационара. В 2021 году в амбулаторно-поликлинических подразделениях проведено 89 855 консультаций. Территориальная программа государственных гарантий (далее – ТППГ) по амбулаторной помощи выполнена на 106,3% по посещениям, на 118,1% – по обращениям, на 103,1% – по консультациям. Выполнено высокотехнологичных обследований: КТ с контрастным усилением – 4 824 случая (111,7% плана ТППГ), МРТ с контрастным усилением – 339 случаев (175,9% плана ТППГ), МРТ без контрастного усиления – 692 случая (111,3% плана ТППГ). В круглосуточном стационаре по профилю «онкология» пролечено 11 028 больных (139,6% плана ТППГ), по профилю «радиология» пролечено 417 пациентов (119,1% ТППГ), в дневном стационаре по профилю «онкология» пролечено 4 789 случаев (133,9 плана ТППГ), в дневной стационаре по радиологии – 390 (106% плана ТППГ). Работа койки круглосуточного стационара составила 273,2, что на 2,0% ниже показателя 2020 года (278,7 – в 2020 году), оборот койки в 2021 году составил 35,8, что на 0,6% ниже показателя 2020 года (36,0 – в 2020 году). Среднее пребывание больного на койке в 2021 году составило 7,6, что ниже на 1,3% показателя 2020 года (7,7 – в 2020 году). Общее количество проведенных операций в круглосуточном стационаре ГУЗ ОКОД – 5 166, что выше на 14,5% показателя 2020 года (4 471

в 2020 году). Хирургическая активность отделений – 47,9, что на 8,9% выше показателя 2020 года (44,0 в 2020 году). Количество проведенных курсов химиотерапии – 13 393, что на 7,7% выше показателя 2020 года (12 433 курса в 2020 году). Количество курсов лучевой терапии – 1 256, показатель остается на уровне прошлого года. Высокотехнологичная медицинская помощь оказана 1 288 пациентам, что на 3,5% выше показателя 2020 года (1 244 пациента в 2020 году). Больничная летальность остается стабильной на протяжении 3 лет – 0,4.

**Заключение.** Работа койки круглосуточного стационара снизилась в связи с неблагоприятной эпидемиологической ситуацией по новой коронавирусной инфекции и рядом ограничительных мероприятий на уровне региона и Минздрава Ульяновской области. Кроме того, в связи с карантинными мероприятиями при выявлении больных с COVID-19 в стационаре поочередно закрывались на госпитализацию и на обсервацию ряд отделений диспансера.

Показатель оборота койки увеличился за счет внедрения принципов рационального использования коечного фонда и увеличения объемов обследования на амбулаторном этапе. Число проведенных курсов химиотерапии стабильно увеличивается за счет увеличения финансирования, лучшего обеспечения лекарственными препаратами и внедрения клинических рекомендаций по лечению пациентов с ЗНО.

*О.В. Шабалина, С.В. Панченко, А.В. Романова,  
С.А. Щелькалина*

### **РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОГРАММЫ «БОРЬБА С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ» В РАМКАХ НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА «ЗДРАВООХРАНЕНИЕ» В УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ В 2021 ГОДУ**

**ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер»**

**Актуальность проблемы.** На территории Ульяновской области с 2019 г. реализуется региональная программа «Борьба с онкологическими заболеваниями» в рамках национального проекта «Здравоохранение» (далее – Программа). Программа направлена на снижение смертности от онкологических заболеваний путем реализации плана мероприятий, направленных на профилактику онкологических заболеваний,

увеличение доступности 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 2021 г.

**Результаты.** В региональной программе «Борьба с онкологическими заболеваниями» были определены следующие целевые показатели на 2021 г.: доля злокачественных новообразований, выявленных на ранних стадиях (I-II стадии) – 55,6%; удельный вес больных со злокачественными новообразованиями, состоящих на учете 5 лет и более – 58,4%; годовая летальность больных со злокачественными – 22,7%. В 2021 году определен дополнительный показатель Программы: доля лиц с онкологическими заболеваниями, прошедших обследование и/или лечение в текущем году, в общем числе лиц с заболеваниями ЗНО, состоящих под диспансерным наблюдением – 66,0%.

Для достижения целевых показателей проводилась профилактическая работа с населением проводилась в рамках «Всемирного дня борьбы против рака», «Дня борьбы против рака груди», «Недели осведомленности об опухолях головы и шеи», «Недели национальных проектов», врачи онкологи принимали участие в ТВ-программах, выступали на радио. Реализован проект «Школа ранней диагностики, лечения, профилактики рака» с участием кафедры онкологии и лучевой диагностики УлГУ – проведено 9 Школ в режиме ВКС. Специалистами ГУЗ ОКОД осуществлялись выезды в медицинские организации Ульяновской области с целью оказания организационно-методической помощи по совершенствованию работы первичных онкокабинетов (37 выездов). Специалисты ГУЗ ОКОД участвовали в акциях агитпоезда «От рождения до успешного старения» (14 выездов). Обеспечено своевременное проведение конкурсных мероприятий по приобретению лекарственных противоопухолевых препаратов, лечебно-диагностического оборудования в ГУЗ ОКОД (приобретено и введено в эксплуатацию 4 единицы в 2021 году). Обеспечена запись пациентов на прием к специалистам ГУЗ ОКОД через систему электронной регистратуры. Увеличено число проведенных телемедицинских консультаций с национальными медицинскими исследовательскими центрами (291ТМК). Обеспечено выполнение Территориальной программы государственных гарантий по круглосуточному и дневному стационару в ГУЗ ОКОД на 100%. В Ульяновской области открыто 2 Центра амбулаторной онкологической помощи, что увеличило доступность медицинской помощи пациентам с подозрением или выявленным злокачественным

новообразованием. Выполнение показателей региональной программы в 2021 году: доля злокачественных новообразований, выявленных на ранних стадиях – 55,6%. Показатель достигнут. Удельный вес больных со злокачественными новообразованиями, состоящих на учете 5 лет и более, – 58,4%. Показатель достигнут. Одногодичная летальность – 22,7%. Показатель достигнут. Доля лиц с онкологическими заболеваниями, прошедших обследование и/или лечение в текущем году – 71,4%. Показатель достигнут.

**Заключение.** Достижение показателей федерального проекта на территории Ульяновской области говорит об эффективности проводимых мероприятий в рамках региональной программы.

*О.В. Шабалина, В.В. Смирнов, И.С. Панченко, Л.Р. Зарипов*

### ОСОБЕННОСТИ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ НА ТЕРРИТОРИИ УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ В 2021 ГОДУ

ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер»

**Актуальность проблемы.** Выявление злокачественных новообразований на ранних стадиях является залогом успешного лечения онкологических пациентов. 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 2021 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. Однако свои коррективы ввела пандемия новой коронавирусной инфекции (COVID-19). В соответствии Указом Губернатора Ульяновской области от 12.03.2020 №19 «О введении режима повышенной готовности и установлении обязательных для исполнения гражданами и организациями правил поведения при введении режима повышенной готовности» в связи с распространением в Ульяновской области новой коронавирусной инфекции (COVID-19)

до июня 2021 года было приостановлено проведение профилактических медицинских осмотров и диспансеризации.

**Результаты.** В 2021 году в Ульяновской области заболеваемость злокачественными новообразованиями составила 422,7 на 100 тыс. населения, что на 7,9% выше, чем в 2020 году – 391,8 на 100 тыс. населения. Показатель активного выявления злокачественных новообразований в 2021 году составил 25,1%, что на 9,7% ниже, чем в 2020 году – 27,8%. В 2021 году I-II стадию заболевания из числа больных, выявленных активно, имели 84,7, что на 3,5% выше, чем в 2020 году – 81,8%. В рамках профилактических мероприятий обследовано цитологическим методом 130 189 женщин, что соответствует 95,7% женского населения, подлежащего осмотру, в 2020 году – 134 010 женщин (98,5%). Осмотрено в мужских смотровых кабинетах 42 869 человек, что соответствует 80,1% мужского населения, подлежащего осмотру, в 2020 году – 47 877 (89,5%). Проведено исследований крови на простатспецифический антиген у 39 190 пациентов (122% к подлежащим), в 2020 году – 27 899 (86,9%), проведена маммография – 55 354 женщинам (30,3% к подлежащим), в 2020 году – 49 873 (30,3%). Анализ кала на скрытую кровь проведен 30 727 пациентам, 85,7% подлежащим исследованию, в 2020 году – 39 210 (85%).

**Заключение.** Ввиду ограничительных мероприятий по новой коронавирусной инфекции (COVID-19) на территории Ульяновской области снизилось количество обследованных лиц в рамках профилактических мероприятий и, соответственно, снизился показатель активного выявления злокачественных новообразований. Активное выявление злокачественных новообразований на ранних стадиях в 2021 году ниже уровня 2020 года, что говорит о неудовлетворительной онконастороженности врачей первичных медицинских организаций.

*И.И. Антонеева, С.О. Генинг, Д.Ф. Мясникова*

### ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ РОЛЬ КОМПОНЕНТОВ ГЛУТАТИОНОВОЙ СИСТЕМЫ АСЦИТА ПРИ РАКЕ ЯИЧНИКОВ

ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер»

Актуальной клинической задачей является поиск чувствительных биомаркеров в канцерогенезе яичников для предсказания неблагоприятных клинических исходов химиотерапии. Перспективным

в диагностических целях является изучение состава опухолевого асцита при раке яичников (РЯ) ввиду его доступности и информативности по наличию биологически важных регуляторов опухолевого роста, а также содержащихся клеток первичной опухоли яичников. **Целью** исследования явилась биохимическая оценка глутатионовой системы в опухолевых клетках асцита при РЯ.

**Материал и методы.** В исследование включены 40 пациентов с асцитной формой РЯ на III-IV стадии по FIGO (медиана возраста 62 года), проходивших лечение в период с 2016–2019 гг. в ГУЗ ОКОД. Опухолевые клетки асцита собирали путем центрифугирования при 1500 об/мин. В лизате клеток спектрофотометрически определяли активность глутатион-трансферазы (GST), глутатион-редуктазы (GR), глутатиона восстановленного (GSH) по методу А.А. Карпищенко (1999). В зависимости от срока наступления прогрессирования/рецидива заболевания после химиотерапии пациенты были разделены на группы с платинорефрактерным/платинорезистентным/платиночувствительным РЯ. Статистическая обработка данных проведена с использованием непараметрического критерия Манна-Уитни и критерия выживаемости по Каплан-Майеру (Statistica 13.0).

**Результаты.** Установлено, что повышенный уровень GSH наблюдается на III клинической стадии (Med 1,884 (Q1-Q3 1,237-2,618) по сравнению с IV (Med 0,927 (Q1-Q3 0,554-1,652) ( $p=0,029$ ). Активность GST, GSH значимо не отличается в группах пациентов РЯ с разным ответом на стандартную платиносодержащую химиотерапию. Напротив, активность GR в асцитных клетках опухоли яичников в группе прогрессирования заболевания значимо выше, чем в группах раннего рецидива и без рецидива ( $p=0,023$ ). Сниженный уровень GSH в клетках первичной асцитной формы РЯ способствует длительному периоду общей выживаемости пациентов (медиана составляет 953 дня), тогда как гиперпродукция GSH значительно ее сокращает – 287 дней (log-rank test;  $p=0,008$ ). С динамикой GR в лизате опухолевых клеток асцита обратная зависимость: высокий уровень функционирования фермента приводит к короткому безрецидивному периоду (медиана составляет 44 дня против 144 дней в группе с низкой активностью GR,  $p=0,058$ ). Систему глутаредоксина (GSH+GR) клеток опухолевого асцита при РЯ можно рассматривать как функционально зависимую систему, способствующую поддержанию редокс-баланса, пролиферации и выживания клеток асцита, и использовать как независимый прогностический признак эффективности стандартной ХТ.

Таким образом, при нарастании окислительного стресса в опухолевых клетках при асцитной форме РЯ наблюдается компенсаторное усиление антиоксидантной активности системы глутатиона, что способствует

поддержанию агрессивного подтипа клеток аденокарциномы яичников, направленного на интраперитонеальную инвазию и метастазирование. Определение активности глутатионредуктазы и восстановленного глутатиона в лизате клеток асцита при РЯ может рассматриваться как элемент жидкостной биопсии для выявления групп риска прогрессирования, т.е. выявления первичной химиорезистентности.

*А.А. Базюк, Е.В. Полякова, Е.Е. Волкова, В.В. Музыков*

## РАДИОНУКЛИДНОЕ ВЫЯВЛЕНИЕ СТОРОЖЕВЫХ ЛИМФОУЗЛОВ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер»

**Введение.** По данным медицинской статистики в России ежегодно 46 000 женщин заболевают раком молочной железы. В структуре онкологических заболеваний женщин рак молочной железы занимает первое место – 19,3%. Из всех методов лечения этого рака самый эффективный – хирургический. При хирургическом лечении ранних стадий рака молочной железы выявление и последующее патоморфологическое исследование сигнальных лимфоузлов (СЛУ) сегодня является стандартом. Это современный клинический подход к исследованию лимфатической системы с помощью радионуклидного метода – сцинтиграфии с коллоидными радиофармпрепаратами и биопсии сторожевого лимфоузла, учитывающий индивидуальные особенности лимфооттока у данного пациента.

Новизна метода заключается в интраоперационной детекции СЛУ с применением радиофармпрепаратов у пациенток с раком молочной железы с T1-2N0M0.

**Актуальность.** Анализ многочисленных исследований показал, что в послеоперационном периоде у 25% пациенток после полной подмышечной лимфаденэктомии наблюдаются осложнения: лимфорея, лимфостаз верхней конечности, лимфокисты, боли и ограничения функции плечевого сустава. Данные осложнения приводят к увеличению времени пребывания в стационаре, интенсификации лечения, снижению работоспособности. Для снижения частоты этих осложнений требуется индивидуализировать объем лимфодиссекции с целью его уменьшения. Это достигается при проведении данной методики. Последующие биопсия и гистологический анализ позволяют обоснованно подходить к стадированию заболевания и планированию хирургического лечения.

**Цель исследования** – повысить эффективность и качество хирургического лечения больных раком молочной железы путем применения биопсии сигнальных лимфоузлов с помощью коллоидных радиофармпрепаратов.

**Задачи исследования.** Оценить продолжительность и объем хирургического вмешательства. Оценить среднюю продолжительность лечения пациентов в стационаре. Оценить степень и частоту послеоперационных осложнений при различных уровнях подмышечной лимфаденэктомии.

**Материалы и методы.** Сторожевые лимфатические узлы (СЛУ) представляют собой первые лимфатические узлы на пути оттока лимфы от злокачественной опухоли. Эти узлы, фильтруя афферентную лимфу, становятся «капканом» для злокачественных клеток, поэтому биопсия СЛУ с последующим гистологическим исследованием является объективным диагностическим критерием распространения злокачественного процесса. Полагают что, если СЛУ не поражены метастатическим процессом, все остальные регионарные лимфоузлы остаются интактными. На предоперационном этапе используется радионуклидный метод диагностики – скintiграфия лимфоузлов с помощью радиофармпрепаратов (РФП) технефит и нанотоп, меченные изотопом технецием -99m. Методика заключается в следующем: РФП вводят в ткани по периферии опухоли в нескольких точках по 0,1-0,2 мл (10-15 МБк) в каждое место инъекции. ОФЭКТ-КТ выполняют через 20 минут и через 2 часа после введения радиотрейсера с захватом зон регионарного лимфооттока. Непосредственно во время операции с помощью гамма-детектора (аппарат, улавливающий радиоактивность) проводят выявление СЛУ, его маркировку и выделение для гистологического исследования. Это дает возможность рестадирования заболевания и позволяет снизить объем и возможно изменить план хирургических вмешательств, как в отношении молочной железы, так и в отношении областей регионарного метастазирования.

Скintiграфия СЛУ проводилась в отделении радионуклидной диагностики ГУЗ ОКОД на комбинированной системе ОФЭКТ-КТ Discovery670 MN/CT фирмы GE.

Анализ статистических данных с 2016 г. по 2021 г. показал, что по данной методике было охвачено 402 пациентки, из которых скintiграфия СЛУ проводилась 297 пациенткам (в 2020–2021 гг. скintiграфия не выполнялась в виду сложной эпидемиологической обстановки по новой коронавирусной инфекции). В 2016 г. выполнено 51 исследование, было выявлено 17 СЛУ, гистологически подтверждены 3 случая, что составляет 17,6%. В 2017 г. выполнено 78 исследований, было выявлено 39 СЛУ, гистологически подтверждены 7 случаев, что составляет 17,9%. В 2018 г.

выполнено 86 исследований, было выявлено 54 СЛУ, гистологически подтверждены 16 случаев, что составляет 29,6%. В 2019 г. выполнено 49 исследований, было выявлено 35 СЛУ, гистологически подтверждены 16 случаев, что составляет 45,7%.

Чувствительность метода – 87%. Специфичность – 96%. Точность – 79%

**Вывод.** Определение состояния СЛУ (наличие или отсутствие метастазов) достоверно влияет на определение стадии процесса, объема и продолжительности хирургического вмешательства, планирование дальнейшего послеоперационного лечения. Метод позволяет оценить степень и частоту послеоперационных осложнений при различных уровнях подмышечной лимфаденэктомии. Предложенная методика по использованию радиоизотопов для маркировки СЛУ достаточно проста, удобна и безопасна.

*А.В. Гальчин, Н.В. Деньгина, А.А. Звездкин, А.С. Хацкевич*

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ НЕОАДЪЮВАНТНОГО ХИМИОЛУЧЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ПИЩЕВОДА ПО ДАННЫМ РАДИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГУЗ ОКОД**

**ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер»**

**Актуальность.** Рак пищевода – одна из наиболее коварных и трудно поддающихся лечению злокачественных опухолей. Ограничиться только хирургическим вмешательством возможно лишь на I стадии процесса. Начиная со II стадии, оптимальным методом считается тримодальное лечение с неoadъювантной химиолучевой терапией (ХЛТ) и последующей радикальной операцией. Опухоли верхнего (шейного) отдела пищевода, как правило, лечатся консервативно. Химиолучевое лечение на предоперационном этапе способно привести к полному клиническому и патоморфологическому регрессу опухоли, даже в случае изначального обширного местного распространения. При этом крайне важно подведение адекватных доз к опухоли и строгое соблюдение ограничений по дозам на близлежащих критических органах.

**Цель** – оценить частоту клинических и патоморфологических ответов после неoadъювантного или радикального химиолучевого лечения

у больных раком пищевода, получавших лечение на базе радиологического отделения ГУЗ ОКОД.

**Материал и методы.** В период с 2017 по 2021 гг. в радиологическом отделении ГУЗ ОКОД, а с апреля 2020 г. – и в ООО «ЭрСпей», 99 больных раком пищевода получали ХЛТ по радикальной программе или на неоадьювантном этапе, но в данное исследование были включены те пациенты, кто был жив на момент анализа (39 больных), из них 30 мужчин и 9 женщин. Лучевая терапия проводилась на линейных ускорителях электронов с реализацией современных программ облучения (3-D конформная лучевая терапия, IMRT, VMAT) на фоне стандартных схем химиотерапии согласно рекомендациям АОР и RUSSCO. Оценка клинического ответа проводилась торакальным хирургом спустя 4-5 недель после окончания лечения и включала контрольную КТ органов грудной клетки, ФГДС и физикальный осмотр.

**Результаты.** Больше всего пациентов было в возрасте старше 60 лет (28 больных, 71,8%). Пятнадцать пациентов клинически имели II стадию процесса, 22 – III стадию, двое получали условно радикальное лечение по поводу IV стадии. Первичная опухоль локализовалась в средней трети пищевода у 18 больных, в области нижней трети и кардиоэзофагеального перехода – у 17. Лечение по поводу рака верхней трети пищевода получали 4 пациента.

По морфологическому строению большинство опухолей относились к плоскоклеточному раку (32 пациента, 82,1%), реже встречались аденокарциномы (7). Подавляющее число пациентов находилось в удовлетворительном состоянии без явных признаков дисфагии, но у 6 отмечена дисфагия первой степени, у 8 – 2 степени, один пациент имел гастростому по причине дисфагии 3-4 степени.

Все пациенты получали химиолучевое лечение, при этом наиболее часто доза лучевой терапии составляла 45–50 Гр (33 пациента), четверо больных с опухолями верхней трети получили радикальные дозы – 60–66 Гр. Среди схем химиотерапии наиболее часто использовалась комбинация карбоплатин-паклитаксел (15 больных, 38,5%), реже – цисплатин-капецитабин (12 больных, 30,8%) и цисплатин-5-фторурацил в виде пролонгированной инфузии (10 пациентов, 25,6%). Шестнадцать больных были радикально прооперированы в сроки от 6 до 16 недель после окончания ХЛТ (в среднем – через 9 недель).

Неоадьювантное химиолучевое лечение оказалось хорошо переносимым большинством больных. Наиболее частое локальное осложнение – лучевой эзофагит – отмечено у 27 пациентов (69,2%), причем ни у кого не было клинически выраженных эзофагитов 3 степени и выше. У 1 пациента с локализацией опухоли в области кардиоэзофагеального

перехода было отмечено развитие лучевого пульмонита 2 степени в нижней доле левого легкого через 4 недели после окончания облучения. Наличие химиотерапевтического компонента лечения приводило к развитию миелосупрессии у 14 больных (35,9%), причем у одного пациента зафиксирована лейкопения 3-4 степени (2,6%).

У подавляющего большинства пациентов зарегистрирован клинический регресс опухоли (38 больных, 97,4%), от частичного (25 больных, 64,1%) до полного (13, то есть 33,3%); у одного больного отмечен продолженный рост опухоли. Среди 16 прооперированных пациентов у половины зафиксирован полный патоморфологический ответ опухоли, у 6 – почти полный (с наличием единичных опухолевых клеток в удаленном препарате), у 2 – частичный регресс. За средний период наблюдения 22 месяца максимальный срок прослеженности в данной группе пациентов составил 52 месяца. Из 39 больных у 9 отмечено прогрессирование, по поводу чего они получали паллиативное системное лечение.

**Выводы.** При условии реализации современных методик лучевой терапии неоадьювантное химиолучевое лечение при раке пищевода хорошо переносится пациентами и позволяет достичь выраженного клинического регресса опухоли вплоть до полного. Достижение полного патоморфологического регресса может служить предиктором лучших показателей безрецидивной и общей выживаемости.

*А.В. Жинов, С.В. Городнов, Б.В. Аброськин, Р.И. Казыханов, Н.А. Романов, Б.Х. Камалов*

## ОПЫТ НАРУЖНОГО ЧРЕСКОЖНОГО ЧРЕСПЕЧЕНОЧНОГО ДРЕНИРОВАНИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ ПОД КОНТРОЛЕМ УЗИ У ПАЦИЕНТОВ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ ОПУХОЛЕВОЙ ЭТИОЛОГИИ В УСЛОВИЯХ 1 ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГУЗ ОКОД

ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер»

**Актуальность.** Лечение больных механической желтухой с первичным опухолевым и метастатическим поражением гепатопанкреатодуоденальной зоны (ГПДЗ) является одной из серьезных проблем современной онкологии. Опухоли данной зоны даже при небольших размерах могут вовлекать в опухолевый процесс сразу несколько анатомических



структур. Кроме того, при новообразованиях ГПДЗ механическая желтуха наблюдается в 75–95% случаев. Радикальные операции при опухолях органов ГПДЗ даже в специализированных клиниках выполняются нечасто и возможны лишь в 15–20% случаев. Радикальные и паллиативные хирургические вмешательства в условиях механической желтухи, холангита и печеночной недостаточности весьма рискованны и сопровождаются большой частотой послеоперационных осложнений и высокой летальностью, достигающей 50%. В то же время при радикальных операциях, выполняемых после устранения механической желтухи, послеоперационные осложнения наблюдаются значительно реже, также значительно ниже показатель послеоперационной летальности. Эндобилиарные вмешательства удается осуществлять независимо от уровня и протяженности обтурации желчных путей. В пользу эндобилиарных вмешательств на желчных путях говорит и тот факт, что осложнения и летальность при них составляют 3–10%.

**Цель** – оценить эффективность проведения чрескожной чреспеченочной холангиостомии с возможностью последующего радикального или паллиативного противоопухолевого лечения в регионарном центре и представить результаты лечения.

**Материал и методы исследования.** За период с апреля 2021 по февраль 2022 года. В первом хирургическом отделении ГУЗ ОКОД было выполнено 18 наружных чрескожных чреспеченочных дренирований под контролем УЗИ и под Rh-контролем, по поводу механической желтухи при злокачественных новообразованиях гепатобилиарной зоны первичного и вторичного характера с удовлетворительными ближайшими результатами. Больным проведено обследование согласно клиническим рекомендациям. Обсуждены на мультидисциплинарном консилиуме врачей ГУЗ ОКОД.

Показаниями к чрескожной холангиостомии являлись:

- значительное (более 4–5 мм) расширение внутрипеченочных желчных протоков;
- наличие безопасной траектории пункции внутрипеченочных протоков.

К противопоказаниям выполнения чрескожных вмешательств мы относим:

- терминальное состояние больного;
- обширное опухолевое поражение печени с разобщением внутрипеченочных желчных протоков на уровне сегментарных ходов.

В зависимости от тяжести состояния пациентов НЧЧДЖП проводилось либо на следующий день после госпитализации, либо после проведенной предоперационной подготовки, в среднем 5,8 дней. Все

вмешательства выполнялись под сочетанным ультразвуковым и рентгеноскопическим контролем. Пункция желчных протоков осуществляется под контролем ультразвука, а введение дренажной трубки – под контролем рентгенотелевидения. Использовали УЗИ аппарат LOGIQ V2, оснащенный линейным пункционным датчиком, и рентгеновский аппарат с С-дугой APELEM APX HF2.

Дренирование осуществляли следующим образом. Под местной анестезией под УЗИ-контролем пунктировали наиболее дилатированный желчный проток, затем игла удалялась. Далее проводилась фистулография раствором йогексол TP 350-0,5 мл под С-дугой. После контрастирования желчного дерева в полость желчного протока вводили гибкий металлический проводник. По проводнику в проток устанавливали дренаж Teleflex SUPERGLIDE PCN-2 Step POLYURETAN Ch.8, далее проводилась контрольная фистулография под С-дугой и фиксировали дренаж к коже, подключенный к желчеприемнику.

**Результаты.** Из данной группы пациентов мужчин – 10 (55%), женщин – 8 (45%). Средний возраст составил  $66,8 \pm 9,73$  лет. Средняя длительность желтухи составила 33,7 дня, уровень билирубина крови колебался от 72 до 489 мкмоль/л (в среднем – 190,1 мкмоль/л).

Вмешательства выполнены по поводу рака головки поджелудочной железы у 7 пациентов, рака холедоха – у 2, рака желудка с метастазами в ворота печени – у 2, саркомы мягких тканей с метастазами в ворота печени – у 1, метастазов из первично-невыявленного очага с метастазами в ворота печени – у 1, рака прямой кишки с метастазами в ворота печени – у 1, рака желчного пузыря – у 1, холангиоцеллюлярным раком – у 2, с неверифицированным диагнозом холангиоцеллюлярного рака – у 1. После проведенных чрескожных эндобилиарных вмешательств осложнений не было.

По результатам проводимого лечения проведено радикальное оперативное лечение у 3 пациентов, паллиативная химиотерапия у 1, на дообследовании – 1, наблюдаются – 3. У 5 пациентов не удалось достигнуть целевых показателей общего состояния, что не позволило провести паллиативного специализированного противоопухолевого лечения.

**Выводы.** Чрескожные эндобилиарные вмешательства значительно расширяют возможности комплексного лечения больных с механической желтухой. Чрескожная чреспеченочная холангиостомия способствует ликвидации желтухи, интоксикации, явлений печеночно-почечной недостаточности, улучшению функций печени, создает благоприятные условия для проведения радикальных и паллиативных оперативных вмешательств, характеризуется низким числом осложнений и летальности.

*А.В. Жинов, С.В. Городнов, Б.В. Аброськин, Р.И. Казыханов,  
Н.А. Романов, Б.Х. Камалов*

## ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕЗЕКЦИЯ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНЬ. ОПЫТ 1-ГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГУЗ ОКОД

ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер»

**Актуальность.** Во многих странах за последние годы отмечен рост заболеваемости колоректальным раком (КРР). По данным ВОЗ, в мире ежегодно регистрируется более 1 200 000 случаев КРР. Наиболее высокие показатели заболеваемости регистрируют в экономически развитых странах: США, Канаде, странах Западной Европы. В России заболеваемость КРР занимает одну из ведущих позиций. У каждого третьего заболевшего КРР на момент постановки диагноза выявляются отдаленные метастазы, в первую очередь в печени. Кроме того, у 30–55% пациентов после удаления первичной опухоли отмечается риск прогрессирования заболевания в виде метастатического поражения печени. Единственным методом радикального лечения больных с метастазами КРР в печени является резекция печени. 5-летняя выживаемость пациентов при этом составляет 25–53%. Первичная резектабельность, по данным литературы, не превышает 10–15%.

**Цель.** Оценка эффективности хирургической резекции метастазов КРР в печени.

**Материал и методы** исследования. Проведен анализ результатов лечения 83 пациентов, которым была выполнена резекция печени по поводу метастазов колоректального рака в 1 хирургическом отделении ГУЗ ОКОД с 2018 по 2021 гг. Период наблюдения составил от 3 до 34 мес. Мужчин было 52 (62,66%), женщин – 31 (37,34%). Средний возраст пациентов составил 60,2±6,32 года. У всех пациентов была удалена первичная опухоль с регионарными лимфатическими узлами.

В 57,84% операции выполнены при синхронном течении метастатического поражения. В 42,16% операции выполнены у пациентов с 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.** Выполнено в 16,9% гемигепатэктомий в 83,1% анатомические резекции и атипичные резекции печени. Комбинированные

оперативные вмешательства выполнены у 25 пациентов (30,1%), у 58 (69,9%) выполнены этапные или самостоятельные оперативные вмешательства. Длительность операций составила 124,3±44,7 минут, кровопотеря 477,7±77,3 мл. В раннем послеоперационном периоде осложнения более 2 по Clavien-Dindo у 7 пациентов (8,4%). Билома у 3 пациентов, гематома у 2 пациентов, экссудативный плеврит – у 1, тромбоз воротной вены – у 1. Послеоперационная летальность составила 1,2% (1): тромбоз воротной вены. Медиана наблюдения 21 месяц. Медиана выживаемости у больных составила 65,2%.

**Выводы.** Хирургическая резекция является основным и эффективным методом лечения пациентов с метастазами КРР в печени. Резекция печени по поводу ее метастатического поражения сопровождается низкой летальностью (1,2%) и незначительными осложнениями (8,4%).

*И.В. Зарипова, Е.И. Жирнова, Ю.Л. Старостина,  
А.В. Степанова*

## ВЫЯВЛЕНИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЖЕНСКОЙ ПОЛОВОЙ СФЕРЫ В УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ В 2021 ГОДУ

ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер»

**Актуальность проблемы.** В Ульяновской области за последние 10 лет заболеваемость злокачественными новообразованиями женской половой сферы выросла более чем на 20%. Центр здоровья женщин ГУЗ ОКОД осуществляет диагностику, лечение злокачественных новообразований у женщин, контроль за направлением пациентов из медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, диспансерное наблюдение за онкологическими больными.

**Цель** – провести анализ работы Центра здоровья женщин ГУЗ ОКОД в 2021 г. по профилю «онкология».

**Материал и методы.** В центре здоровья женщин ГУЗ ОКОД консультации осуществляют онкомамологи и онкогинекологи. На диспансерном учете на конец 2021 г. состояло 11 763 пациентки онкопатологией женской половой сферы. Из них: рак молочной железы – 6 381 пациентка, рак шейки матки – 1 727 пациенток, рак тела матки – 2 863 пациентки, рак яичников – 792 пациентки.

**Результаты.** В рамках профилактических мероприятий в 2021 г. в Ульяновской области обследовано цитологическим методом

130 189 женщин, что соответствует 95,7% женского населения, подлежащего осмотру в этом году, выявлено патологических состояний – 8203. Маммография проведена 55 354 женщинам (30,3% к подлежащим), выявлено патологических состояний – 7 777. Активно выявлено 378 случаев рака женской половой сферы. В 2021 г. в Ульяновской области всего выявлено 713 случаев рака молочной железы, что больше на 33,8% показателя 2020 года (в 2020 году – 533). Из них: рак in situ – 23 пациентки (3,2%), I-II стадии – 483 больных (67,8%), в III стадии – 162 пациентки (22,7%), в IV стадии – 51 пациентка (7,2%). Рак гениталий в 2021 г. выявлен у 576 больных. Из них: рак in situ – 4 пациентки (0,7%), I-II стадии – 353 больных (61,2%), в III стадии – 143 пациентки (24,8%), в IV стадии – 54 пациентки (9,3%). На консилиумах в ЦЗЖ осмотрено и назначено лечение 3 404 больным, из них на маммологическом консилиуме – 1 277 пациенткам, на гинекологическом консилиуме – 2 127 пациенткам.

**Заключение.** Ввиду ограничительных мероприятий по новой коронавирусной инфекции (COVID-19) на территории Ульяновской области снизилось количество обследованных лиц в рамках профилактических мероприятий и, соответственно, снизился показатель активного выявления злокачественных новообразований. Остается высоким процент выявления злокачественных новообразований женской половой сферы на поздних стадиях – 29,9% рак молочной железы, 34,1% – рак гениталий.

*Ю.А. Зорина, К.С. Дюжева, Е.П. Анохина*

## КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО GR+ HER2 – РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПАЦИЕНТОК С МУТАЦИЕЙ В ГЕНЕ PIK3CA

**ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер»**

**Актуальность.** Около 70% всех пациентов с раком молочной железы имеют фенотип HR+ HER2-. Мутация гена PIK3CA распространена в 40% случаев HR+ HER2- метастатическим РМЖ. Появление мутаций гена PIK3CA в канцерогенезе ассоциировано с повышением степени злокачественности опухоли (отсутствие мутаций при G1 в сравнении с 20% при G3) и достоверно снижает безрецидивную выживаемость в общей группе пациентов с диагнозом «РМЖ» в сравнении с пациентами без мутации и ( $p < 0,05$ ). 1-летняя выживаемость была снижена на 20%, 2-летняя – на 30%, 3-летняя – на 50%; 5-летняя – на 30%. Клетки

HR+ HER2 – рака молочной железы характеризуются наличием гормональных рецепторов к эстрогену и прогестерону, которые, связываясь с гормонами, стимулируют деление клеток и рост опухоли. Основой лечения HR+ HER2- является гормональная терапия, направленная на блокаду синтеза эстрогена или инактивацию его рецептора. Однако к гормональной терапии со временем развивается резистентность, часто связанная с активацией деления клеток через другие сигнальные пути в обход рецепторов эстрогена. Одной из самых распространенных причин является повышенная активация белка фосфатидилинозитол-3-киназа (PI3K). PI3K – стимулятор роста и деления клеток, который в норме активируется в ответ на присутствие гормонов и факторов роста в крови. В раковых клетках может произойти мутация гена PIK3CA, который кодирует белок PI3K. Эта мутация делает белок PI3K постоянно активным, вне зависимости от каких-либо внешних стимулов. В результате клетка получает дополнительные сигналы к делению, что обуславливает агрессивный рост опухоли. Алпелисиб представляет собой препарат таргетной терапии. Он проникает в опухолевые клетки и блокирует белок PI3K, останавливая деление клеток и дальнейшее распространение опухоли. Алпелисиб назначается в комбинации с Фулвестрантом, который блокирует рецепторы эстрогена. Такая двойная блокада позволяет эффективнее контролировать течение заболевания.

**Материалы и методы.** На определение мутации в гене PIK3CA у пациенток с HR+ HER2- метастатическим РМЖ было отправлено 13 гистологических препаратов (стекол и блоков). Из них в 5- выявлена мутация в гене PIK3CA. В группу исследования эффективности использования Алпелисиба совместно с Фулвестрантом были включены пациентки с HR+ HER2- метастатическим РМЖ с мутацией в гене PIK3CA в количестве 4, из них 1 пациентка получала Алпелисиб и Фулвестрант во второй линии, 3 – в третьей и последующих линиях. Возраст больных от 40 до 60 лет. Период наблюдения от 1 мес. до 7 мес.

**Результаты.** На сегодняшний день продолжают терапию 2 пациентки. Одна пациентка снята с лечения из-за прогрессирования заболевания через 7 месяцев лечения, 1 пациентка ввиду стойкой гипергликемии проходит терапию по коррекции осложнений – Метформин 1000 мг.

**Заключение.** Мутация гена PIK3CA – важнейший прогностический и предиктивный маркер у больных РМЖ, независимо от стадии заболевания. Определение мутации гена PIK3CA у больных РМЖ должно войти в рутинную клиническую практику наряду с оценкой уровня экспрессии рецепторов эстрогенов, прогестерона и рецептора эпидермального фактора роста человека 2-го типа (HER2). Алпелисиб – это еще один вариант

лечения метастатического рака молочной железы, который показал свою эффективность в плане улучшения выживаемости.

*М.Ю. Иванова, М.П. Дейч, А.А. Кувайская, Ю.Д. Удалов*

## ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ С ПОСТХИМИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИЕЙ

ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр медицинской  
радиологии и онкологии» ФМБА России

**Цель исследования** – изучить особенности клинических проявлений полинейропатии у онкологических больных на фоне химиотерапии и возможность их коррекции методами физической реабилитации.

**Материалы и методы.** На первом этапе медицинской реабилитации в период с сентября по декабрь 2021 года в исследование вошло 126 пациентов (средний возраст  $55,2 \pm 1,2$  лет), из которых 85 (67,5%) женщин – 52 (61,2%) пациентов с ЗНО молочной железы, 33 (38,8%) пациентов с ЗНО пищеварительной системы и 41 (32,5%) мужчин с ЗНО органов грудной клетки и средостения, проходящих курсы химиотерапии в ФГБУ ФНКЦРиО ФМБА России (г. Димитровград).

Методом стандартного неврологического осмотра и опроса пациентов устанавливались клинические признаки полинейропатии: ее локализация, основные проявления, включая чувствительные и болевые расстройства.

**Результаты и обсуждение.** Все пациенты предъявляли жалобы на онемение, покалывания, судорожные стягивания, чувство жжения в кончиках пальцев рук и ног, 5 пациентов (3,9%) из них также жаловались на затруднение ходьбы из-за слабости в нижних конечностях. При объективном исследовании у 35 (27,7%) пациентов была выявлена гипестезия болевой чувствительности по типу «перчаток» и «носков», из них в 12 (34,3%) наблюдениях определялась гипестезия в виде «высоких перчаток» и «высоких гольф».

Всем пациентам была подобрана и проведена индивидуальная программа медицинской реабилитации. Основные мероприятия, направленные на снижение симптомов периферической нейропатии, были следующие: низкочастотная лазеротерапия, низкоинтенсивная магнитотерапия,

гидротерапия (вихревые ванны для верхних и нижних конечностей), стабилотренировки.

После проведенного лечения клиническое улучшение состояния наблюдалось у всех пациентов. У 58 (46,3%) пациентов отмечена полная регрессия патологических симптомов (период наблюдения от 1 до 2 месяцев), у остальных 68 (53,7%) пациентов наблюдалось выраженное улучшение состояния по субъективным и объективным показателям (уменьшение онемения и слабости в конечностях, уменьшение степени выраженности патологических симптомов).

**Вывод.** Таким образом, применение противоопухолевой лекарственной терапии обуславливает высокий риск развития множества вариантов неврологических осложнений, в частности периферической полинейропатии.

Как можно более ранняя диагностика, динамическое наблюдение и комплексный междисциплинарный подход к коррекции полинейропатии может существенно улучшить качество жизни пациентов и повысить эффективность проводимой противоопухолевой терапии.

Современные методы медицинской реабилитации, направленные на снижение симптомов постхимиотерапевтической периферической полинейропатии пациентов онкологического профиля, доказывают значимое клиническое улучшение уже после первых процедур и положительно влияют на динамику основного заболевания.

*Д.А. Лухманова, Д.А. Бурлакова, Ф.М. Ахметзянова,  
В.И. Иванов*

## АКНЕФОРМНЫЙ ДЕРМАТОЗ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАСТАТИЧЕСКИМ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ НА ФОНЕ ТАРГЕТНОЙ ТЕРАПИИ: АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РЕШЕНИЯ

ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер»

В настоящее время в онкологии приоритетным направлением является применение таргетной терапии. Целенаправленность ее действия связана с избирательным влиянием на определенные мишени в опухолевых клетках, этими мишенями являются рецепторы генов, которые кодируют белки сигнальной трансдукции, определяющие злокачественную трансформацию, пролиферацию и нарушение дифференцировки клеток и участвующие в патологическом ангиогенезе. В связи с этим,

использование таргетных препаратов дает четкий ответ опухоли на данную терапию и способствует увеличению продолжительности жизни пациентов. В лечении пациентов метастатическим колоректальным раком (КРР) с диким типом гена KRAS в настоящее время применяются два моноклональных антитела, блокирующие рецепторы эпидермального фактора роста (EGFR) – Панитумумаб (человеческое моноклональное антитело) и Цетуксимаб (химерное антитело).

Преимущество таргетных препаратов заключается в отсутствии некоторых побочных эффектов, характерных для химиотерапии, таких как тошнота, рвота или угнетение кроветворения. Однако они вызывают другие побочные эффекты, из которых наиболее распространены кожные токсические реакции.

Объяснение развития кожных побочных эффектов имеет несколько теорий. Так была определена взаимосвязь с рецептором эпидермального фактора роста человека (EGFR), который представляет собой трансмембранный гликопротеин из семейства тирозинкиназ и экспрессируется во многих тканях, участвуя в регуляции роста и пролиферации клеток. При разных видах рака этот фактор избыточно экспрессируется, что коррелирует с увеличением метастазирования, снижением выживаемости и неблагоприятным прогнозом. Повышенная экспрессия может привести к неконтролируемому росту клеток, пролиферации, ангиогенезу. Данный фактор роста может быть успешно блокирован моноклональными антителами против структуры рецептора на поверхности клетки, или низкомолекулярными ингибиторами, направленными против внутриклеточной части тирозинкиназы. В то время как блокада рецепторов в опухолях вызывает положительный терапевтический эффект, в коже и ее придатках, где рецептор эпидермального фактора роста широко представлен и экспрессируется в кератиноцитах, клетках фолликулярного эпителия, потовых и сальных железах, капиллярах дермы, обуславливает развитие нежелательных побочных реакций.

Клинически ингибирование EGFR проявляется в виде папуло-пустулезных высыпаний, ксероза, кожного зуда, алопеции, ониходистрофии, ладонно-подошвенного синдрома. Эффект ингибирования EGFR включает ослабленный рост и миграцию кератиноцитов и экспрессию воспалительных цитокинов этими клетками. Гистологические исследования показывают истончение рогового слоя, смешанный воспалительный инфильтрат, окружающий верхние участки дермы, разрыв фолликулов, акантолиз. Похожие воспалительные изменения могут также объяснить околоногтевое воспаление и онихолизис, в то время как аномалии в дифференцировке кератиноцитов, могут объяснить нарушение барьерной функции рогового слоя, что приводит к сухости кожи и зуду.

При токсической акнеформной папуло-пустулезной сыпи, в отличие от вульгарных акне, отсутствуют комедоны.

Несмотря на выраженную эффективность лечения анти-EGFR моноклональными антителами, развитие синдрома кожной токсичности, недостаточная его коррекция может приводить к неоправданным задержкам и перерывам в терапии или отказу от специфической терапии опухоли.

Результаты многочисленных исследований и собственный опыт применения, говорят о том, что кожная токсичность любой степени тяжести регистрируется у почти 90% пациентов и наиболее часто представлена эритемой, в сочетании с акнеформными высыпаниями, сухостью кожных покровов и слизистых, паронихиями и гиперпигментацией.

Акнеформный дерматоз, как правило, развивается в первые недели анти-EGFR-терапии, нередко сразу же после первого применения препарата, и исчезает после прекращения лечения. Наиболее часто высыпания локализуется на лице, верхней трети грудной клетки и спине.

Все вышеперечисленные кожные реакции являются временными и очень редко угрожают жизни пациента, но могут вызвать психологический и эмоциональный дискомфорт и ограничить его повседневную активность. Проведение своевременной профилактики и симптоматической коррекции описанных осложнений позволяют уменьшить степень их выраженности и сделать лечение более комфортным.

Перед началом лечения важно предупредить пациента о простых мерах профилактики: избегать травм, инсоляции, грубых моющих и чистящих средств, по возможности исключить макияж; использовать мягкие моющие средства, увлажнители и солнцезащитные кремы. Для предотвращения паронихий необходимо избегать травм кутикулы, исключить обрезной маникюр, носить свободную удобную обувь, избегать взаимодействия раздражителей и химических веществ, горячих ванн для конечностей, пользоваться в быту хлопчатобумажными перчатками и увлажняющими кремами.

В случае развития акнеформного дерматоза рекомендуется проведение следующих мероприятий: использовать местные средства с антибиотиками при наличии легкой степени поражения; при умеренной и тяжелой степенях поражения дополнительно внутрь назначаются пероральные тетрациклины; при появлении зуда принимают пероральные антигистаминные препараты; местные кортикостероиды используют, как правило, кратковременно и в особенно тяжелых случаях. Интенсивное местное лечение может подсушивать кожу, поэтому если акнеформная сыпь бледнеет, целесообразно перейти на увлажняющие кремы; при выраженных пиодермических процессах показана системная

антибиотикотерапия. При паронихиях рекомендовано: раннее назначение местных антисептических растворов или кремов с антибиотиками, мази, содержащие антисептические, противогрибковые и кортикостероидные препараты; нестероидные противовоспалительные препараты.

Профилактика и лечение кожной токсичности эффективны на фоне таргетной терапии. Дерматологическая токсичность может быть управляема. Особенностью современных таргетных препаратов, является то, что они могут перевести активно растущую злокачественную опухоль в хроническое заболевание, поэтому изучение осложнений таргетной терапии на фоне длительного приема препарата и совершенствование рекомендаций по их коррекции представляет огромное значение для врача онколога.

Разработка и внедрение в практику профилактики и своевременной терапии с целью минимизирования побочных дерматологических осложнений таргетной терапии представляется перспективным направлением ее совершенствования и позволит эффективно ее применять без выраженного ухудшения качества жизни больного.

*А.А. Мартынов, Л.Р. Зарипов, Е.А. Тонеев, Р.И. Лисютин,  
А.Ш. Зулъкарняев*

## ОПЫТ ТОРАКОСКОПИЧЕСКИХ ЛОБЭКТОМИЙ В УСЛОВИЯХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ТОРАКАЛЬНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГУЗ ОКОД ЗА 2021 ГОД

ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер»

**Актуальность.** Рак легкого (РЛ) является ведущей социально-экономической проблемой в онкологии, так как он занимает 12% в общей мировой структуре злокачественных заболеваний, с малоудовлетворительными отдаленными результатами лечения. Хирургический подход является основным у пациентов с I-II стадией, который способен обеспечить приемлемые результаты выживаемости. Стандартом лечения ранних форм РЛ является торакоскопическая анатомическая лобэктомия с системной медиастинальной лимфодиссекцией, по показаниям – сегментэктомия.

**Цель** – предоставить опыт выполнения торакоскопических лобэктомий в условиях хирургического торакального отделения ГУЗ ОКОД за 2021 г.

**Материалы и методы.** За 2021 г. было выполнено 16 торакоскопических лобэктомий с системной медиастинальной лимфодиссекцией. Все пациенты были обследованы на предоперационном этапе согласно стандартам Ассоциации онкологов России. Мужчин было 11 (68,75%), женщин 5 (31,25%), средний возраст составил 61,7+3,9 лет. По стадиям распределение было следующим: I-стадия 10 пациентов (62,5%), II стадия у 4 (25%), III стадия – 2 (12,5%). По локализации оперативного вмешательства распределение было следующим: верхняя лобэктомия слева-1 (6,25%), верхняя лобэктомия справа – 3 (18,75%), нижняя лобэктомия слева – 7 (43,75%), нижняя лобэктомия справа – 5 (31,25%). Причина, по которой была выполнена операция при III стадии: выявление микрометастазов в лимфатических узлах средостения, которые не были обнаружены при предоперационном обследовании. Сопутствующая патология была стратифицирована по индексу Чарлсона (Charlson comorbidity index), данный показатель составил 4,67 балла. Всем пациентам до операции была выполнена спирография: показатели ОФВ1 составили 81,43+9,6%. С целью оценки функции внешнего дыхания после операции был проведен расчет прогнозируемого показателя ОФВ1 (ппОФВ1 %), он составил 59,77+11,3%. С целью обезболивания всем пациентам до операции была выполнена паравентральная блокада под УЗИ-навигацией. Дренирование плевральной полости было стандартизировано – устанавливалось по 2 дренажа в плевральную полость.

**Результаты.** Средняя продолжительность операции составила 148+23 мин, больные были оперированы с использованием однопортной вентиляции, количество торакопортов составило 4. Первый порт устанавливался стандартно в 5 межреберье по средней подмышечной линии, с использованием ретрактора для ран. Второй порт для камеры был 10 мм устанавливался в 7 межреберье по передней подмышечной линии, а также устанавливалось дополнительно два 5 мм порта в стандартных точках (в зависимости от лобэктомии). Кровопотеря составила 86+14 мл. Среднее количество удаленных лимфатических узлов составило 11+3. Экстубация пациентов проводилась в зале пробуждения, продленная ИВЛ не потребовалась. Для оценки послеоперационной боли была использована визуально-аналоговая шкала, показатель боли у пациентов на первые сутки составил 3,8+1,2, после удаления дренажей 2,4+0,6, перед выпиской 1,1+0,3. Осложнения пациентов были стратифицированы по шкале Thoracic Morbidity and Mortality (ТММ) согласно рекомендациям Европейского сообщества торакальных хирургов (англ. European Society of Thoracic Surgeons, ESTS). Осложнения 1-2 категории мы не оценивали ввиду малой значимости для изменения послеоперационного ведения пациента. Осложнения IIIA были у 3 пациентов (18,75%),

у которых возник продленный сброс воздуха. Данное осложнение мы рассматривали как поступление воздуха по дренажам в течение 5 суток после операции и без тенденции к его уменьшению на фоне консервативного лечения. Данной категории пациентов было дополнительно выполнена облитерация плевральной полости (плевродез) с применением повидон-йода. Таким образом, средняя продолжительной дренирования плевральной полости составила 4,7+1,4 дней. Более тяжелых осложнений не было. Средний послеоперационный койко-день составил 6,7+2,3.

**Выводы.** Количество выполненных торакоскопических лобэктомий в структуре всех выполненных лобэктомий в хирургическом торакальном отделении составило 23% (16/72), тяжелых осложнений не было. Необходимо проводить тщательный предоперационный отбор пациентов на торакоскопические операции для выявления поражения внутригрудных лимфатических узлов с целью достижения оптимальных ближайших и отдаленных результатов.

**В.В. Музяков**

## **ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ В НИЖНИХ КВАДРАНТАХ. ОПЫТ 2 ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГУЗ ОКОД**

**ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер»**

Существует множество хирургических операций, относящихся к органосохраняющим (ОСО) видам вмешательств при раке молочной железы (РМЖ). Считается, что расширенные секторальные резекции (удаление сектора одним блоком с подмышечной клетчаткой) с последующим облучением молочной железы как альтернатива радикальной мастэктомии предложил Веронези совместно с соавторами, а в нашей стране впервые такие операции широко в клинике начали применять Н.Н. Блохин, В.В. Вишнякова.

В настоящее время уже не нужно доказывать целесообразность и эффективность применения ОСО методов операция при злокачественной опухоли молочной железы. Адекватность их применения оправдана с позиций радикальности и достижения наилучшего косметического эффекта. Как показали исследования, хороший косметический эффект наблюдается у 60–70% оперированных больных, а результаты лечения

при опухолях не более 2 см не уступают таковым после радикальной мастэктомии (Veronezi U., 1977).

Внедряемые в настоящее время новые модификации ОСО при начальных стадиях РМЖ направлены, прежде всего, на достижение отличного и хорошего косметического эффекта без ущерба радикализма.

Во 2 хирургическом отделении ГУЗ ОКОД внедрены в практику методы органосохраняющего лечения, которые направлены на лечение больных РМЖ I-IIa стадий заболевания при расположении опухоли в нижних сегментах. Методики операции включают в себя элементы секторальной резекции с лимфаденэктомией и пластической хирургии.

Первый способ операции – радикальная резекция молочной железы с пластикой местными тканями. Этот метод оперативного вмешательства показан:

- 1) при локализации опухоли в нижне-наружном квадранте молочной железы,
- 2) стадия заболевания T1-2N1M0,
- 3) размер опухоли до 2,5 см.

Как и при любой пластической операции, одним из элементов подготовки к операции является разметка исходных линий, по которым проходят линии предполагаемых разрезов на коже молочной железы.

На первом этапе операции производится удаление сектора молочной железы вместе с опухолью и подлежащим участком фасции большой грудной мышцы. Сектор железы удаляется единым блоком с клетчаткой и лимфатическими узлами подмышечной, подлопаточной областей.

Второй этап заключается в формировании правильной формы молочной железы путем перемещения кожных лоскутов в запланированные места. Возможно проведение редукционной маммопластики здоровой стороны для коррекции размера и формы здоровой молочной железы.

Второй способ хирургического вмешательства – секторальная резекция молочной железы с лимфаденэктомией и пластикой кожно-жировым лоскутом живота.

Показания: нижнемедиальное расположение опухоли; размер злокачественного образования не более 2,5 см.

При медиальном расположении в молочной железе злокачественного процесса после секторальной резекции с лимфаденэктомией всегда происходит деформация железы, отклонение соска в сторону послеоперационного рубца. Сложность в исправлении формы груди состоит в том, что при данной локализации опухоли сложно заместить дефект после иссечения сектора собственными тканями молочной железы. Чтобы решить данную проблему, предложен данный метод операции.

Операция начинается с нанесения линий разметки, по которым будет производиться разрез на коже и удаление опухоли с частью молочной железы. Рассекаем кожу, начиная от точки на переходной складке на уровне соска в сторону грудины, двумя полуовальными разрезами выше и ниже расположения узла. Затем производим иссечение сектора ткани молочной железы вместе опухолевым узлом.

Вторым этапом выполняется операция – подмышечная лимфаденэктомия на стороне оперированной молочной железы по традиционной методике.

Третий этап включает в себя замещения дефекта молочной железы с использованием кожно-жирового лоскута живота путем перемещения вверх на место удаленного сектора. Этот способ операции отличается от первого тем, что нет необходимости в коррекции контралатеральной железы, так как не происходит изменение формы и размера железы.

Предложенные модификации ОСО позволили на практике достичь отличных и хороших косметических эффектов при хирургическом лечении начальных форм злокачественной опухоли без ущерба радикализма, поэтому могут использоваться в стандартном лечении РМЖ.

*И.С. Панченко, В.В. Родионов, С.В. Панченко,  
М.Г. Шарафутдинов*

### **АНДРОГЕН-РЕЦЕПТОР – ПОЗИТИВНЫЙ ТРИЖДЫ НЕГАТИВНЫЙ РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НА ПРИМЕРЕ СОБСТВЕННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ**

**ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер»  
ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»**

Воздействие на андроген-рецептор (АР) при трижды негативном раке молочной железы (ТНРМЖ) является перспективной опцией лечения ТНРМЖ (Lehmann et al. 2011). Экспрессия АР при ТНРМЖ встречается поданным разных исследований от 12-до 55% (Barton et al. 2015; Collins et al. 2011; Gucalp et al. 2013; Thike et al. 2014; Traina et al. 2015). АР при ТНРМЖ ассоциируется с пожилым возрастом пациенток, низкими показателями безрецидивной выживаемости по сравнению с другими подтипами ТНРМЖ (Lim et al. 2012). По данным Wang et al., наличие экспрессии АР при ТНРМЖ ассоциируется с постменопаузальным статусом, высокой дифференцировкой опухоли, частым поражением регионарных

лимфатических узлов (Wang et al. 2016). В небольшом исследовании (23 респондентки) АР при ТНРМЖ коррелировала с низкой клинической стадией и степенью дифференцировки опухоли с высокой статистической достоверностью (Gasparani et al. 2014). На примере 203 случаев ТНРМЖ АР-позитивные случаи коррелировали с низким индексом пролиферативной активности (McNamara et al. 2013).

На кафедре онкологии и лучевой диагностики УлГУ была выполнена работа по определению клинико-морфологических особенностей андроген-позитивного трижды негативного рака молочной железы. В исследование были включены 253 пациентки, с морфологически верифицированным ТНРМЖ. Всем пациенткам определяли экспрессию АР ИГХ-методом. Было выявлено 45 случаев с наличием экспрессии АР (18% выборки). В зависимости от клинической ситуации пациентки получали радикальное и/или паллиативное лечение. Пациентки с наличием экспрессии АР чаще имели старший возраст (61 год и более), ПВ клиническую стадию заболевания, частое поражение регионарных лимфатических узлов, инвазивный дольковый вариант опухоли, высокую дифференцировку опухоли, низкий суммарный балл злокачественности, низкие показатели индекса пролиферативной активности ki67. Все вышеперечисленные клинико-морфологические особенности были статистически значимыми (p менее 0,05). Таким образом, мы можем заключить, что найденные нами особенности согласуются с мировыми литературными данными. Экспрессия АР при ТНРМЖ в целом ассоциируется с благоприятными клинико-морфологическими особенностями. Определение данного параметра может предоставить дополнительную прогностическую информацию для клинициста и может быть рассмотрена как дополнительная мишень для таргетной терапии ТНРМЖ.

*П.В. Сычев, Ю.Д. Удалов, А.Н. Казаков, Е.В. Маякова*

### **ОРГАНИЗАЦИЯ ЦЕНТРА ЯДЕРНОЙ МЕДИЦИНЫ. ПЕРВЫЕ ИТОГИ**

**ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр медицинской радиологии и онкологии» ФМБА России**

**Актуальность.** Ядерная медицина – это один из разделов клинической медицины, в котором для диагностики и лечения заболеваний используются радионуклидные препараты, а также применяется метод лучевой терапии.



Точность исследований с помощью радиофармацевтических лекарственных препаратов (РФЛП) помогает диагностировать рак на ранних стадиях, а также эффективно с ним бороться. При этом радионуклиды, входящие в состав РФЛП, имеют короткий период полураспада и причиняют минимальный ущерб здоровью, несоизмеримый с пользой от лечения и диагностики. А исследование методом ПЭТ-КТ (позитронно-эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией) позволяет выявить даже небольшой метастаз.

**Цель** – создание Центра ядерной медицины (ЦЯМ) в 2021 году как организационной структуры для диагностики и лечения онкологических заболеваний.

**Методы исследования.** ЦЯМ входит в структуру ФГБУ ФНКЦРиО ФМБА России и включает в себя:

- Циклотронно-радиохимический комплекс (ЦРХК);
- Отдел контроля и обеспечения качества радиоизотопной продукции (ОКиОКРИП);
- Отделение радионуклидной диагностики;
- Отделение радионуклидной терапии.

Отделение радионуклидной диагностики работает по двум направлениям ядерной медицины: позитронно-эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией (ПЭТ-КТ) и однофотонная эмиссионная компьютерная томография, совмещенная с компьютерной томографией (ОФЭКТ-КТ).

Радионуклидная диагностика ставит своей целью исследование функциональных параметров организма человека от изучения клеточного метаболизма до исследования функции органа или системы в целом. Применительно к онкологии ключевой особенностью метода является как возможность определения первичного опухолевого очага, так и оценка эффективности проводимого лечения.

Отделение радионуклидной терапии ЦЯМ рассчитано на 37 «активных» коек, пропускной способностью 2500 пациентов в год.

Метод радионуклидной терапии основывается на терапевтических свойствах некоторых РФЛП: они накапливаются в патологическом очаге и разрушают опухолевую ткань, испуская ионизирующее излучение с малой глубиной проникновения в ткань организма.

Радионуклидная терапия в ЦЯМ представлена следующими направлениями:

- радионуклидная терапия хлоридом стронция  $^{89}\text{Sr}$ ;
- радионуклидная терапия самарием  $^{153}\text{Sm}$ ;
- радионуклидная терапия хлоридом радия  $^{223}\text{Ra}$ ;

- радионуклидная терапия йодом  $^{131}\text{I}$  для лечения диффузного токсического зоба;
- радионуклидная терапия йодом  $^{131}\text{I}$  для лечения рака щитовидной железы.

Диагностические радионуклидные исследования, выполняемые в ЦЯМ, имеют широкий спектр:

- радионуклидное исследование паращитовидной железы;
- сцинтиграфическое исследование сердца с нагрузкой;
- перфузионная сцинтиграфия сердца с ЭКГ синхронизацией;
- радионуклидное исследование щитовидной железы;
- динамическая сцинтиграфия почек;
- радионуклидное исследование костной системы;
- ПЭТ-КТ с 18F-фтордезоксиглюкозой (18F-FDG), 18F-PSMA, 18F-FET.

**Результаты.** По итогам 2021 года в ЦЯМ было пролечено более 1400 человек, выполнено более 2000 ПЭТ-исследований, около 500 сцинтиграфических исследований.

**Выводы.** В ЦЯМ проведена оптимизация работы производственного блока в направлении совершенствования технологической последовательности получения препарата 18-фтордезоксиглюкозы (18F-FDG), а также качества синтезируемого РФЛП. Производственная площадка ЦРХК ЦЯМ проходит подготовку для получения лицензии Минпромторга России на производство 18F-FDG и сертификата GMP.

*А.Ю. Сакерина, О.А. Подъячева, К.А. Аксёнова*

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ХИМИОИММУНОТЕРАПИИ РАСПРОСТРАНЕННОГО МЕЛКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ЛЕГКОГО

ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер»

**Актуальность проблемы.** По заболеваемости рак легкого занимает 1-е место среди всех злокачественных опухолей у мужчин в России, а по смертности – 1-е место среди взрослого населения как в России, так и в мире. Немелкоклеточный рак легкого (НМРЛ) и мелкоклеточный рак легкого (МРЛ) встречаются в 80–85% и 10–15% случаев, соответственно. Мелкоклеточный рак легкого относится к наиболее злокачественно текущим опухолям и характеризуется коротким анамнезом, быстрым течением, ранним метастазированием, высокой чувствительности к химиотерапии и лучевой терапии. Он прочно ассоциируется с активным

курением. Около 80% больных имеют распространенную стадию. Общая эффективность химиотерапии составляет 50–70%, но полная регрессия достигается только у 20% больных. При локальных стадиях МРЛ медиана общей выживаемости (ОВ) составляет 15–20 месяцев, при распространенных стадиях МРЛ медиана ОВ составляет 9–11 месяцев. Пятилетняя выживаемость по данным SEER (The Surveillance, Epidemiology, and End Results Program) составляет всего 6,5% при локальных стадиях, а среди пациентов с отдаленными метастазами – 2,8%. При отсутствии лечения МРЛ медиана выживаемости составляет 2–4 месяца. Мелкоклеточный рак легкого – одна из самых прогностически неблагоприятных злокачественных опухолей, для которой до сих пор не найден эффективный таргетный ингибитор. Цитотоксическая терапия при МРЛ не претерпела изменений за последние тридцать лет. По-настоящему прорывным оказалось добавление атезолизумаба к химиотерапии в первую линию МРЛ, где впервые за десятки лет при диссеминированном МРЛ показано достоверное увеличение общей выживаемости. Атезолизумаб – гуманизированное моноклональное антитело из класса иммуноглобулинов G1 (IgG1) с видоизмененным Fc-фрагментом, которое непосредственно связывается с PD-L1 и блокирует его взаимодействие с рецепторами PD1 и B7.1. Таким образом, атезолизумаб способствует прекращению опосредованного PDL1/PD-1 подавления иммунного ответа и вызывает реактивацию противоопухолевого иммунитета.

**Цель исследования** – оценить клиническую эффективность и безопасность применения химиоиммунотерапии у больной мелкоклеточным раком лёгкого IV стадии.

**Материалы, методы и результаты исследования.** По данным cancer-регистра в 2021 г. в Ульяновской области выявлено 550 случаев рака легкого, из них – 53 случая МРЛ (из них 13 случаев выявлено посмертно). В 94,5% случаев пациенты в дебюте имели распространенные стадии МРЛ.

Клинический случай. Пациентка В.О.Е., 43 лет, некурильщик, с клиническим диагнозом «рак верхней доли левого легкого IV стадия (T4N3M1). Множественные метастазы в головной мозг». Гистологическое + иммуногистохимическое исследование биоптата опухоли, взятого при ФБС от 30.12.2020 г.: мелкоклеточный нейроэндокринный рак легкого. По данным МСКТ органов грудной клетки с контрастированием определяется объемное образование в верхнем средостении с латерализацией влево, неправильной формы, с нечеткими неровными контурами, размерами 55×56×71мм, прилегающая к дуге аорты, легочному стволу, левому предсердию, левому главному бронху, устьям долевых бронхов левого легкого, сегментарных бронхов верхней доли левого

легкого, деформируя и компремируя просветы. Определяются увеличенные перитрахеобронхиальные, превазкулярные лимфатические узлы средостения диаметром до 15 мм, в том числе сливающиеся в конгломераты. По данным МРТ головного мозга с контрастированием: в правой гемисфере мозжечка, в лобных и теменных долях с обеих сторон, в том числе в области базальных ганглиев справа, в левой затылочной доле перивентрикулярно определяются очаговые образования изоинтенсивного с гиперинтенсивным ободком в T2 ВИ, FLAIR, изо-гипоинтенсивного в T1 ВИ сигнала размерами до 11×9 мм, максимальные очаги окружены зоной перифокального отека в количестве 12-ти. С января 2021 г. по апрель 2021 г. проведено 4 курса иммунохимиотерапии по схеме этопозид + карбоплатин + атезолизумаб внутривенно 1 раз в 3 недели. Лечение осложнялось лейкопенией 2-3 степени тяжести, гепатотоксичностью 2 степени тяжести. При контрольной МСКТ органов грудной клетки и органов брюшной полости с контрастированием определяется положительная динамика в виде уменьшения опухоли левого легкого более чем в 2 раза от исходного размера. По данным МРТ головного мозга с контрастированием отмечается полный регресс ранее выявленных mts очагов в головном мозге. В мае–июне 2021 г. больной проведен консолидирующий курс дистанционной 3-D конформной лучевой терапии (ДЛТ) на область всего объема головного мозга (РОД=3 Гр, СОД=33 Гр). В июне–июле 2021 г. проведен консолидирующий гипофракционированный курс ДЛТ на область корня левого легкого и зоны лимфоузлов средостения (РОД=3 Гр, СОД=33Гр). Далее пациентке была продолжена иммунотерапия атезолизумабом 1200 мг в/в 1 раз в 3 недели в поддерживающем режиме. По данным контрольной МСКТ органов грудной клетки и брюшной полости с контрастированием после 5 поддерживающих введений атезолизумаба в области ранее выявленной опухоли левого легкого КТ-картина фиброзных изменений. По данным контрольной МРТ головного мозга с контрастированием – данных за mts в головной мозг не выявлено. На 15 февраля 2022 года пациентке проводится иммунотерапия в поддерживающем режиме в течение 6 месяцев. Нежелательные явления не выявлены. Планируется продолжение поддерживающей иммунотерапии атезолизумабом до признаков прогрессирования или развития иммуноопосредованных нежелательных явлений. Данный клинический случай демонстрирует высокую эффективность химиоиммунотерапии в качестве первой линии распространенного МРЛ.

**Выводы.** Мелкоклеточный рак легкого является опухолью с большим иммуногенным потенциалом вследствие высокой частоты соматических мутаций, и в то же время характеризуется крайне иммуносупрессивным фенотипом, что позволяет ускользать этой опухоли

от иммунного ответа. Именно по этой причине иммунотерапия при МРЛ не дала столь прорывных результатов, как при НМРЛ. Тем не менее, добавление к химиотерапии иммунотерапии анти-PD-L1 в 1-й линии показало преимущество в ОВ при распространенном МРЛ. Ранее существовавшие в течение десятилетий стандарты лечения МРЛ начинают меняться. Изучение ингибиторов контрольных точек иммунитета при МРЛ, как локализованном, так и диссеминированном, продолжается, перспективы иммунотерапии при МРЛ уже четко обозначены, и ожидается ее дальнейшее развитие и совершенствование при одной из самых неблагоприятных форм рака.

*С.И. Чивильгина, И.Н. Елистратова*

## ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ ИЛИ «КАК ПОМОЧЬ ПОМОГАЮЩИМ?»

ГКУЗ «Ульяновский областной «ХОСПИС»»

**Актуальность.** Работа с терминальными пациентами и их родственниками чрезвычайно сложная и требует больших физических и душевных затрат медицинского персонала «Хосписа». Данная нагрузка может сформировать синдром «эмоционального выгорания». Со стороны клинического психолога совершенно очевидной становится работа по психопрофилактике данного синдрома.

**Цели и методы исследования.** Цель работы в данном направлении – выявить наличие синдрома «эмоционального выгорания» и определить оптимальные формы и методы лечебно-профилактической работы.

В исследовании приняли участие 35 человек из числа медицинского персонала учреждения. Обследование включало экспериментально-психологические методики: анкета для определения наличия эмоционального выгорания; госпитальная шкала HADS.

**Результаты исследования.** В результате исследования получили данные.

1. По анкете для определения наличия эмоционального выгорания:
  - 60% – 21 человек не испытывает стресс, связанный с работой;
  - 26% – 9 человек склонны к эмоциональному выгоранию;
  - 14% – 5 человек испытывают выгорание.
2. По госпитальной шкале HADS:
  - 40% – 14 человек нуждаются в психологической помощи;
  - 11% – 4 человека склонны к тревоге и депрессии;

- 49% – 17 человек отсутствуют тревога и депрессия.

Начата психокоррекционная работа и психологическое сопровождение деятельности врачей и сестринского персонала «Хосписа».

Применялась как индивидуальная психокоррекционная работа по графику с психологом, так и групповая работа в течение года по графику не реже одного раза в месяц.

Форма работы: практикум, тренинг, деловая игра.

Темы занятий. Настраивайтесь на успех. Преодоление негатива. Устранение негативных установок. Приручи своих «драконов». Сказкотерапия. Большой театр эмоций. Упражнения на любой случай. Уважайте себя, старайтесь себе нравиться. Мои «острова». Страх парализует волю. Хочешь быть счастливым, будь им. Обмен личным опытом.

Итог индивидуальных и групповых занятий: коррекция индивидуально-личностных состояний; снижение общей тревожности; повышение стрессоустойчивости; создание эмоционально-личностной комфортности; овладение способами эмоционального равновесия в различных жизненных ситуациях; наполнение ресурсами для изменения.

Итоговая психодиагностика после комплекса профилактических мероприятий с данной категорией обследуемых показала снижение показателей «эмоционального выгорания», снижение тревоги и депрессии на 30%.

**Выводы.** Комплексная психокоррекционная работа способствует профилактике и лечению синдрома «эмоционального выгорания». Главная роль в профилактической работе отводится психологу «Хосписа», который в динамике тестирует психологическое здоровье медицинского персонала, способность работать в паллиативной медицине, устойчивость к неблагоприятным факторам, и проводит как профилактическую работу, так и психологическую коррекцию индивидуально-личностных состояний.

*А.В. Гашков, А.А. Даддианов, О.Ю. Колотик-Каменева,  
Т.В. Иванова*

## **КОНФЛИКТОЛОГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В СИСТЕМЕ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ**

**Министерство здравоохранения Ульяновской области**

Начало 2020 года ознаменовалось для российского общества развитием новой коронавирусной инфекции COVID-19, которая вызвала среди населения параллельную эпидемию страха, тревоги и депрессии, обусловленные неопределенностью, касающейся распространения и воздействия COVID-19 на жизнь и здоровье, на фоне высоких ожиданий в направлении поиска медицинских решений: разработки лекарственных препаратов, вакцины и так далее.

Вместе с тем, высокий уровень мировых информационных потоков на фоне стремительного развития технологических процессов, сопровождающийся намеренным вводом в заблуждение огромных масс людей, их неосознанностью, стали причиной формирования в человеке заведомо агрессивного, презрительного, противоборствующего поведения к вновь создаваемым процессам.

Подобное противостояние двух взаимоисключающих поведенческих реакций создало дополнительную проблему в направлении предотвращения распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19 среди населения, сформировав конфликт населения и медицинского сообщества в отношении необходимости и эффективности применения в данном случае методов вакцинопрофилактики, что послужило первым этапом формирования устойчивого мнения необходимости отказа от вакцинации среди отдельных групп населения.

**С целью изучения** основных причин возникновения конфликтов, связанных с вакцинопрофилактикой новой коронавирусной инфекции, для последующей выработки механизмов их урегулирования проведена исследовательская работа.

**Эмпирическая база** представлена результатами следующих исследований:

- Анализ данных государственной статистики за период 2021 года;
- Анкетирование жителей г. Ульяновска / персонала медицинских организаций «Отношение к Прививкам» (N=116, январь-февраль 2022, Ульяновск)

- Анализ обращений граждан за период 2021 года (N=7143, Министерство здравоохранения Ульяновской области);
- Анализ сообщений, поступивших в Центр управления регионом (N=10037, ноябрь 2021 года, Ульяновск)

**Конфликтологические методы** включают:

- Методы конфликтологического аудита и диагностики
- Восстановительные технологии
- Переговоры
- Медиативные технологии
- Технологии конструктивной обратной связи, активного слушания, противодействия агрессии, проблематизирующих вопросов.

Проведенный многогранный анализ доказал и позволил сформировать позицию о наличии конфликта в системе вакцинопрофилактики в период пандемии новой коронавирусной инфекции, имеющего в своей структуре целый ряд факторов, в отношении которых должны быть направлены усилия по их нивелированию:

- недостаточный уровень информированности граждан, основанной на официальных данных, о безопасности применяемых для вакцинопрофилактики вакцин, их разновидности, эффективности, возможных краткосрочных и долгосрочных последствиях, уровне доказательной базы;
- внутриличностные страхи чипирования, мобилизации и так далее;
- недостаточный уровень организации доступности вакцинопрофилактики;
- недостаточный уровень осознанности граждан в отношении возможности заболеть, заразить окружающих;
- низкая заинтересованность в экономической составляющей вакцинопрофилактики, прежде всего возможности эффективного направления финансовых потоков – локальность мышления.

С целью минимизации конфронтации населения и государства, вызванной кампанией по вакцинации от новой коронавирусной инфекции (COVID-19), преодоления и недопущения впредь состояния конфликта подразумевается ряд следующего рода мероприятий:

1. Выступления экспертов, лидеров общественного мнения на теле-радио площадках при поддержке региональных и федеральных СМИ.
2. Онлайн-трансляция прямых эфиров с приглашением экспертов из сферы медицины (еженедельные прямые эфиры на базе ЦУР, рубрика «Спросите доктора»).

3. Организация лекториумов с упором на принадлежность аудитории к определенной группе населения, учётом конкретно их интересов.
4. Организация взаимодействия с социальными службами, общественными организациями для доведения информации до лиц, относящихся к строгим «антиваксерам».

При этом, за счёт просветительской, социально – профилактической работы, через вовлечение населения в различные виды коммуникации с учреждениями здравоохранения региона, экспертами, заслушивание их идейных инициатив, озвучивание недостатков, сомнений, страхов достичь такого уровня мотивации социально полезной деятельности, при которой будут исключены какие - либо конфронтации и негативизм со стороны населения в адрес прививочной кампании.

Для обозначения эффективности внедрения, проекта необходимы следующие результаты:

#### 1. Количественные:

- расширение круга населения, вовлеченных в процесс формирования качественного образа жизни путем принятия основ, преподносимых учреждениями здравоохранения, медицинскими специалистами
- увеличение числа лиц в целевых группах, отказавшихся от идеи принуждения их к вакцинации путем ущемления их прав, интересов, желаний
- увеличение числа лиц, владеющих информацией по профилактике различных заболеваний, помимо новой коронавирусной инфекции.

#### 2. Качественные:

- Привлечение внимания населения к актуальности ведения правильного образа жизни и формированию активной гражданской позиции путем вовлеченности в процессы работы в рамках проекта.
- Формирование принятия и уничтожение стереотипа о неэффективности вакцинации, как в целом, так и в рамках изучаемой кампании образа жизни.
- Приобретение организаторами, участниками проекта базовых навыков проведения мероприятий, направленных на формирование доверия к медицинскому сообществу среди населения.

Схождение на нет конфликта между населением и медицинскими организациями за счет обеспечения информированности граждан о вакцинопрофилактике от новой коронавирусной инфекции через механизмы масштабной информационной кампании:

- деятельность фокус-групп в организациях здравоохранения, с привлечением независимых экспертов, медийных личностей,

населения, уже прошедшего вакцинационную кампанию, с целью обсуждения волнующих население вопросов в сфере вакцинации, ее целесообразности, переносимости самой процедуры, возникающих осложнений, влияние этих факторов на формирование образа вакцинации, отношения к ней.

- реализация медийных мероприятий, направленных на популяризацию вакцинопрофилактики, с использованием следующих каналов доведения информации: ТВ, СМИ, социальных сети. Анализ доступности, полноты и достоверной информации о всех, волнующих население, вопросах;
- проведение очных встреч с населением с привлечением выделенных нами групп населения;
- активное размещение информационных материалов, оказывающих влияние на изменение подсознания людей в необходимом направлении.

Вакцинация, несомненно, является символом крупнейшего достижения, в мировой практике здравоохранения. Но, несмотря на это, процесс вхождения вакцинации в перечень наиболее эффективных средств борьбы с инфекциями не свободен от разнородных конфликтов и повсеместно требует поиска путей их нравственно-правового разрешения.

Наиболее распространенные вызовы, связанные с вакцинацией, имеют связь с необходимостью преодоления конфликта интересов индивидуума и общества; уважения автономии личности; соблюдения права добровольного выбора; обеспечения специальных условий для определенных групп; недискриминации; доступности; социальной ответственности и солидарности.

Реалии, которые оправдывают применение указанных выше этических принципов, возникают на протяжении всего процесса вакцинации: от момента разработки вакцин до их применения.

Этические выводы, решения, основанные на авторских проектах по изучению факторов доверия и отношения к вакцинопрофилактике у разнородных категорий гражданского общества и медицинских работников, способствуют справедливому освещению нравственных основ научных, а также практических достижений в сфере преодоления конфликтов в поле вакцинопрофилактики.

Все это позволяет сделать вывод о том, что конфликтологические технологии в системе вакцинопрофилактики в медицинских организациях являются одними из эффективных в реформировании направления «антивакцинации» в управляемый процесс.

А.С. Верушкина, В.И. Горбунов

## ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ КАК ИНДИКАТОРЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАЛИЗАЦИИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ НА УРОВНЕ РЕГИОНА

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

**Введение.** Начало XXI столетия во всем мире ознаменовалось новым отношением государства к человеку. Переходя от качества товаров к качеству человека, общество вступило в новую цивилизацию, получившую название «цивилизация качества жизни». Новое качество жизни – так обозначено одно из направлений государственной политики РФ в соответствии с утвержденным перечнем государственных программ, начало реализации которых приходится на 2012–2013 годы.

**Цель** данной работы состояла в исследовании изменений показателей КЖ населения Ульяновской области в динамике путем сравнения данных, полученных с 7-летним временным интервалом, с позиций оценки эффективности и результативности социально направленных государственных программ. Исследование проведено с использованием русскоязычной версии общепринятого в международной практике опросника SF-36. Сбор данных осуществляли методом анкетирования на основе использования прямого опроса респондентов.

**Результаты.** В основную выборку набор исследуемых осуществлялся в 2019 году. Выборка включила 100 респондентов в возрасте от 17 до 69 лет, в том числе 74% женщин и 26% мужчин. Средний возраст выборки – 30,1±13,9 лет. Контрольная группа была сформирована из популяционной выборки 2012 года и составила по отношению к основной выборке сопоставимую по объему, полу и возрасту репрезентативную группу респондентов. В исследуемых группах сохранены основные тенденции в отношении социальных характеристик респондентов. В таблице 1 представлена сравнительная характеристика параметров качества жизни по основным шкалам опросника SF-36 в выборках 2012 и 2019 года. Все шкалы опросника продемонстрировали отсутствие статистически значимых различий между группами. По уровню шкал в основной группе относительно контрольной можно судить о наличии наметившихся положительных тенденций: повышается физическая активность населения (показатель физического функционирования вырос

на 8%), респонденты теперь в меньшей степени ограничены в выполнении работы или повседневных обязанностей физическим состоянием, проблемами со здоровьем (показатель ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием, увеличился на 9,4%) (Таблица 1).

Таблица 1. Сравнительная характеристика показателей качества жизни респондентов основной (2019 г.) и контрольной (2012 г.) групп (в баллах)

Шкалы опросника SF-36	Основная выборка (2019г.) (n=100), M±δ	Контрольная группа (2012г.) (n=101), M±δ	Достоверность различий
ФФ	91,2±12,4	84,5±20,2	p>0,05
РФФ	71,0±33,7	64,9±36,1	p>0,05
Б	72,0±20,1	71,6±28,0	p>0,05
ОЗ	61,7±15,9	62,3±17,3	p>0,05
ЖА	53,8±20,8	61,8±19,2	p>0,05
СФ	75,4±21,1	74,1±24,1	p>0,05
РЭФ	61,3±39,3	66,7±37,1	p>0,05
ПЗ	61,6±19,2	65,3±18,1	p>0,05

В отношении показателей жизненной активности (ЖА), ролевого эмоционального функционирования (РЭФ) и психического здоровья (ПЗ) можно предположить о наметившихся негативных тенденциях: в выборке 2019 года по сравнению с выборкой 2012 года респонденты более утомлены, у них снизилась жизненная активность (показатель ЖА снизился на 13%), ухудшилось настроение, стало меньше положительных эмоций (показатель ПЗ снизился на 6%), а также повседневная деятельность респондентов в большей степени стала ограничена ухудшившимся эмоциональным состоянием (показатель РЭФ снизился на 8%).

**Заключение.** 7-летний интервал, как временной, недостаточен для оценки эффективности реализации программ государственной социальной политики по повышению КЖ населения, но вполне приемлем для проведения мониторинга показателей КЖ на предмет определения нужного вектора, направления движения и своевременного внесения изменений и коррективов в национальные программы и проекты.

*В.И. Горбунов, С.В. Камардин, Г.В. Возженникова,  
И.Н. Исаева, С.С. Сухих*

## СВЯЗАН С ЗЕМЛЕЙ СИМБИРСКОЙ: К 150-ЛЕТИЮ А.Л. ПОЛЕНОВА

ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»

7 апреля 2021 года исполнилось 150 лет со дня рождения Андрея Львовича Поленова. Дата прошла тихо, незаметно, хотя на здании областной клинической больницы висит мемориальная доска в его честь, имя его присвоено медицинскому колледжу УлГУ.

Имя профессора Андрея Львовича Поленова – русского учено-хирурга, основоположника отечественной травматологии и нейрохирургии, создателя первого в мире института нейрохирургии, действительного члена АМН СССР, золотыми буквами вписано в историю отечественной и мировой науки, однако истоки его творчества заложены в провинции.

Он с детства впитал все лучшие традиции своего старинного рода. В родстве с Поленовыми были знаменитый революционный демократ А.И. Герцен, известный художник-академик В.Д. Поленов. В 1880 г., начав учебу в первой Московской прогимназии, в 1884 году он, по прошению матери, перемещается в Симбирскую гимназию (откуда в апреле 1887 г. по семейным обстоятельствам был уволен из 5-го класса) и переезжает в Петербург. В старших классах гимназии у него зарождается стремление проявить себя в медицине. Высокая идея «принесения практической пользы больным» побудила юного А.Л. Поленова поступить в Военно-медицинскую академию. Уже с первого курса А.Л. Поленов обнаруживает, помимо природных способностей и любви к науке, живой интерес к общественной жизни.

Окончив с отличием Военно-медицинскую академию в 1896 г., военный врач А.Л. Поленов был назначен в полк, в военный лазарет в г. Орел. С первых же лет службы здесь он «проникся любовью к научно-исследовательской работе» и не оставлял её до последних лет жизни. Уже год спустя он избирается секретарем Орловского медицинского общества, публикует научный отчет. Работая в последующем в Кронштадтском морском госпитале, проводит научные исследования и в 1901 г. блестяще защищает докторскую диссертацию на тему «Симпатэктомия. Влияние этой операции на экспериментальную эпилепсию животных». В результате 6-месячной работы экспедиции в Астраханской губернии, в 1903 году при его участии выходит большой научный том трудов «Чума

в Астраханской губернии в 1901 г.». В 1904–1905 гг. А.Л. Поленов стажирется во Франции и Швейцарии. Обогащенный новыми идеями, вернувшись в Кронштадт, он делает много докладов в научных обществах, публикует ряд статей, делает ряд оригинальных предложений в различных журналах, а в 1910 г. получает звание приват-доцента кафедры госпитальной хирургии Военно-медицинской академии.

В начале 1911 г. А.Л. Поленов, «не пожелавший мириться с реакционным духом госпиталя» в Кронштадте, подает в отставку и по конкурсу с апреля этого же года избирается старшим врачом Симбирской губернской земской больницы.

Левое крыло земства, наиболее прогрессивная часть гласных (депутатов Губернского собрания), считая губернскую больницу ведущим лечебным учреждением, находило, что она «должна удовлетворять требованиям науки, в известных случаях заменить клинику, и чтобы население уездов могло обращаться в нее за специальной помощью». Такая мотивировка приводилась в докладе губернской управы собранию гласных, ставив вопрос о выборе старшим врачом лица, имеющего ученую степень, зарекомендовавшего себя крупным специалистом, чтобы он в больнице мог быть «настоящим хозяином»: таким требованиям отвечала кандидатура доктора Поленова. На него и пал выбор губернского земского собрания. А.Л. Поленов к этому времени прибыл в Симбирск и был представлен управой губернскому земскому собранию на сессии в январе 1911 г.

Застав больницу в очень запущенном состоянии, А.Л. Поленов с огромной энергией приступил к коренной ее реорганизации. Хирург по специальности, он оказался талантливым организатором. По его планам и под его личным руководством больница была капитально перестроена, расширена и заново оснащена по образцу передовых клинических научных учреждений. При ней были построены здания клинической лаборатории, прозекторской, открыто глазное отделение, организовано лечение электричеством (гальванизация, фарадизация, электростатические ванны, электрический ветер), лучами Рентгена, введено лечение вибрационным массажем.

Диапазон хирургической деятельности А.Л. Поленова был велик. Он и его ученики оперировали на всех органах человеческого тела (кроме сердца). Уже тогда производили операции по наложению желудочно-кишечного соустья, вшиванию мочеточников в прямую кишку, резекция прямой кишки при раке, трепанации черепа при травмах и кровоизлияниях, операции на грудной клетке, костях конечностей. А.Л. Поленовым были предложены новые методики в хирургии: аппендэктомия специальным инструментом энтеротрибом, свободная пересадка жира

из ягодиц в костные полости при секвестрэктомии, свободная костная пластика, гвозди и скобки при лечении осложненных переломов. В больнице был создан первый виварий, где врачи производили эксперименты. А.Л. Поленов и М.И. Ладыгин, изучая вопрос об использовании жира в качестве кровоостанавливающего средства, произвели серию опытов на кроликах, после чего они стали применять жировую клетчатку при ранениях печени, почек, легких у людей.

Одновременно А.Л. Поленов возглавил и фельдшерскую школу. По положению тех лет, земская фельдшерская школа находилась при губернской земской больнице и старший врач больницы был ее директором. Здесь доктор Поленов со своими коллегами произвел огромную реорганизацию, направленную на улучшение подготовки средних медицинских кадров: были привлечены новые преподаватели, заново переработан учебный план и расширена программа обучения.

Наряду с напряженной организационной, лечебной и педагогической деятельностью А.Л. Поленов не забывает и о научной работе. Под его председательством оживает и развивается научная деятельность общества симбирских врачей, продолжается связь с академическим миром, он ежегодно выезжает в Петербург для чтения лекций своего приват-доцентского курса.

Особо надо отметить научные конференции врачей, проводимые Поленовым в строго регламентированное время, один раз в месяц. Эти «Поленовские конференции» были очень популярны в городе, и в губернии. Тематика конференций отвечала требованиям жизни, задачам врачебной практики, а потому они были разнообразны и интересны. Кроме специальных научных сообщений на конференциях, демонстрировались больные, рентгенограммы, цветные фотографии, изготавливаемые лабораторией больницы. В научную работу больницы был вовлечен весь врачебный коллектив. С августа 1911 г. труды конференции стали печататься отдельными книжками «Труды Симбирской Губернской земской больницы» один раз в месяц.

Андрей Львович Поленов проработал в Симбирске более трех лет, с 1911 по 1914 гг., впитав все лучшие традиции земской медицины и оставив в истории здравоохранения Симбирского края и губернской земской больницы (ныне Ульяновская областная больница) неизгладимый след, показав себя замечательным хирургом, новатором, талантливым организатором и зрелым ученым.

*Н.Ф. Абдуллова, О.И. Салминская, А.М. Салахиева*

## АНАЛИЗ ПРИЧИН СМЕРТИ БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В 2021 ГОДУ В УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ

ГУЗ «Областной центр профилактики и борьбы со СПИД»

**Актуальность проблемы:** принятые за последнее время меры по расширению масштабов доступа к жизненно необходимой антиретровирусной терапии должны значительно снизить смертность вследствие СПИДа при условии доступности и качественного предоставления этих услуг, а также приверженности пациентов с ВИЧ-инфекцией диспансерному наблюдению и лечению.

**Цель исследования** – определить эффективность антиретровирусного лечения среди ВИЧ-инфицированных пациентов в Ульяновской области.

**Метод исследования** – анализ причин смерти больных ВИЧ-инфекцией в Ульяновской области.

**Результаты:** в 2021 году умерло 468 человек с диагнозом ВИЧ-инфекция, в том числе 298 от причин, не связанных с ВИЧ, 169 от ВИЧ-инфекции. Показатель смертности составил 13,9% на 100 тыс. населения, что на 11% меньше, чем за 12 месяцев 2020 года. Доля умерших от состояний, связанных со СПИДом, составила 20,1%. При анализе причин смерти от ВИЧ-инфекции на 1 месте находится смерть от микобактериальной инфекции вследствие следующих причин:

- большая часть умерших из этой категории находились в местах лишения свободы и имели контакт с болеющими туберкулезом;
- позднее начало антиретровирусного лечения, приведшее к возникновению синдрома реконструкции иммунной системы и, как следствие, активизации туберкулезного процесса;
- низкая приверженность пациентов к диспансерному наблюдению и антиретровирусному лечению;
- недостаточный охват двукратным флюорографическим обследованием (менее 50%), что приводит к поздней диагностике туберкулеза.

Из 169 человек, умерших в 2021 году от ВИЧ-инфекции, 70 человек не получали антиретровирусное лечение, в основном по причине непосещения Центра СПИД. 99 человек получали антиретровирусное лечение, в том числе 44% – менее 6 месяцев, 12% – от 6 до 12 месяцев, 43% – более 12 месяцев до даты смерти. Из получавших лечение более 12 месяцев



у 86% пациентов отмечается низкая приверженность лечению, что привело к его неэффективности.

Вероятность летального исхода от ВИЧ-инфекции находится в прямой зависимости от наличия антиретровирусного лечения и приверженности пациента этому лечению. На фоне роста охвата антиретровирусным лечением лиц, инфицированных ВИЧ, состоящих под диспансерным наблюдением, с 76% за 12 месяцев 2020 года до 80,3% за 12 месяцев 2021 года отмечается снижение смертности от ВИЧ-инфекции на 11% за 12 месяцев 2021 года по сравнению с аналогичным периодом 2020 года.

**Выводы:** 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.

*В.И. Горбунов, И.Н. Исаева, Г.В. Возженникова,  
Т.А. Потапова*

## ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ И ПРОФИЛАКТИКЕ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»

**Введение.** Болезни системы кровообращения занимают первое место в структуре причин смертности развитых стран. Среди них лидирует артериальная гипертензия [1]. Основными факторами риска болезней системы кровообращения, в том числе, артериальной гипертензии являются курение, избыточный вес, нарушение питания, стрессы, наследственность, условия труда и отдыха, гиподинамия, возраст [2]. Медицинские исследования убедительно доказывают взаимосвязь между наличием факторов риска и возникновением болезней системы кровообращения. Но, к сожалению, общество еще не осознает артериальную гипертензию как социально значимую проблему.

**Цель** – изучить распространенность факторов риска и приверженность к лечебно-профилактическим мероприятиям среди пациентов с артериальной гипертензией.

**Основная часть.** С этой целью нами было проведено анкетирование пациентов кардиологических отделений города Ульяновска по специально разработанной анкете.

В анкетировании приняли участие 110 человек. Из них 35% мужчин и 65% женщин. Лиц в возрасте старше 60 лет – 60%, от 35 лет до 60 лет – 30%, до 35 лет – 10%.

У большинства пациентов выявлено наличие комплекса в отношении назначенного лечения и рекомендаций врача: 65% своевременно в полной дозе принимают антигипертензивные препараты, 60% опрошенных изменили характер питания и увеличили двигательную активность. В то же время, не контролируют артериальное давление 41% опрошенных, 35% из общего числа исследуемых нерегулярно принимают лекарственные препараты, 40% не учитывают рекомендаций врача по коррекции факторов риска артериальной гипертензии.

Анкетирование показало, что 54% лиц, страдающих артериальной гипертензией, имеют избыточную массу тела, при этом повышенное содержание уровня холестерина за счет липопротеидов низкой плотности выявлено у 86% пациентов.

Курят в повседневной жизни 37% респондентов, большинство из них (62%) считают, что выкуренная сигарета позволяет им расслабиться, и избавиться от стресса, а 38% отмечают, что у них не получается самостоятельно избавиться от этой привычки. Большинство опрошенных (63%) ведут малоподвижный образ жизни, мало времени уделяют физической активности.

У 79% опрошенных выявлена наследственная предрасположенность к развитию артериальной гипертензии: 30% отмечают наличие у одного из родителей артериальной гипертензии, 22% – у обоих родителей, 42% – у других близких родственников.

Наличие бессонницы и нарушений сна отметили 81%, частых головных болей и болей в сердце 73% респондентов. По мнению опрошенных, 82% из них часто находятся в стрессовых ситуациях, испытывают чувство тревоги, состояние эмоциональной лабильности.

**Заключение.** У большинства пациентов, страдающих болезнями системы кровообращения, выявлено наличие факторов риска: избыточная масса тела (54%), повышение уровня холестерина (86%), гиподинамия (63%), курение (37%), стрессы (82%), наследственная предрасположенность (79%).

Каждый третий респондент имеет низкую приверженность к лечению и участию в профилактических мероприятиях (не выполняют рекомендации врача по контролю артериального давления, приему лекарственных препаратов, коррекции образа жизни).

Таким образом, при проведении профилактики артериальной гипертензии, важная роль должна отводиться выработке мотивации пациентов к ведению здорового образа жизни и выработке приверженности к соблюдению рекомендаций врача.

#### Список литературы.

1. Факторы риска способствующие развитию артериальной гипертензии: [Электронный ресурс].
2. Факторы риска развития артериальной гипертензии. Все о гипертонии: [Электронный ресурс].

*Н.Ф. Абдуллова, Н.В. Калининкова, А.М. Салахиева*

### ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫЕЗДНОЙ РАБОТЫ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМ ПАЦИЕНТАМ В МУНИЦИПАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАНИЯХ УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ В 2010– 2020 ГОДАХ

ГУЗ «Областной центр профилактики и борьбы со СПИД»

**Актуальность проблемы:** с 2010 года в ГУЗ «Центр СПИД» введена выездная форма работы для оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи ВИЧ-положительным пациентам, проживающим в муниципальных образованиях Ульяновской области, с целью приближения медицинской помощи по ВИЧ-инфекции к населению, обеспечения всех нуждающихся антиретровирусной терапией, повышения информированности населения по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции, оказания методической помощи специалистам ЛПУ по вопросам организации медицинской помощи ВИЧ-инфицированным. План выездной работы утверждается и направляется в лечебные учреждения в начале календарного года.

**Цель исследования** – определить эффективность выездной работы для оказания медицинской помощи ВИЧ-инфицированным пациентам, проживающим в муниципальных образованиях Ульяновской области.

**Метод исследования:** анализ отчетной документации по результатам выездов.

**Результаты:** всего за период с 2010 по 2020 год произведено 220 выездов бригад специалистов в муниципальных образованиях Ульяновской области. В среднем производится 21 выезд в год. В 2020 году из-за пандемии новой коронавирусной инфекции число выездов

пришлось существенно сократить, а основной задачей стала передача антиретровирусных препаратов для пациентов через ответственных за работу с ВИЧ-инфицированными пациентами.

Процент явки пациентов, в том числе лиц с сомнительным результатом иммунного блота и контактных, от числа приглашенных на прием в среднем составляет около 19% (таблица 1).

Таблица 1.

Год	Процент явки от числа приглашенных	Год	Процент явки от числа приглашенных
2010	14,4	2016	19,9
2011	26,4	2017	18,0
2012	17,0	2018	20,6
2013	17,7	2019	21,3
2014	17,9	2020	18,4
2015	22,1	Среднее значение: 19,4	

При рассмотрении статистики явок в разрезе муниципальных образований отмечается следующая тенденция – более низкий процент явки наблюдается в районах с высокой пораженностью (таблица 2):

- 1) в районах с очень высокой пораженностью (более 1500 на 100000 населения) средний процент явки составил 15,2;
- 2) в районах с высокой пораженностью (от 800 до 1500 на 100000 населения) средний процент явки составил 20,3, самый высокий – в Вешкаймском районе (40,7), самый низкий – в Чердаклинском районе (10,3);
- 3) в районах со средней пораженностью (от 600 до 800 на 100 000 населения) процент явки составил 27,0, самый высокий – в Сурском районе (38,7), самый низкий – в Цильнинском районе (13,5);
- 4) в районах с низкой пораженностью (менее 600 на 100 000 населения) средний процент явки составил 45,3.

Таблица 2

Муниципальное образование	Средний процент явки в 2010-2020 годах	Пораженность (на 100 тыс. населения) в 2021 году
Мелекесский район	22,9	1807,2
город Новоульяновск	7,4	1657,6
Майнский район	19,8	1070,2
Чердаклинский	10,3	1062,7
Вешкаймский район	40,7	993,9
Сенгилеевский район	12,9	988,6
Новомалыклинский район	24,7	971,6
Ульяновский район	13,2	881,1
Кузоватовский район	28,7	761,4
Старомайнский район	34,2	755,6
Барышский район	27,1	717,7
Цильнинский район	13,5	715,0
Инзенский район	33,6	693,3
Карсунский район	14,2	688,6
Тереньгульский район	19,6	657,8
Сурский район	38,7	605,2
Новоспасский район	33,7	600,9
Павловский район	49,0	401,2
Николаевский район	41,5	325,8

**Выводы:** 1. Выездная форма работы является необходимой для приближения помощи ВИЧ-положительным пациентам и оказания организационно-методической помощи специалистам медицинских организаций муниципальных образований Ульяновской области по вопросам организации медицинской помощи ВИЧ-инфицированным. 2. Руководителям ЛПУ, особенно расположенных в муниципальных образованиях с высокой пораженностью по ВИЧ, необходимо повысить качество работы по организации явки пациентов в дни приезда бригады специалистов из Областного Центра по борьбе со СПИД.

Для повышения качества оказания первичной медико-санитарной помощи ВИЧ-инфицированным в медицинских организациях муниципальных образований Ульяновской области требуется совершенствование организации работы ответственных за работу с ВИЧ-инфицированными пациентами, а именно: утверждение рекомендуемого перечня функциональных обязанностей ответственного за работу с ВИЧ-инфицированными и возложение этих обязанностей на специалистов с высшим медицинским образованием, в идеале – на врачей-инфекционистов.

*О.Г. Прибылова, Л.В. Коршунова, С.С. Акимова*

## СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ АМБУЛАТОРНЫХ СЛУЧАЕВ COVID-19 ЗА 2020-2021 гг.

ФКУЗ «Медико-санитарная часть МВД России по Ульяновской области»

**Актуальность.** В конце 2019 г. в Китайской Народной Республике произошла вспышка новой коронавирусной инфекции, положившая начало пандемии. Всемирная организация здравоохранения 11 февраля 2020 г. определила её официальное название – COVID-19. Она включена в перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих (постановление Правительства РФ от 31 января 2020 г. № 66). Появление COVID-19 поставило перед специалистами здравоохранения задачи по изучению клинических и эпидемиологических особенностей заболевания.

**Цель** исследования – определить статистические показатели случаев заболеваний COVID-19 во ФКУЗ «МСЧ МВД России по Ульяновской области» и провести их анализ за 2020–2021 гг.

**Материалы и методы.** Объектом изучения явились законченные амбулаторные случаи COVID-19, зарегистрированные среди лиц, прикрепленных на постоянное медицинское обеспечение к ФКУЗ «МСЧ МВД России по Ульяновской области» за 2020–2021 гг. Всего проанализировано 2 732 случая, из них 1 358 зарегистрированы в 2020 году и 1374 – в 2021 году.

**Результаты.** Исходя из численности прикрепленного контингента, заболеваемость COVID-19 в расчете на 1000 чел. составила в 2020 году 78,9, в 2021 году – 81,0. В 2021 году заболеваемость выше, чем в 2020 году,

на 2,7%. Среди всех пациентов с COVID-19 лабораторно подтвержденные случаи (U07.1) в 2020 году составили 98,3%, в 2021 году – 98,4%.

Распределение пациентов по возрасту. В 2020 году пациенты в возрасте до 30 лет составили 21,6%, в возрасте 31–45 лет составили 57%, старше 45 лет – 21,4%; в 2021 году пациентов возрасте до 30 лет было 23,5%, в возрасте 31–45 лет было 61,2%, старше 45 лет – 15,3%. Таким образом, во второй год пандемии (2021 год) доля лиц старше 45 лет меньше, чем в 2020 году, на 28,5%.

Распределение пациентов по длительности течения болезни, исходя из периода их временной нетрудоспособности. В 2020 году менее 14 дней болели 8,8% пациентов, длительностью 15–21 день болели 43,5%, более 21 дня – 47,7% пациентов. В 2021 году менее 14 дней болели 19,5% пациентов, длительностью 15–21 день болели 54,1% пациентов, более 21 дня – 26,4%.

Течение случаев COVID-19 среди вакцинированных было следующее: менее 14 дней отмечено у 17,2% пациентов, длительностью 15–21 день – у 75,9%, более 21 дня – у 6,9%. Таким образом, выявлено, что доля лиц, болеющих более 21 дня в 2021 году меньше, чем в 2020 году на 44,7%. А среди вакцинированных длительно болеющих пациентов меньше, чем в 2020 году, на 85,5% и меньше, чем в 2021 году, на 73,9%. Самый длительный случай листка нетрудоспособности в 2020 году составил 94 дня, в 2021 году – 83 дня. Средняя длительность пребывания на листке нетрудоспособности составила в 2020 году 21,3 дня, в 2021 году – 19,0 дней, среди вакцинированных пациентов – 12,1 дней. Таким образом, в 2021 году средняя длительность течения болезни на 10,8% меньше, чем в 2020 году. Среди вакцинированных пациентов длительность течения болезни на 43,2% меньше, чем в 2020 году и на 36,3% меньше, чем в 2021 году. Повторные случаи COVID-19 выявлены у 27 пациентов, что составляет 1% среди всех зарегистрированных больных за 2020–2021 гг. Течение COVID-19 с осложнением (пневмония) в 2020 году отмечена у 61% пациентов, в 2021 году – у 49%. Среди вакцинированных пациентов – 5,4%. Таким образом, случаев осложнения (пневмонии) в 2021 году было на 19,7% меньше, чем в 2020 году.

**Выводы.** Статистический анализ амбулаторных случаев COVID-19 во ФКУЗ «МСЧ МВД России по Ульяновской области» за 2020–2021 гг. выявил следующие тенденции: Заболеваемость COVID-19 в расчете на 1000 чел. за 2020–2021 гг. составляет 78,9 и 81,0 соответственно. В 2021 году заболеванию COVID-19 подвержены лица более молодого возраста, чем в 2020 году. Средняя длительность течения случаев COVID-19 в 2021 году ниже, чем в 2020 году. Положительное влияние на течение COVID-19 имеет вакцинация.

*Ю.А. Мухин, В.К. Лисин, А.Ю. Мухина*

## РИНОГЕННЫЕ ВНУТРИЧЕРЕПНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ НКВИ

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»

Пусковым моментом развития острых риносинуситов (ОРС) является вирусная инфекция, при которой ОНП поражаются почти в 90% случаев.

Для развития риногенных внутричерепных осложнений имеет значение иммунологическая реактивность организма, возраст, сопутствующая соматическая патология, микробная и тканевая сенсibilизация, особенности анатомического строения и физиологии носа и околоносовых пазух.

Основными внутричерепными осложнениями является риногенный менингит.

Диагнозу «риногенное внутричерепное осложнение» должно предшествовать выявление патологий ОНП. Диагностика синусита осуществляется на основании характерных жалоб, анамнеза, физикальных и дополнительных методов обследования (рентгенографии, КТ или МРТ ОНП).

Подход к лечению риногенных осложнений должен быть комплексным.

Приводим собственное клиническое наблюдение. В ЛОР-отделение ГУЗ УОКБ 06.11.21 г. обратился пациент И., 69 лет, с жалобами на головную боль, слизисто-гнойные выделения из носа, больше слева, заложенность носа, отек в области левого глаза, боль в левой половине головы диффузного характера, снижение зрения на левый глаз. Из анамнеза: болен в течение трех недель, находился на лечении в ковидном госпитале с 20.09.21 г. по 13.10.21 г. по поводу НКВИ.

При поступлении была выполнена рентгенография ОНП, на которой выявлено субтотальное затемнение верхнечелюстной пазухи слева, снижение пневматизации левой лобной пазухи. Госпитализирован в ЛОР-отделение с предварительным диагнозом: «Левосторонний гнойный гемисинусит. Реактивный отек левого глаза». Выполнена пункция левой верхнечелюстной пазухи и трепанопункция лобной. Назначено комплексное лечение. В связи с неэффективностью консервативного лечения проведена левосторонняя фронтотомия. На КТ головного мозга в послеоперационном периоде в левой лобной доле выявлена зона перифокального отека с наличием кольцевидного образования размерами

21×15×16 мм. Осмотрен нейрохирургом, рекомендовано продолжить консервативное лечение с диспансерным наблюдением, впоследствии при появлении выраженной неврологической симптоматики стереотаксическая пункция и дренирование абсцесса мозга. Пациент выписан под наблюдение невролога, ЛОР-врача, окулиста по м/ж с диагнозом: «Острый левосторонний гнойный гайморозтмоидит. Гиперпластический левосторонний фронтит. Реактивный отек левого глаза. Вторичный контактный абсцесс базальных отделов левой лобной доли с формирующейся капсулой».

**Вывод:** патология слизистой оболочки придаточных пазух носа имеет первостепенное значение в развитии внутричерепных осложнений. У пациентов, перенесших НКВИ, формируются тромбозы сосудов.

*Л.М. Лебедева, В.К. Лисин*

### ТУБЕРКУЛЕЗ ГОРТАНИ КАК ЗАПУЩЕННЫЙ СЛУЧАЙ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»

Клинический случай. Пациентка Б., 43-х лет, проживающая в г. Ульяновске с диагнозом «Инфильтративно-диссеминированный туберкулез легких, осложненный туберкулезом гортани», направлена на консультацию к врачу-оториноларингологу с жалобами на осиплость, влажный кашель с мокротой, «мокрота полным ртом», одышку смешанного характера, субфебрилитет. Больной себя считает около 6-7 месяцев. Наблюдалась и лечилась по месту жительства с диагнозом «бронхиальная астма». Состояние не улучшалось. Рентгенограмма грудной клетки за последние полгода не проводилась.

При осмотре: состояние удовлетворительное. В состоянии покоя одышка, осиплость, влажный кашель. При непрямой ларингоскопии: слизистая бледно-розовая, отечная в области черпал, в межчерпаловидном пространстве. Голосовые складки розовые, утолщены, подвижны. В области черпал, в грушевидных синусах, свободный гной. Пальпация шеи умеренно болезненная в области гортани. С подозрением на туберкулез пациентке произведена КТ гортани и легких. На КТ гортани выявлено утолщение слизистой задне-верхнего отдела трахеи за счет отека и сужения просвета подскладочного пространства и вестибулярных складок, утолщение черпал.

На КТ легких очаг инфильтрации с неровными краями в четвертом сегменте левого легкого, очаги диссеминации в обоих легких. Увеличение прикорневых лимфоузлов и лимфоузлов средостения.

Пациентка направлена для дообследования (мокрота, ПЦР) и лечения в Областном противотуберкулезном диспансере.

Напоминаем всем практическим врачам: пациентам трудоспособного возраста, обращающимся с жалобами на субфебрилитет, кашель влажный или сухой, осиплость, одышку необходимо проводить не только общеклиническое обследование, но и рентгенограмму легких, обследование мокроты.

*И.В. Митченко, В.К. Лисин, М.В. Авдеенко*

### КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СОЧЕТАНИЯ РИНОГЕННОГО МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТА И ОНМК ПО ИШЕМИЧЕСКОМУ ТИПУ

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»

Пациентка М., 73-х лет, поступила в тяжелом состоянии с диагнозом «острый левосторонний гнойный гемисинусит, левосторонний буллезный мирингит, вторичный гнойный менингоэнцефалит». При поступлении произведены пункция левой верхнечелюстной и трепанопункция левой лобной пазух, получено малое количество гнойного отделяемого. Также при поступлении проведена компьютерная томография головного мозга, по результатам которой выявлены признаки дисциркуляторных изменений с ишемическими очагами головного мозга и левостороннего гемисинусита. В спинномозговой жидкости белок 4.02 г/л, цитоз 691×10×6/л, что характерно для менингоэнцефалита. Отмечалось уменьшение цитоза с 1500×10×6/л до 500×10×6/л. На третьи сутки проведена фронтогайморотомия, при которой не обнаружено гнойного содержимого в пазухах, однако отмечалась гиперплазия слизистой в области соустьев. В ходе проведенного лечения состояние пациентки улучшилось, сознание достигло уровня оглушения, пациентка отвечала на простые вопросы и выполняла инструкции. На 9-е сутки пребывания в ОРИТ состояние резко ухудшилось. Сознание сопора-комы I, 5-6 баллов по шкале Глазго. На КТ головного мозга признаки ОНМК по ишемическому типу в левой гемисфере и стволе головного мозга с латерализацией влево, отека головного мозга.

Данный клинический случай показывает взаимосвязанность патологических процессов головного мозга при энцефалите и ишемическом инсульте. Изменения в виде раннего и позднего церебрита: тканевых реакций, дегенерации нейронов, диффузной инфильтрация нервной ткани, особенно периваскулярных пространств, наличие перифокального отека и патологии сосудистой стенки в виде пролиферативного эндартериита ведут за собой изменения, заключающиеся в снижении скорости кровотока, повреждении сосудистой стенки и повышении свёртываемости крови благоприятные для ишемизации тканей. Острая фокальная ишемия мозга вызывает определенную последовательность молекулярно-биохимических изменений в веществе мозга, способных привести к тканевым нарушениям, заканчивающимся гибелью клеток (инфарктом мозга). Характер изменений зависит от величины снижения мозгового кровотока, длительности этого снижения, а также от чувствительности вещества мозга к ишемии.

Таким образом, хотелось бы подчеркнуть необходимость раннего назначения препаратов, улучшающих мозговое кровообращение и метаболизм в клетках и тканях головного мозга, к тому же в аннотации препаратов данных групп не указаны противопоказания для применения при гнойно-септических процессах.

Согласно клиническим рекомендациям, назначение подобной категории препаратов не является абсолютно обоснованным. Однако, по данным отечественных и зарубежных РКИ, накопленный положительный опыт клинического применения препаратов с различным метаболическим действием позволяют рассматривать эту группу лекарственных средств как перспективную и направленную на улучшение функционального исхода заболевания, в том числе, и при лечении вторичных бактериальных менингоэнцефалитов, вызванных гнойно-септическими процессами ЛОР-органов при условии санации первичного очага.

*Л.М. Лебедева, В.К. Лисин, Ю.А. Мухин, Р.Ф. Сагидуллин*

## **СОЧЕТАННЫЕ ПОСТКОВИДНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ**

**ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»**

В данной статье представлен клинический случай. Пациент Б, 57 лет, обратился в отоларингологическое отделение ГУЗ УОКБ с жалобами на проявление гнойного правостороннего гемисинусита, осложнённого

экзофтальмом, тромбозом кавернозного синуса, невритом зрительного нерва, деструкцией решетчатых клеток, очаговым энцефалитом. Данное состояние развилось у пациента после перенесенной коронавирусной инфекции COVID-19 до выписки из стационара.

Из анамнеза: болен в течение 2-х недель, лечился амбулаторно – без эффекта. Известно, что с вышеуказанными жалобами выписался из ковидного госпиталя на базе ГУЗ ЦГКБ г. Ульяновска, где находился с 03.08.21 по 23.08.21. Анамнез жизни: ОРВИ, Сахарный диабет 2 типа, гипертоническая болезнь, ожирение 3 ст. Искривление носовой перегородки вправо.

При поступлении 02.09.21 под местной анестезией произведено дренирование в/ч пазух с двух сторон, трепанопункция лобной пазухи справа. В правой лобной и гайморовых пазухах получен гной. 06.09.21 под местной анестезией произведена правосторонняя этмоидотомия с биопсией.

Консультирован офтальмологом, неврологом, эндокринологом, ревматологом, гематологом для уточнения диагноза и коррекции лечения.

29.09.21 под ТВА+ИВЛ произведена правосторонняя полисинусотомия, подслизистая резекция носовой перегородки. Операция и п/о период без особенностей.

Проводилось лечение: пункции в/ч пазух, промывание ППН методом перемещения, промывание лобной пазухи через канюлю, 3 курса антибактериальной терапии (фороклав 5 дней; метронидазол 6 дней; цефим 9 дней; басиджен 5 дней; ципрофлоксацин 3 дня; амикацин 15 дней; цефазолин однократно интраоперационно), симптоматическая терапия, антикоагулянты (гепарин 14 дней), диуретики.

Проводились обследования, согласно Клиническим рекомендациям: ОАК, ОАМ трёхкратно, биохимический анализ крови, АНЦА иммуноблот, коагулограмма, ЭКГ, КТ головного мозга, МРТ головного мозга, мазок из раны на флору и чувствительность к антибиотикам трёхкратно.

Дифференцированно с заболеваниями: 1) мукормикоз; 2) гранулематоз Вегенера; 3) миеломная болезнь.

В результате проведенного комплексного оперативного и консервативного лечения пациент был выписан в удовлетворительном состоянии под наблюдение ЛОР-врача, невролога, офтальмолога, терапевта по месту жительства.

*И.В. Ковеленова, П.В. Библаев, В.А. Никифорова,  
Т.А. Вражкина*

## АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ АНТИГЛАУКОМНЫХ ОПЕРАЦИЙ В ОТДЕЛЕНИИ МИКРОХИРУРГИИ ГЛАЗА

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»

**Актуальность.** Глаукома – хроническая прогрессирующая нейрооптикопатия, основным методом лечения которой является снижение ВГД (внутриглазного давления). Стартовым лечением является консервативное, исходя из его благоприятного риска и пользы. При наличии признаков рефрактерности, а также по другим показаниям переходят к хирургическим методам.

**Цель** – проанализировать результаты хирургического лечения пациентов с глаукомой в отделении микрохирургии глаза ГУЗ УОКБ за 3 года.

**Методы исследования.** В период с 2019 по 2021 годы в отделении проведено 818 антиглаукомных операций (АГО), среди которых модифицированная синустрабекулэктомия составляла 98, в комбинации с факоэмульсификацией катаракты – 584, с имплантацией дренажа – 91, имплантация клапана Ахмеда – 45. Проанализированы результаты лечения 60 пациентов (по 20 за каждый год, выборка случайна). Средний возраст пациентов составил 68 лет. На момент операции у 10 пациентов имелась 2 стадия глаукомы, у 45 – третья, у 5 – четвертая. Дооперационный уровень ВГД (по данным пневмотонометрии) соответствовал нормальному в 6 случаях, умеренно повышенному – в 37 случаях, высокому – в 7. Средний уровень составил 28 мм рт.ст. При этом применяемая гипотензивная терапия ограничивалась одной молекулой препарата у 5 пациентов, 2 молекулами – у 5, тремя – у 20 человек, 4 молекулами – у 30 пациентов. В 8 случаях АГО была повторной, средний койко-день составил 8,2 дня. Осложнения в виде гифемы (5%), цилиохориоидальной отслойки (10%), гипотонии отмечались со стандартной частотой.

**Результаты.** При анализе амбулаторного этапа послеоперационного лечения выявлено, что ВГД в течение одного месяца оставалось стабильным у 44 пациентов, 3 месяцев – у 12, полугодом – у 4 человек. Консервативное лечение добавлено через 1 месяц в 24 случаях в 2019 и 2020 году, и лишь в 3 случаях – в 2021 г. Стоит отметить, что в связи с активным внедрением обучения пациентов самомассажу фильтрационной зоны в 2021 году возврат к консервативному лечению происходил

на 33% реже, чем ранее, несмотря на отсутствие изменений хода операции. Также в послеоперационном периоде нами применялись инъекции стероидов (дексаметазона) в область фильтрационной подушки с элементами нидлинга при наличии признаков рубцевания, что также пролонгировало гипотензивный эффект АГО на 30%. Нами также отмечены некоторые закономерности: так, наиболее короткий гипотензивный эффект отмечался у пациентов с далекозашедшей глаукомой и особенно после реоперации, что согласуется с общероссийскими тенденциями. Наиболее длительный гипотензивный «бескапельный» период был у пациентов, применявших массаж фильтрационной подушки.

**Выводы:** Анализ результатов АГО показал, что средний гипотензивный эффект без консервативной терапии напрямую зависит от тактики послеоперационного ведения. Добавление гипотензивных препаратов на раннем послеоперационном периоде является нецелесообразным. Обучение пациентов процедуре самомассажа позволяет пролонгировать гипотензивный эффект АГО всем пациентам в раннем послеоперационном периоде и улучшить комплайнс. Стероидная инъекционная терапия в процессе нидлинга, как альтернатива цитостатической, является эффективной процедурой при недостаточности массажа.

*Н.Ю. Горбунова, А.А. Воскресенская, Р.А. Яковлев,  
Н.А. Поздеева*

## АНАЛИЗ БИОМЕТРИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ГЛАЗА У ПАЦИЕНТОВ С КИСТОЗНЫМ МАКУЛЯРНЫМ ОТЕКОМ

Чебоксарский филиал ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза»  
им. акад. С.Н. Федорова»

**Актуальность.** Операции по поводу удаления катаракты являются одними из наиболее часто выполняемых офтальмологических операций в мире. Несмотря на то, что техника операции с каждым годом становится менее травматичной, данное вмешательство по-прежнему сопровождается развитием послеоперационных осложнений, одним из которых является кистозный макулярный отек (КМО) или синдром Ирвина-Гасса.

**Цель** – проанализировать биометрические параметры глаза у пациентов с КМО.

**Материалы и методы.** В исследование вошли 40 пациентов (40 глаз), с послеоперационным КМО. Всем пациентам проводилась

ультразвуковая биометрия с измерением передне-задней оси (ПЗО) глаза и толщины хрусталика на приборе Bio&Pachy Meter AL-4000 (Tomey, Japan), оптическая когерентная томография для оценки толщины сетчатки в центре фовеа на приборе Cirrus HD-OCT 5000 (Carl Zeiss, Германия). В зависимости от величины ПЗО все глаза были поделены на «длинные» и «короткие» относительно средней длины глаза – 23,3 мм.

**Результаты.** Частота развития КМО после неосложненной хирургии катаракты в Чебоксарском филиале ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова составила 0,002%. Показатели ПЗО среди пациентов с КМО варьировали от 20,53 мм до 25,4 мм, среднее значение  $22,67 \pm 1,05$  мм. Среди них большую часть составили «короткие» глаза с длиной аксиальной оси менее 23,3 мм – 31 глаз (77,5%). «Длинная» ПЗО была отмечена в 9 глазах (22,5%). В глазах с «короткой» ПЗО отмечалась большая толщина хрусталика ( $4,81 \pm 0,53$  мм) по сравнению с пациентами с «длинной» ПЗО ( $4,42 \pm 0,42$  мм) ( $p_{M-U} = 0,014$ ).

**Заключение.** Развитие КМО после неосложненной экстракции катаракты чаще наблюдается в глазах с размерами ПЗО менее 23,3 мм.

*И.В. Ковеленова, И.Г. Богданова, Л.И. Санатуллина,  
Д.Д. Шарафетдинова*

## ГЛАЗНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ COVID-19. РЕДКИЙ СЛУЧАЙ

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»

**Актуальность.** COVID-19 – инфекция, характеризующаяся полиморфизмом клинических проявлений.

**Цель** – поделиться информацией, клиническим опытом диагностики и ведения одного из редких нейроофтальмологических проявлений после перенесенной НКВИ-синдрома Ади.

**Материалы и методы.** Проанализирован редкий клинический случай нейрональной глазной патологии у молодой женщины после перенесенной инфекции COVID-19.

Новая коронавирусная инфекция COVID-19 – острая респираторная инфекция, вызванная вирусом SARS-Cov-2, клиническая картина которой варьирует от лёгкого гриппоподобного заболевания до тяжелой вирусной пневмонии, приводящей к острому респираторному дистресс-синдрому, а также развития полиорганной недостаточности, вплоть до летального исхода.

Офтальмологи по всему миру сообщают о различных клинических проявлениях заболеваний органов зрения. Средняя продолжительность между выявлением COVID-19 и проявлением офтальмологических симптомов составляет 12 дней.

Среди поражений переднего отрезка глаза чаще всего описаны конъюнктивиты, кератоконъюнктивиты, эписклериты, синдром сухого глаза, помутнение роговицы, хрусталика, причем данные проявления встречаются на разных сроках – как в период течения заболевания, так и после клинического выздоровления. К наиболее тяжелым случаям относятся поражения заднего отрезка глаза. Это обусловлено тем, что белки, имеющие отношение к ренин – ангиотензин – альдостероновой системе и играющие ключевую роль при заражении SARS-Cov-2, широко распространены в тканях глаза: в пигментном эпителии, сетчатке и водянистой влаге. Поражения многообразны и проявляются в виде сосудистой, воспалительной и/или нейрональной патологии. Одним из таких редких нейроофтальмологических случаев является синдром Ади. Синдром Ади (или тоник зрачок Ади) – неврологическое расстройство, обусловленное поражением постганглионарных волокон в парасимпатической иннервации глаза, как правило, вследствие вирусной или бактериальной инфекции, которая вызывает воспаление и нарушает зрачковый рефлекс. Чаще страдают женщины от 20 до 40 лет.

В нашей практике встретился такой клинический случай.

Больная 1975 года рождения обратилась к офтальмологу с жалобами на светобоязнь, снижение зрения одного глаза при чтении, боли за глазом. Данные жалобы отмечает через 3 недели после перенесенной НКВИ в среднетяжелой форме, зрение на оба глаза, со слов, всегда было 1,0. При осмотре – VIS OD/OS = 1,0/0,8. При биомикроскопии была выявлена анизокория (ширина зрачка на правом глазу 3 мм, на левом – 5 мм), фотореакция зрачка и чувствительность роговицы снижена.

Гиперчувствительность зрачка к 0,1% раствору пилокарпина подтвердила диагноз тонического зрачка Ади.

Рекомендовано: интраназальные инсталляции препарата семакс 0,1% 2к × 4р/д – 2 недели, а также слезозаменители в левый глаз и динамическое наблюдение.

На повторном приеме через 2 месяца отмечалась положительная динамика – VIS - 1,0/1,0. При биомикроскопии анизокории не наблюдалось.

**Заключение.** С данной патологией офтальмологи в своей практике встречаются нечасто, и эта проблема носит междисциплинарный характер.



Нужно отметить, что прогнозы при данном заболевании положительные: синдром Ади безопасен и не мешает человеку нормально жить.

Полиморфизм клинических проявлений, новизна и «неизведанность» разнообразных осложнений диктует необходимость дальнейшего изучения данной проблемы, применяя в диагностике весь спектр офтальмологических знаний, современные диагностические возможности.

*Н.П. Паштаев, А.Н. Паштаев, Ю.Н. Елаков,  
К.И. Катмаков*

### ГЛУБОКАЯ ПЕРЕДНЯЯ ПОСЛОЙНАЯ ПЕРЕСАДКА РОГОВИЦЫ «ТРЕТЬЕ ВЕКО»

Чебоксарский филиал ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза»  
им. акад. С.Н. Федорова

**Цель** – сообщить о клиническом случае язвы роговицы с атипичным развитием патологического процесса и провести анализ литературы в аспекте факторов патогенности/вирулентности различных групп микроорганизмов.

**Методы.** Пациент в возрасте 55 лет обратился с жалобами на сильную боль и покраснение глаза. При обследовании выявлена язва роговицы левого глаза. В анамнезе длительное ношение (более 30 лет) мягких контактных линз. Оптическая когерентная томография показала отслоение стромы роговицы от десцеметовой мембраны.

**Результат.** Пациенту выполнена глубокая передняя послойная пересадка роговицы. Пациент в послеоперационном периоде получал длительно водный раствор Хлоргексидина 0,02% и перорально Ацикловир. Через 6 месяцев после операции комплекс «десцеметова мембрана пациента + строма донора» был прозрачен, десцеметова мембрана прилежала на всем протяжении, очагов воспаления не было, vis OS = 0,3 н/к.

**Вывод.** Язвы роговицы у носителей мягких контактных линз часто ассоциированы с акантамебой. Цисты акантамеб могут длительно находиться в строме роговицы. Однако верификация возбудителя может быть затруднена. Самостоятельная «отсепаровка» слоев стромы роговицы в ходе инфекционного процесса от своей десцеметовой мембраны с сохранением ее целостности является редкой клинической картиной.

*И.В. Ковеленова, Е.А. Малиновская, С.В. Пикуш,  
К.О. Малиновский*

### АНАЛИЗ ПРИЧИН ИМПЛАНТАЦИИ РСП-3 В ОМХГ ГУЗ УОКБ

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»

**Актуальность.** В последние годы неуклонный рост количества осложненных катаракт связан с увеличением продолжительности жизни населения. Чем старше пациент, тем выше частота глаукомы, псевдоэкссфолиативного синдрома, интраокулярных дистрофических процессов, повреждающих цинновы связи, удерживающие хрусталик глаза в нормальном положении. Кроме того, увеличилось количество люксированных интраокулярных линз. Чем «старше» операция исторически, тем выше риск развития люксации ИОЛ. Инволюционный лизис волокон цинновых связок привел к «эре люксированных хрусталиков». Эта проблема обсуждается офтальмологами во всем мире.

**Цель** – анализ причин имплантации линзы РСП-3 за 3 года в ОМХГ ГУЗ УОКБ

**Материал и методы.** Проанализировано 148 случаев имплантации РСП-3 в ОМХГ ГУЗ УОКБ за 2019–2021 гг. Люксация нативного хрусталика в стекловидную полость или переднюю камеру травматического характера 12 случаев, инволюционного характера – 24, дислокация комплекса капсульный мешок – ИОЛ без люксации в стекловидную полость – 88 и 24 случая имплантации РСП-3 при вывихе в стекловидную полость ранее имплантированных ЗКЛ. Мужчин – 120, женщин – 28. Возраст пациентов: 28–36 лет – 12 случаев, 60–75 лет – 30, старше 75 лет – 102. В предоперационном периоде всем больным проводилось полное офтальмологическое обследование, включающее в себя: визометрию, рефракто-, кератометрию, биометроскопию, офтальмоскопию, тонометрию, периметрию (по показаниям). Острота зрения до операции варьировала от 0.02 до 0.2 максимально. Во всех случаях вывиха хрусталика или ЗКЛ проводилось оперативное лечение с имплантацией РСП-3 в просвет зрачка, с подшиванием линзы для предотвращения её смещения либо люксации. В зависимости от причины, хирургическое лечение включало стандартную 25G-вitrektomiю, подъём люксированного хрусталика с использованием ПФОС, ультразвуковую факоэмульсификацию в задней камере или удаление комплекса капсульный мешок – ИОЛ путём фрагментации. В послеоперационном периоде основным критерием эффективности хирургических методик было повышение

остроты зрения. Острота зрения повышалась во всех случаях от исходной. Непосредственно результаты были оценены на 1, 3, 7 сутки пребывания больного в стационаре. Отделенные результаты были прослежены в более позднем периоде от 3 до 12 мес. В раннем послеоперационном отмечались осложнения: умеренно выраженная воспалительная реакция, реактивная гипертензия на 1, 3 сутки после операции, у 24 пациентов отмечался макулярный отек до 340 мкм. Пациентам проводилась стандартная гипотензивная терапия, а также инстилляция нестероидных противовоспалительных препаратов для лечения и профилактики макулярного отека. В послеоперационном периоде острота зрения повысилась: от 0,2–0,4 (37%), от 0,5–0,7 (52%), до 0,8–1,0 (11%).

**Результаты.** Сублюксация и люксация нативного хрусталика или ИОЛ приводят к снижению зрения и требуют хирургического лечения.

Независимо от причины, которая привела к имплантации РСП-3, результатом хирургического лечения в большинстве случаев стали стабильность и долговременная фиксация ИОЛ, повышение остроты зрения и улучшение качества жизни пациента. Операции замены ИОЛ являются реконструктивными хирургическими вмешательствами, сопровождаются пластикой радужки, витрэктомией, шовной фиксации ИОЛ. Проведение подобных вмешательств возможно только специалистами, владеющими всеми видами полостной хирургии.

*И.В. Ковеленова, К.О. Малиновский, Е.А. Малиновская*

## ПРИМЕНЕНИЕ ИМПЛАНТА ДЕКСАМЕТАЗОНА ПРИ ТРОМБОЗАХ ВЕН СЕТЧАТКИ: АНАЛИЗ ЗА 3 ГОДА

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»

**Цель** – оценить эффективность и безопасность использования интравитреального имплантата Дексаметазона при лечении тромбозов вен сетчатки за 3 года.

**Материалы и методы.** За 3 года обследованы 126 пациентов (126 глаз) с кистозным макулярным отеком до и после интравитреального введения имплантата Дексаметазона. Оценку состояния проводили с помощью аппарата ОСТ.

**Результаты.** У всех пациентов по результатам ОСТ отмечалось уменьшение высоты кистозного отека, нормализация профиля сетчатки у пациентов с тромбозами вен сетчатки.

**Заключение.** Положительный эффект имплантата Дексаметазона способствует улучшению зрительных функций и повышению остроты за счет уменьшения толщины наружных ретинальных слоев сетчатки при всех видах окклюзии.

Окклюзия вен сетчатки (тромбоз) – это закупорка вен и капилляров сетчатки, что приводит к нарушению гематоретинального барьера и, как следствие, к повышению проницаемости сосудистой стенки, что приводит к отеку ретинальной ткани – кистообразованию. Кистозный макулярный отек сопровождается клеточной и воспалительной реакцией, нейтрофильной инфильтрацией зоны отека, повышением концентрации провоспалительных цитокинов и сосудистого эндотелиального фактора во влаге передней камеры и в стекловидном теле. Развитие кистозного макулярного отека в макулярной зоне может привести к необратимым изменениям центрального зрения. К сожалению, в последние десятилетия отмечается тенденция к увеличению заболеваемости у лиц трудоспособного возраста с патологией сердечно-сосудистой системы, приводящие к развитию окклюзии вен сетчатки.

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 течение 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.

На базе отделения микрохирургии глаза ГУЗ УОКБ в течение более трех лет при лечении тромбозов вен сетчатки интравитреально вводится имплант Дексаметазона (0,7 мг).

**Материал и методы.** Обследованы 126 пациентов (126 глаз) с кистозной макулопатией после тромбоза ветвей сетчатки до и после интравитреального введения имплантата Дексаметазона. Из них 57 женщин (45,2%) и 69 мужчин (54,8%). Возраст пациентов колебался от 33 до 82 лет, в среднем составил  $56,2 \pm 3,2$  года. У 25 пациентов (19,8%) был тромбоз центральной вены сетчатки, у остальных 101 пациента (80,2%) – тромбоз одной из ветвей ЦВС. Давность возникновения тромбоза с момента появления характерных жалоб до диагностики выявления окклюзии составила от 2 дней до 5 месяцев. 89 пациентов (70,6%) состояли на диспансерном учете с гипертонической болезнью, остальные пациенты (29,4%) считали себя соматически здоровыми людьми.

Стандартное офтальмологическое обследование включало определение максимально скорректированной остроты зрения (МКОЗ), офтальмомобиомикроскопию с использованием асферической линзы 78 дптр, тонометрию (ВГД), ОСТ на аппарате Spectralis в день введения препарата.

У всех пациентов по результатам ОСТ был диагностирован кистозный макулярный отек, максимальная высота которого варьировала от 392 мкм до 986 мкм, протяженность отека составляла от 637 до 3000 мкм. Средняя МКОЗ до введения импланта составляла  $0.08 \pm 0.2$ . ВГД не превышало 25 мм рт. ст. (в среднем составляло  $15 \pm 2$  мм рт. ст.)

В условиях операционной всем пациентам 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, через 1, 3, 6, месяцев после операции.

**Результаты и обсуждения.** К 6 месяцу после интравитреального введения импланта Дексаметазона субъективно все пациенты начали отмечать улучшение зрения. МКОЗ увеличилась в среднем на  $0.12 \pm 0.28$ , ВГД не превышало  $20 \pm 2$  мм рт. ст, оптические среды глаза оставались прозрачными. По данным ОСТ наблюдалось уменьшение высоты кистозного отека макулярной области в 1.9 раза от исходных значений, максимальное снижение толщины сетчатки составило 693 мкм. У 74 пациентов (58.7%) наблюдалась полная резорбция макулярного отека, из них 69 пациентов с окклюзии одной из вен сетчатки и 5 пациентов с окклюзией центральной вены сетчатки. Однако у 52 пациентов (41.3%) по данным ОСТ сохранялся кистозный отек с незначительной отслойкой нейрозпителия, что потребовало повторного введения импланта Дексаметазона в исследуемый глаз.

**Заключение.** Более чем за 3 года опыт интравитреального введения импланта Дексаметазона у пациентов с окклюзиями вен сетчатки показал, что препарат способствует значительному улучшению зрительных функций, нормализации профиля центральной области сетчатки за счет изменения толщины наружных ретинальных слоев. Введение в ранние сроки (до одного месяца после окклюзии) способствует более значительному улучшению зрительных функций.

*Н.В. Охотникова, С.М. Фадеева*

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ЯЗВЫ РОГОВИЦЫ

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

**Актуальность.** Язва роговицы бактериальной этиологии – тяжелое воспалительное заболевание, характеризующееся наличием гнойного инфильтрата роговицы желтоватого цвета, сопровождающегося значительным некрозом и распадом ткани, вследствие которого возникает дефект эпителия, поверхностных, средних и глубоких слоев стромы роговицы.

**Язва роговицы** относится к разряду тяжелых глазных заболеваний, трудно поддающихся лечению и почти всегда заканчивающихся нарушением зрения, вплоть до слепоты. Среди воспалительных заболеваний глаз наибольшие трудности в лечении представляют кератиты и **язвы роговицы бактериальной этиологии**, составляющие 12,9% среди патологий роговицы. Тяжелые случаи бактериальных язв могут приводить к перфорации роговицы, эндофтальмиту и потере глаза.

Изъязвление может захватывать любую часть роговицы, но поражение центральной зоны протекает тяжелее, труднее лечится, а рубцевание в этой зоне всегда приводит к потере зрения.

В целом в последнее время заметно меняется соотношение грамположительных и грамотрицательных возбудителей бактериальных кератитов и язв роговицы, происходит сдвиг в сторону увеличения удельного веса грамотрицательных возбудителей.

Наиболее частыми возбудителями бактериальных язв роговицы (более 80% всех случаев) являются: Staphylococcus, Streptococcus, Pneumococcus, Pseudomonas aeruginosa, реже встречаются Escherichia coli, Neisseria, Proteus vulgaris, Moraxella.

Несмотря на большие успехи антибактериальной химиотерапии, лечение бактериальных заболеваний роговицы представляет в значительной части случаев большие трудности. Это, в первую очередь, связано с широким распространением резистентных форм микроорганизмов и возросшей этиологической ролью грамотрицательных бактерий. За последние годы за рубежом отмечается тенденция роста резистентности грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов к фторхинолоновым антибиотикам.

По данным зарубежной литературы и исследований, проведенных в ФГБУ МНИИ ГБ им. Гельмгольца Минздрава России, наибольшая резистентность бактериальной микрофлоры отмечается к пенициллинам (42,8%), гентамицину (27,3%), макролидам (27,3%) и тетрациклином (19,5%). К хинолоновым антибиотикам резистентность развивается в 2,6% случаев.

**Цель** – анализ клинического случая язвы роговицы левого глаза, выявленного после ношения контактных линз у ребенка 16 лет.

**Материалы и методы.** Ретроспективный анализ истории заболевания пациента женского пола.

Ребенок Н., 16 лет, поступил по экстренным показаниям в офтальмологическое отделение ГУЗ УОДКБ с жалобами на боль, покраснение, светобоязнь левого глаза.

Анамнез заболевания: со слов ребенка, накануне госпитализации после снятия МКЛ почувствовала дискомфорт в левом глазу. В течение нескольких часов появилось покраснение, боль, светобоязнь левого глаза. Госпитализирована в экстренном порядке в офтальмологическое отделение ГУЗ УОДКБ.

Данные объективного осмотра при поступлении: состояние тяжелое за счет площади, глубины поражения роговицы и наличия гипопиона. Правый глаз без патологии, левый глаз: смешанная инъекция, роговица в оптической зоне воспалительный инфильтрат с изъязвлением в центре размером более 5 мм в виде кольца желтоватого цвета, наличие гипопиона передней камеры, радужка с зеленоватым оттенком, зрачок круглый, в центре, зрачок диам. 3 мм, реакция на свет снижена, хрусталик прозрачный, стекловидное тело прозрачное. Глазное дно за флером не просматривается. Острота зрения на левый глаз 0,09 н/к.

По данным обследований: обзорная рентгенография ППН, легких патологии не выявлено. Мазок из левого глаза (с роговицы): *Staphylococcus aureus* ++, Антибиотикограмма: Чувствительны: Линезолид, Моксифлоксацин, Цефокситин. Устойчив: Пенициллин, Эритромицин. Мазок из левого глаза (с конъюнктивальной полости): *Staphylococcus aureus* ++, Антибиотикограмма: Чувствительны: Линезолид, Моксифлоксацин, Эритромицин, Цефокситин. Устойчивы: Пенициллин.

Проведено лечение. Специфическая терапия: антисептическая, антибактериальная (местная в виде инстилляций, субконъюнктивальных инъекций и общая); патогенетическая терапия: **репаративная, антиаллергическая, противовоспалительная, мидриатики.**

За время нахождения в стационаре состояние удовлетворительное. Левый глаз: конъюнктива спокойная, роговица в оптической зоне

помутнение размером более 5 мм, радужка структурна, зрачок круглый, в центре. Картина глазного дна в норме. Острота зрения на левый глаз 0,2–0,3 с коррекцией.

**Результаты.** Пациентке требуется долгая рассасывающая терапия для улучшения утраченных зрительных функций. Через три месяца после выписки из офтальмологического отделения острота зрения левого глаза с коррекцией составляет 0,3, остается нежное помутнение в оптической зоне роговицы.

**Выводы.** В исходе язв роговицы формируются стойкие глубокие помутнения (бельма), приводящие к резкому снижению зрительных функций, вплоть до полной потери зрения. Кроме того, тотальное бельмо роговицы, являясь грубым косметическим дефектом, ухудшает психоэмоциональный статус пациента, ограничивая его социально-трудовую сферу, снижая, таким образом, качество жизни больного.

Неблагоприятное течение язвенного процесса может привести к перфорации глазного яблока, выпадению внутренних оболочек, инфицированию и – при отсутствии своевременно принятых мер – к удалению глазного яблока.

*С.Л. Кузнецов, Д.В. Логунов, Е.А. Янова, Ф.А. Анесян*

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ ПАРАМЕТРОВ ПЕРЕДНЕГО ОТРЕЗКА ГЛАЗА У ПАЦИЕНТОВ С КАТАРАКТОЙ ПО ДАННЫМ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ БИОМИКРОСКОПИИ (УБМ)

ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Пенза  
ГБУЗ Пензенская областная офтальмологическая больница. г. Пенза

**Актуальность.** В настоящее время самой частой причиной рефракционной ошибки при замене нативного хрусталика является ошибка в расчетах точного положения интраокулярной линзы (ИОЛ) в глазу. Положение ИОЛ в глазу описывается показателем «эффективного положения линзы» (ELP), которое является переменной величиной и зависит от многих составляющих, в том числе от индивидуальных анатомических параметров переднего отрезка глаза и капсульного мешка хрусталика (КМХ). Поэтому изучение индивидуальных параметров глаза является актуальным направлением в плане дальнейшего повышения эффективности хирургического лечения катаракты с интраокулярной коррекцией афакии.

**Цель** – анализ результатов ряда параметров переднего отрезка глаза у пациентов с катарактой и на основе ультразвуковой биомикроскопии (УБМ).

**Материал и методы.** У 59 пациентов (118 глаз) с катарактой перед операцией производили УБМ-биометрию ряда параметров переднего отрезка глаза. Определяли: глубину передней камеры глаза (АС), дистанцию от передней поверхности роговицы до задней капсулы хрусталика (СРCD), диаметр хрусталика в горизонтальном (СВНD) и вертикальном меридианах (СВVD), толщину хрусталика (СВТ), длину среза переднего листка капсулы хрусталика в горизонтальном (АСНD) и вертикальном (АСVD) меридианах, длину среза заднего листка капсулы хрусталика в горизонтальном (РСНD) и вертикальном (РСVD) меридианах, периметр среза хрусталика в горизонтальном (СВНР) и вертикальном (СВVP) меридианах. Анализ результатов включал их статистическую обработку с определением средних, а также минимальных и максимальных значений.

**Результаты.** АС=2,85±0,39 (2,02–3,9) мм, СРCD=7,55±0,34 мм (6,67–8,47) мм, СВНD=9,41±0,76 (7,74–11,55) мм, СВVD=9,34±0,78 (7,73–11,59) мм, СВТ=4,26±0,41 (3,49–5,41) мм, АСНD=10,62±0,84 (8,84–12,6) мм, АСVD=10,66±0,94 (7,84–13,36) мм, РСНD=11,46±0,68 (10,01–12,82) мм, РСVD=11,45±0,95 (9,4–14,74) мм, СВНР=22,06±1,42 (19,52–25,26) мм, СВVP=22,09±1,82 (17,7–28,1) мм.

**Выводы.** Полученные биометрические значения исследованных параметров переднего отрезка глаза демонстрируют, помимо их средних значений, также и существенный разброс значений анализируемых параметров, что может являться причиной рефракционных ошибок при определении оптической силы ИОЛ на основе формул с усредненными константами. Это обосновывает целесообразность выполнения дооперационной УБМ-биометрии для определения персонализированных анатомических параметров глаз и учета их в процессе оптимизации констант, используемых при расчете оптической силы ИОЛ на основе более точного определения ЕLP. Кроме того, это может быть полезным хирургам для выбора ими различных техник при проведении операции и выбора оптимальной модели ИОЛ для конкретного пациента.

*И.В. Ковеленова, А.С. Пузырев*

## ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПЛАВАЮЩИХ ПОМУТНЕНИЙ СТЕКЛОВИДНОГО ТЕЛА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ YAG-ЛАЗЕРНОЙ УСТАНОВКИ ULTRA Q REFLEX

ООО «Прозрение»

**Актуальность.** Деструкция стекловидного тела – это нарушение его естественной структуры вследствие некоего изменения отдельных волокон, с потерей их прозрачности и утолщением. Особенно часто подобное происходит по причине старения организма и сопровождается распадом и склеиванием фрагментарных элементов стекловидного тела в определенные конгломераты. К офтальмологу обращаются пациенты, которые жалуются на плавающие помутнения перед глазами в виде точек, линий, мушек или инородных включений. Все эти проявления снижают качество зрения, а соответственно качество жизни пациентов с патологией глаза. На сегодняшний день наиболее эффективной методикой лечения деструкции стекловидного тела является витреолизис.

Витреолизис – это лазерное воздействие со сверхкороткими импульсами на плавающие помутнения, при котором происходит испарение молекул коллагена и гиалуроновой кислоты и превращение их в газ. В результате помутнение разрушается и/или уменьшается в размере, перестает беспокоить.

**Цель** – оценить эффективность удаления плавающих помутнений стекловидного тела при помощи Nd: YAG-лазерного витреолизиса на установке Ultra Q Reflex (Ellex, Австралия).

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие 35 пациента (35 глаз) с плавающими помутнениями стекловидного тела по типу кольца Вейсса (25 пациентов – 71,4%), облоковидными помутнениями (8 пациентов – 22,9%), диффузными помутнениями (2 пациента – 5,7%). Всем пациентам был проведен лазерный витреолизис с помощью Nd: YAG-лазерной установки Ultra Q Reflex, созданной для разрушения витреальных нитей и плавающих помутнений. В YAG-лазерной установке Ultra Q Reflex создана уникальная оптическая система, обеспечивающая соосность оптики щелевой лампы, осветителя и лазерного луча благодаря конструкции зеркала осветителя, смещающееся из системы во время выстрела. Данная конструкция обеспечивает высокую визуализацию структур стекловидного тела и точную фокусировку лазерного пятна. Таким образом удастся получить необходимый эффект с минимальными

затратами энергии и снизить риск возможных побочных эффектов. Возраст пациентов составил от 40 до 79 года. Среди пациентов 23 (65,7%) женщин и 12 (34,3%) мужчин. До операции было проведено комплексное офтальмологическое обследование, включающее визометрию, авторефрактометрию, пневмотонометрию, биомикроскопию, офтальмоскопию, осмотр периферии сетчатки с линзой Гольдмана, ультразвуковое В-сканирование. Перед операцией пациенты наблюдались в течение трех месяцев. Контрольный осмотр после операции проводили на 7 день и через 1 месяц.

**Результаты.** После проведения контрольного осмотра у всех пациентов наблюдалось субъективное улучшения качества зрения. У 30 (85,7%) пациентов имело место полное исчезновение плавающих «мушек». Остальные 5 (14,3%) пациентов с облаковидными и диффузными помутнениями отмечали исчезновение крупного плавающего пятна и сохранение незначительных помутнений и требовалось проведение второго этапа витрелизиса.

**Заключение.** Проведение лазерного витреолизиса с помощью Nd:YAG-лазерной установки Ultra Q Reflex позволяет добиться существенного повышения остроты зрения и улучшения качества зрения у пациентов с деструкцией стекловидного тела. Полученные результаты свидетельствуют об эффективности использования данной установки и позволяют рекомендовать ее для лечения симптоматических плавающих помутнений при деструкции стекловидного тела.

*И.В. Ковеленова, Г.Р. Яфясова, Е.С. Бузулуцкая,  
И.А. Булгакова*

## **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ «МАКУЛЯРНОГО РАЗРЫВА» И «МАКУЛЯРНОГО ОТВЕРСТИЯ» ПО ДАННЫМ ОПТИЧЕСКОЙ КОГЕРЕНТНОЙ ТОМОГРАФИИ. ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ**

**ООО «Прозрение»**

**Актуальность.** Патология витреомакулярного интерфейса занимает лидирующие позиции в частоте причин, приводящих к слабовидению во всем мире. Одним из таких заболеваний является макулярный разрыв. Нарушение целостности слоев сетчатки в ее центре необратимо ведет к потере центрального зрения, а без своевременного лечения – к слепоте. Основным методом лечения данной патологии является

хирургический, но не каждый макулярный разрыв подлежит оперативному вмешательству.

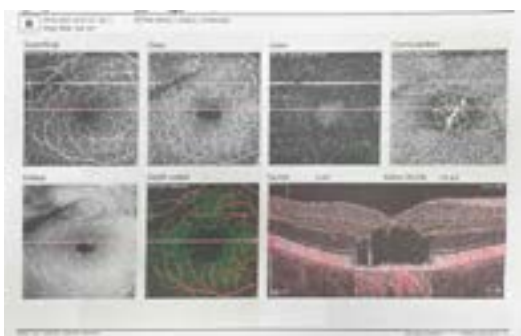
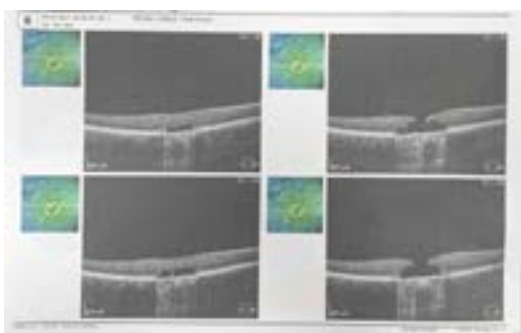
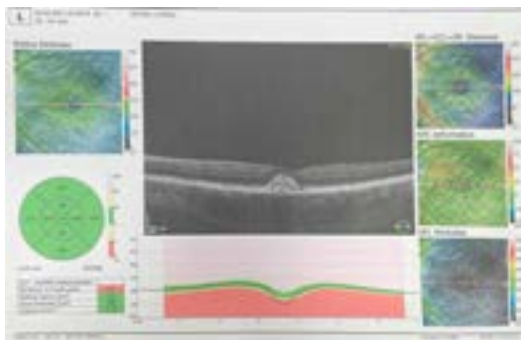
**Клинический случай.** С целью проведения ОСТ-ангиографии обратилась пациентка 73 лет с предварительным диагнозом «макулярный разрыв правого глаза». Жалобы на низкое центральное зрение обоих глаз. Была выполнена структурная ОКТ и ОКТ-ангиограмма с визуализацией слоя хориокапилляров и наружной порции сетчатки. На ОСТ-снимках правого глаза на горизонтальных сканах через центр сетчатки – макулярное отверстие с дефектом всех слоев и выраженным эффектом обратного затемнения в зоне патологического очага, свидетельствующее о полной утрате слоя пигментного эпителия, а также резко истонченный и неравномерный гиперрефлективный контур над ним – об атрофии фоторецепторного слоя. Край дефекта завернуты внутрь таким образом, что основание отверстия в два раза шире верушки. Архитектоника слоев по краям разрыва сохранна. В гипорефлективной полости разрыва, в том числе на сканах выше и ниже центра, просматриваются вертикальные гиперрефлективные тяжи между верхними стенками полости. На ОКТ-ангиографии в слое хориокапилляров – петлистая сеть сосудов мелкого калибра, а в наружной порции сетчатки – экранирующая тень в зоне дефекта, что является не неоваскулярным процессом, а отраженным сигналом от сосудистой оболочки ввиду полной утраты пигментного эпителия.

Была проведена дифференциальная диагностика и сравнительный анализ данных томограмм со снимками при классической форме макулярного разрыва 4 степени по J.D.Gass и ламеллярного разрыва.

Важным моментом в постановке заключения является анализ снимков парного глаза, где изменения соответствуют вителлиформной дистрофии взрослых, в стадии II (вителлиформная киста в макуле). На горизонтальном скане по центру фовеа – проминирующий очаг элевации пигментного эпителия с неоднородным гиперрефлективным содержанием, сохранена архитектура слоев вокруг очага и контурируются фоторецепторные слои, ступенчатый контур пигментного эпителия над ним. Определяется зона полной отслойки задней гиаловидной мембраны в витреальном интерфейсе. На ОКТ-ангиограмме признаков макулярной неоваскуляризации не выявлено.

Вителлиформные изменения макулярной области – группа заболеваний сетчатки, общим для которых является отложение вителлиформного материала в субретинальном пространстве. Вителлиформная дистрофия взрослых – наиболее распространенный вариант заболевания среди пациентов старше 40 лет с поражением макулы и наличием вителлиформного материала.

**Выводы.** Исходя из анализа данных томограмм можно сделать вывод, что в данном случае мы имеем «макулярное отверстие», причиной которого стала резорбция содержимого вителлиформной кисты, соответствует III стадии заболевания, и атрофию внутренней ее стенки. В данном случае хирургическое лечение не показано. Требуется динамический контроль.



*С.В. Анисимова, В.Б. Поддубный, Е.В. Балацук,  
М.Р. Масленникова*

## ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ В СТРУКТУРЕ ОСЛОЖНЕНИЙ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ ВИРУСОМ COVID-19

ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска»

**Актуальность.** Коронавирусная болезнь 2019 (COVID-19) относится к вирусным респираторным инфекциям и является причиной возникновения острого тяжелого респираторного синдрома (SARS-CoV-2), а также предрасполагающим фактором для развития венозных и артериальных тромботических событий вследствие выраженного воспалительного ответа, активации тромбоцитов, эндотелиальной дисфункции и замедления кровотока. Недавние исследования подтвердили крайне высокую частоту встречаемости тромбоэмболических событий, в особенности в группе пациентов с тяжелым течением коронавирусной пневмонии.

**Цель** – изучить структуру тромбоэмболического синдрома у умерших с новой коронавирусной инфекцией.

**Методы исследования.** Протоколы патолого-анатомических вскрытий (форма №013/у) 250 умерших по данным патологоанатомических исследований в ГУЗ «ЦГКБ г. Ульяновска» за 2021 г. Результаты обрабатывали с помощью программы «Statistica 10.0» for Windows.

**Результаты.** Подвергнуто вскрытию практически равное количество мужчин (n=115; 46%) и женщин (n=135; 54%). Возраст умерших варьировал от 27 до 97 лет (медиана – 68, 95% ДИ – 13,13–15,66) и составил  $66,19 \pm 11,55$  лет. Среди умерших процент прижизненной и посмертной верификации вируса COVID-19 – 64% (n=161). Однако, несмотря на это, при проведении морфологического исследования в 100% случаев были выявлены патогномичные осложнения заболевания.

При рассмотрении структуры тромбозов выявлено, что в подавляющем большинстве случаев встречается тромбоэмболия легочных артерий (n=186; 74,4%), почти 25% случаев сочетающаяся с флеботромбозом глубоких вен нижних конечностей, что в 10 раз чаще, чем с тромбозом сосудов микроциркуляторного русла паренхиматозных органов брюшной полости (n=6; 2,4%) ( $\chi^2=166,88$ ; p=0,0000); и в 12,5 раз чаще чем с тромбозом сосудов сердца (n=5; 2%) ( $\chi^2=169,63$ ; p=0,0000). По одному случаю выявлено сочетание тромбоэмболии с тромбозом артерий

верхних конечностей, сосудов головного мозга, так же только в одном случае был выявлен тромбоз артерий сердца.

По два и более сопутствующих заболевания имели более половины умерших (n=130; 52%). Две трети умерших страдали артериальной гипертензией (n=168; 67,2%), что почти в два раза чаще, чем ишемической болезнью сердца (n=89; 35,6%) ( $\chi^2=75,52$ ; p=0,0000), и в три раза чаще, чем сахарным диабетом (n=49; 19,6%) ( $\chi^2=133,78$ ; p=0,0000). Реже в качестве сопутствующих заболеваний встречались хронические неспецифические заболевания легких (n=18; 7,2%), злокачественные новообразования различных локализаций (n=11; 4,4%), ВИЧ-инфекция (n=8; 3,2%), туберкулез (n=7; 2,8%), вирусные гепатиты (n=3; 1,2%).

Непосредственной причиной смерти тромбоэмболия легочных артерий явилась лишь в половине случаев (n=127; 50,8%), в 2,5 раза реже причиной смерти у умерших с тромбоэмболическим синдромом являлся отек легких (n=48; 19,2%) ( $\chi^2=135,57$ ; p=0,0000), в 5 раз реже – острый респираторный дистресс-синдром (n=22; 9,2%) ( $\chi^2=187,09$ ; p=0,0000) и синдром системного воспалительного ответа с полиорганной недостаточностью (n=22; 8,8%) ( $\chi^2=189,44$ ; p=0,0000). Иные осложнения (кардиогенный шок, отек головного мозга) встретились значительно реже.

Таким образом, средний возраст умерших с тромбоэмболическим синдромом составил 66 лет. В структуре тромбоэмболического синдрома ведущее место занимала тромбоэмболия легочных артерий (74,4%), в четверти случаев сочетающаяся с флеботромбозом глубоких вен нижних конечностей, и реже – с тромбозом иных локализаций. Все умершие имели сопутствующие заболевания, более половины – по два и более; наиболее часто встречающимися заболеваниями явились артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца и сахарный диабет. Тромбоэмболия являлась непосредственной причиной смерти лишь в половине случаев; ввиду ограниченного вовлечения сосудистого русла непосредственной причиной смерти у ряда умерших стали отек легких, острый респираторный дистресс-синдром и синдром системного воспалительного ответа.

*Л.О. Коваленко, М.В. Шилкина, Ю.Д. Удалов, Л.А. Данилова*

## ШВАННОМА ЖЕЛУДКА

ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр радиологии и онкологии ФМБА России»

**Актуальность.** Шваннома (невринома) – опухоль, растущая из шванновских клеток, образующих миелиновую оболочку нервов. Термин предложен Верокаи и широко распространён. Невриномы являются доброкачественными опухолями, наблюдаются в любом возрасте. Наиболее частой локализацией является слуховой нерв. Могут встречаться на любых нервах человеческого организма. Большинство шванном пищеварительного тракта развивается в желудке, причём отмечается вовлечение подслизистого слоя и мышечной оболочки. Среди больных преобладают женщины. Среди наблюдений соотношение женщин и мужчин составило 4:1. Макроскопически они похожи на гастроинтестинальную стромальную опухоль: на разрезе характеризуется плотной резиноподобной поверхностью, бело-жёлтого цвета, имеют чёткие контуры, обычно без капсулы

**Методы исследования.** Клинический интерес представляет случай пациентки Е., 51 года, поступившей с жалобами на общую слабость. Из анамнеза заболевания: с детского возраста отмечает хронический гастрит, нерегулярное питание, стрессы, язвенную болезнь желудка. Выполнена компьютерная томография ОБП с внутривенным контрастным усилением, заключение КТ: «Признаки объемного образования желудка, лимфаденопатии лимфоузлов малой кривизны».

Дважды проведена фиброзофагогастродуоденоскопия с биопсией и последующим гистологическим исследованием, по результатам которых опухолевого роста не обнаружено. Было принято решение о проведении эксплоративной видеоассоциированной лапаротомии с биопсией опухоли стенки желудка. Провели патологоанатомическое исследование двух фрагментов опухоли стенки желудка. Микроскопически: 1. Фрагмент брюшной стенки с грануляциями, хроническим воспалением, без признаков опухолевого роста. 2. В материале – фиброзная ткань с очаговым гиалинозом, ангиоматозом, участками определяется опухоль пучкового строения из веретенновидных клеток.

При микроскопическом исследовании была заподозрена мезенхимальная опухоль желудка веретенноклеточного строения, как самый частый вариант в желудке – это гастроинтестинальная стромальная опухоль и было запланировано ИГХ исследование. Назначена панель:



CD117, SMA, CD34, S100. Результат иммуногистохимического исследования: CD117, SMA, CD34 – отрицательная реакция в опухолевых клетках, S100 выраженная мембранно-цитоплазматическая реакция в опухолевых клетках. Заключение: «Иммунорфологическая картина шванномы желудка». По морфологическому заключению было принято решение провести органосохраняющую парциальную резекцию желудка.

Микроскопическое описание при полной резекции опухоли: в стенке желудка в подслизистой определяется рост опухоли, представленной чередующимися тяжами веретенообразных и эпителиоидных клеток со слабо выраженным палисадом, среди которого отмечаются сформированные тельца Верокаи. Опухоль окружена слоем лимфоидного инфильтрата – лимфоидной «манжетой». Для подтверждения было проведено еще раз ИГХ-исследование. Результат иммуногистохимического исследования: Vimentin – выраженная мембранно-цитоплазматическая реакция в опухолевых клетках. S100 выраженная мембранно-цитоплазматическая реакция в опухолевых клетках.

**Заключение:** «Шваннома желудка».

**Вывод.** Благодаря внедрению в патологоанатомическую практику иммуногистохимического исследования, в данном конкретном случае удалось обнаружить редкую доброкачественную опухоль желудка с сохранением органа больной.

*Я.С. Абузова, М.С. Скрипина, В.Н. Герасимов*

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОСТРОГО ШЕЙНОГО МИЕЛИТА

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»

Демиелинизирующие заболевания – группа патологий, при которых происходит повреждение миелиновых оболочек трактов в головном и спинном мозге. Этиология демиелинизирующих заболеваний до сих пор до конца не понятна. Существует много гипотез, но ни одна из них не была убедительно доказана.

**Цель** – изучить клинический случай демиелинизирующего заболевания – острого шейного миелита.

**Материалы исследования:** секционный случай умершего больного с острым шейным миелитом.

Острый поперечный миелит представляет собой острое воспаление серого и белого вещества одного и более прилегающих сегментов спинного мозга, обычно на грудном уровне.

**Клинический случай.** Больной Б., 56 лет, находился в отделении нефрологии 3 к/д ГУЗ УОКБ в период 08–11.10.2017 г. Доставлен в РЭО (неврологическое отделение по линии сан. авиации из ПСО № 3 ) с диагнозом «нарушение спинального кровообращения» с жалобами на отсутствие движений и чувствительности в нижних конечностях, нарушение функции тазовых органов. В ночь на 08.10.2017 г. у него появились жгучие боли в шейно-грудном отделе позвоночника, онемение и слабость в нижних конечностях. В анамнезе 25.07.2017 г. у него была травма – падение с мотоблока с образованием гематомы в ягодичной области и правом бедре, а также контакт с детьми, больными вирусной инфекцией. При обследовании больного 08.10.2017 г. нейрохирург диагностировал острое нарушение спинального кровообращения на шейном уровне. Консилиум врачей от 11.10.2017 г. установил диагноз «острый миелит шейной локализации, тетрапарез, дыхательные нарушения». 11.10.2017 г. в 13:30 констатирована смерть больного. Макроскопически – после выделения шейного отдела спинного мозга на перевернутом трупе на протяжении 5,5 см до грудного отдела и выделения головного мозга обнаружено, что в шейном отделе оболочки спинного мозга бледно-серые, отечные, вещество его вместе с оболочками  $d = 1,7$  см, дряблое, т на нижней границе с грудным отделом напоминает очаг размягчения. В стволовом отделе головного мозга на разрезе из нерезко расширенного силвиева водопровода  $d = 0,3–0,4$  см выделилось капельно небольшое количество прозрачной жидкости; 4 желудочек слегка расширен, эпендима его гладкая. Ткань продолговатого мозга и мозжечка бледно-серая, дрябловатая. При выделении шейного отдела спинного мозга излилось большое количество светлой прозрачной жидкости за счет отека вещества головного мозга, который весит 1300 гр., на разрезе его желудочки мозга не расширены, со следами светлой прозрачной жидкости. Оболочки мозга отечные, серовато-синюшные. Микроскопически – в шейном отделе спинного мозга – начиная сверху от Варолиева моста, стенки 4 желудочка, в прилежащих участках мозжечка и далее на всем протяжении шейного отдела до границы с грудным отделом обнаружены следующие изменения: очаги демиелинизации в белом веществе, дистрофически измененные олигодендроциты с зернистыми шарами в этих очагах, появление т.н. «очагов-теней» сероватого цвета, мелких очагов размягчения с сосудистыми нарушениями с перифокальными воспалительными изменениями в виде мелкоочаговых периваскулярных лимфолейкоцитарных инфильтратов, группами их в просветах сосудов; отек мягких мозговых

оболочек. Поблизости от 4 желудочка и ткани мозжечка обнаружены очаговые скопления крупных гомогенных округлых клеток (дистрофичных клеток мозга) – все вышеописанные изменения подтверждают диагноз острого миелита шейного отдела спинного мозга, морфологически имеющего общие черты с рассеянным склерозом (по литературным данным острый миелит расценивается как вариант рассеянного склероза). Патологоанатомический диагноз «острый миелит шейного отдела спинного мозга» (клинически – с тетрапарезом до плегии в ногах, нарушением функции тазовых органов; морфологически – с очагами демиелинизации в белом веществе, образованием зернистых шаров и «очагов-теней» в шейном отделе). Таким образом, принимая во внимание преимущественное поражение лиц молодого возраста, с тенденцией к расширению границ дебюта заболевания, и высокий риск ранней инвалидизации населения трудоспособного возраста, повышенный интерес к этому заболеванию легко объясним.

*М.В. Андреева, В.В. Попов, В.И. Модникова, Н.П. Горбикова*

### СЛУЧАЙ ХРОНИЧЕСКОГО ВТОРИЧНОГО ПОЛИПОЗНО-ЯЗВЕННОГО ЭНДОКАРДИТА С ПОРАЖЕНИЕМ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА НА ФОНЕ ВРОЖДЕННОЙ ПАТОЛОГИИ – ДВУСТВОРЧАТОГО АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА

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

**Актуальность** рассматриваемой проблемы. Распространенность двустворчатого аортального клапана (АК) колеблется от 0,5 до 2% среди всех врожденных пороков сердца. Среди больных с двустворчатым АК более 80% составляют лица мужского пола. Общепринято, что двустворчатый АК является не вариантом развития АК, а врожденным пороком сердца. У пациентов с двустворчатым АК в 66% случаев имеется аортальная недостаточность различной степени. В 1886 г. W. Osler выдвинул гипотезу о взаимосвязи между инфекционным эндокардитом и двустворчатым АК. Результаты дальнейших исследований, проведенных рядом авторов, показывают, что у больных с двустворчатым АК частота развития инфекционного эндокардита варьирует от 10 до 30%. По данным С. Higgins и А. Stewart, из всего числа наблюдений субстратом

инфекционного эндокардита являлись в 25% случаев створки двустворчатого АК, при этом наибольшая частота поражений была у детей и подростков. В наблюдениях, проведенных R. Grant и соавторами, у больных с двустворчатым АК моложе 40 лет причиной смерти в 30% случаев был инфекционный эндокардит.

**Цель** исследования – рассмотреть клиничко-морфологический случай умершего С., 11 лет, по данным исследования в ГУЗ «УОДКБ».

**Результаты:** Больной С., 11 лет, доставлен в ГУЗ УОДКБ с неправильным диагнозом «ВСД по кардиальному типу с жалобами на кашель, снижение аппетита, одышку при физической нагрузке, слабость». Вышеуказанные жалобы беспокоят в течение полугода, периодически – лихорадка до 39°C. Ночью накануне поступления усилилась одышка, чувство нехватки воздуха, учащенное сердцебиение. При поступлении состояние больного расценено как среднетяжелое. Госпитализирован в кардиологическое отделение. Объективно тоны сердца приглушены, тахикардия. Проведена рентгенография грудной клетки, УЗИ плевральных полостей, брюшной полости и почек. С учетом полученных данных хирургом выставляется диагноз «правосторонний гидроторакс». Динамика отрицательная – нарастание одышки до 50, акроцианоз, снижение сатурации до 95%. После совместного осмотра с реаниматологом, педиатром выставляется диагноз: «кардит? инфекционный эндокардит?». Больной переводится в реанимационное отделение. В тот же день вечером во время обхода у ребенка отмечена остановка кровообращения. Реанимационные мероприятия в течение 40 минут – без эффекта. Констатирована биологическая смерть.

В ходе проведения патологоанатомического вскрытия обнаружены следующие изменения: в правой плевральной полости 280 мл прозрачной желтоватой жидкости с небольшим количеством хлопьев белесоватого цвета, в левой плевральной полости аналогичное содержимое в объеме 50 мл, задние сегменты верхних и нижних долей резко полнокровные, мясистой консистенции, в воде всплывают с трудом; сердце увеличено; клапан аорты двустворчатый, по всей длине обеих створок деструкция по свободному краю с сохранением структуры створок в нижних отделах, на поверхности некротизированных отделов полиповидные наложения белесовато-серого цвета, плотно фиксированные к створкам клапанов. Забрана кровь на стерильность – микрофлора не обнаружена. При гистологическом исследовании в сердце – гипертрофия кардиомиоцитов левого желудочка; в аортальном клапане – разрушение структуры клапанов по свободному краю с участками изъязвления, ниже линии деструкции структура клапанов резко изменена за счет некротизации, отека и фиброзирования с очагами пролиферации

макрофагально-гистиоцитарных клеточных элементов, в очагах некрозов и изъязвлений участки рыхлой воспалительной инфильтрации со значительным количеством гранулоцитов. На поверхности клапанов полипозные структуры, представленные бесструктурными некротическими массами с большим количеством крупноглыбчатых кальцинов, на наружной поверхности вегетаций отложения фибрина; в задних сегментах верхних и нижних долей серозно-геморрагический отек.

**Выводы:** хронический полипозно-язвенный эндокардит на фоне порока развития аортального клапана является редко встречающейся патологией в детском возрасте.

*Н.С. Злобина, Р.В. Уренева, Л.Б. Баландина,  
М.М. Лазаревский*

## ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПО РАКУ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ОБЗОР РЕКОМЕНДАЦИЙ)

### ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер»

**Актуальность** рассматриваемой проблемы. Одна из основных тенденций нынешнего времени в работе патологоанатомической службы – стандартизация процессов и механизмов работы, призванная повысить качество и результативность труда врача-патологоанатома.

**Цели** исследования: 1) провести обзор и сравнительный анализ актуальных Клинических рекомендаций «Рак молочной железы» Министерства здравоохранения Российской Федерации и «Протокол исследования образцов операционного материала у пациентов с инвазивной карциномой молочной железы» Коллегии Американских Патологов (CAP); 2) сделать вывод из проведенного анализа.

**Метод** исследования – анализ медицинской литературы.

**Результаты.** В результате обзора Клинических рекомендаций «Рак молочной железы» Министерства здравоохранения Российской Федерации нами проведен сравнительный анализ отечественного руководства с «Протоколом исследования образцов операционного материала у пациентов с инвазивной карциномой молочной железы» Коллегии Американских Патологов (CAP), из чего сделаны некоторые выводы.

На этапе макроскопического описания для более качественной оценки размера опухоли данное исследование необходимо проводить в трех проекциях, что будет способствовать грамотному присвоению

опухоли соответствующей категории pT. При формировании микроскопического заключения и диагноза на первый план выступают гистологический тип опухоли и степень ее дифференцировки по Ноттингемской шкале. Кроме этого, установлена необходимость выявления в первичной опухоли неинвазивного компонента с оценкой его размера и указания его процентного соотношения.

Оба руководства обращают внимание патолога на такой значимый для дальнейшей тактики ведения пациента параметр, как состояние краев резекции. В Клинических рекомендациях рассматривается необходимость оценки расстояния до ближайшего к опухоли краю резекции, тогда как в протоколе CAP оценивается расстояние от инвазивного компонента до каждого из краев резекции, что в особенности ценно при исследовании материала эксцизии (секторальной резекции).

При оценке pN необходимо отражать как количество лимфоузлов с метастазами, так и общее количество исследованных лимфоузлов. Также периневральная и лимфоваскулярная инвазия должна упоминаться не только при ее наличии, но и при отсутствии (акцент на том, что данный признак оценивался патологом).

Отдельное внимание уделяется подсчету степени патоморфологического ответа опухоли на предшествующее лечение (неoadьювантную терапию), проводимое по шкале RCB. Для оценки данного прогностического фактора необходимы параметры, которые зачастую приходится согласовывать с клиническими данными – такие как размер ложа первичной опухоли. Прочие параметры (клеточность опухоли, процентное соотношение компонента *in situ*, количество и размеры наибольшего метастаза) патолог может почерпнуть из макро- и микрокартины опухоли.

Вне зависимости от дальнейшей тактики, всем пациентам с опухолями молочной железы на этапе диагностики необходимо проведение трепанобиопсии образования для оценки гормонального статуса опухоли и уровней экспрессии HER2 и Ki67. Проведение данных анализов необходимо как для биопсийного, так и для операционного материала опухолей молочной железы.

**Выводы.** Благодаря стандартизации патологоанатомических исследований и приведению их к единому общемировому формату, взаимодействию патологов с клиницистами и формированию протоколов исследований, растет скорость и качество оказываемой медицинской помощи онкологическим больным.

*Р.В. Уренева, Н.С. Злобина, Л.Б. Баландина,  
М.М. Лазаревский*

## ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОПТИМАЛЬНОЙ ПАНЕЛИ АНТИТЕЛ ПРИ ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ЛЕГКОГО

**ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер»**

**Актуальность.** Рак легкого в структуре смертности от онкологических заболеваний занимает первое место. Примерно 85% всех раков легкого составляет так называемый немелкоклеточный рак – группа, включающая в себя все морфологические варианты рака легкого, за исключением мелкоклеточного нейроэндокринного рака. Наиболее частые варианты НМРЛ представлены плоскоклеточным раком, аденокарциномой и крупноклеточным нейроэндокринным раком. Разграничение данных морфологических вариантов рака легкого при обычном гистологическом исследовании возможно не всегда, однако, согласно Клиническим рекомендациям, это уточнение необходимо, в том числе из-за различной тактики при направлении опухолевой ткани на молекулярно-генетические исследования и различия в схемах специальной противоопухолевой терапии. При невозможности определить вариант НМРЛ при обычном гистологическом исследовании проводится иммуногистохимическое исследование опухоли.

**Цель работы** – анализ прошедших через патологоанатомическое отделение ГУЗ ОКОД случаев (как биопсийных, так и операционных) НМРЛ, потребовавших иммуногистохимического (ИГХ) исследования, которое было проведено с применением расширенной панели антител, и оценка профиля экспрессии использованных антител при различных вариантах НМРЛ.

Объекты и результаты исследования. За август и сентябрь 2021 года было произведено 35 иммуногистохимических исследований НМРЛ, когда в привычную панель антител, включающую TTF1, p63, CK5/6, добавляли ранее не использовавшийся в отделении маркер papsinA. Таким образом, использовалось 4 антитела, 2 из которых являются маркерами плоскоклеточного рака (p63, CK5/6), 2 – первичной аденокарциномы легкого (TTF1, papsinA). Описанное в литературе преимущество нового для отделения маркера papsinA состоит в том, что он экспрессируется только в аденокарциномах, в то время как TTF1 экспрессируется как в аденокарциномах, так и в нейроэндокринных опухолях/раках.

В случае установления по результатам ИГХ-исследования диагноза «аденокарцинома легкого» экспрессия TTF1 наблюдалась во всех 9 случаях, тогда как papsinA экспрессировался только в 5 случаях аденокарциномы из 9. В нейроэндокринных раках TTF1 экспрессировался в 6 из 8 случаев, экспрессия papsinA в них отсутствовала всегда. Плоскоклеточные раки во всех 6 случаях экспрессировали p63 и только в 4 случаях из 6 – экспрессировали CK5/6.

**Вывод.** На основании представленных результатов можно сделать вывод о 100%-й чувствительности (в проанализированных случаях) TTF-1 для выявления аденокарциномы легкого и p63 для выявления плоскоклеточного рака. PapsinA и CK5/6 продемонстрировали меньшую чувствительность (56% и 67%) при выявлении аденокарциномы и плоскоклеточного рака соответственно. Таким образом, при необходимости оптимизировать применяемую в случаях НМРЛ панель антител (например, при скудном количестве опухолевой ткани в биоптате) можно рекомендовать остановить свой выбор на маркерах TTF1 и p63.

*Н.С. Злобина, Р.В. Уренева, Л.Б. Баландина,  
М.М. Лазаревский*

## КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ: ОБЗОР ТРЕБОВАНИЙ К ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОМУ ЗАКЛЮЧЕНИЮ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ОПУХОЛЕЙ

**ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер»**

**Актуальность** рассматриваемой проблемы. С 01.01.2022 в обязательном использование Министерством здравоохранения Российской Федерации были введены клинические рекомендации по онкологии, затрагивающие не только деятельность клиницистов, но и патологоанатомов.

**Цели исследования:** 1) ознакомиться с требованиями к патологоанатомическим заключениям, выдвигаемыми клиническими рекомендациями; 2) сформировать пул вопросов, на которые врач-патологоанатом должен ответить в своем заключении, вне зависимости от локализации исследуемой опухоли.

**Результат.** В результате ознакомления с клиническими рекомендациями по онкологическим заболеваниям 40 различных локализаций, предоставленными Министерством здравоохранения Российской Федерации и введенными с 01.01.2022 в обязательное использование,

нами были выделены некоторые тенденции и особенности требований к формированию патологоанатомических заключений.

Для злокачественных опухолей большинства локализаций можно выделить следующие пункты, которые необходимо отражать в патологоанатомических заключениях:

1. Размер и распространенность первичной опухоли (pT). Данный параметр оценивается как на этапе макроскопического исследования, так и при дальнейшей микроскопии.

2. Глубина инвазии первичной опухоли. Для опухолей различной локализаций применяются как анатомические ориентиры (слои кожи, слои стенки полого органа) для оценки глубины инвазии, так и глубина инвазии в мм.

3. Гистологический вариант опухоли по классификации ВОЗ и различные параметры опухоли как, например, присутствие неинвазивного компонента, наличие некрозов, процентное соотношение опухолевых структур различного строения.

4. Степень дифференцировки или злокачественности опухоли (грейд, G). Важно то, что этот параметр нередко оценивается по-разному для разных опухолей: Ноттингемская система для рака молочной железы, градация рака предстательной железы по Глиссону, градация аденокарциномы эндометрия по FIGO и проч.

5. Статус регионарных лимфатических узлов (pN) с указанием общего числа исследованных и пораженных лимфоузлов, а также признаков экстранодального распространения опухоли и объема поражения лимфоузла.

6. Наличие лимфоваскулярной, венозной, периневральной инвазии. В случае отсутствия данного признака отрицательный результат также должен быть отмечен.

7. Микроскопическая оценка краев резекции (статус) R0–2 с указанием расстояния до ближайшего края резекции в мм. Для достоверной оценки данного параметра используются различные окраски краев резекции, применяемые на этапе вырезки гистологического материала.

8. В некоторых случаях иммуногистохимическое и генетическое исследование рекомендуется брать за стандарт обследования пациентов, учитывая, что анализ мутационного статуса имеет прогностическое и предиктивное значение.

9. Степень регрессии опухоли после проведенного предоперационного лечения по специально разработанным шкалам (Mandard, RCB).

**Выводы.** Приведенный список оцениваемых в каждой опухоли параметров можно использовать как общее краткое руководство

по особенностям патологоанатомического исследования опухолей и составления онкологического патологоанатомического диагноза в практике как врача-онкопатолога, так и врача-патологоанатома общей сети.

*А.А. Мельников, Е.В. Балацук, А.И. Понякишова,  
Ю.Г. Киушкина, А.А. Акимова*

## СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ С ВЫЯВЛЕННЫМИ СЛУЧАЯМИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19)

ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска»

**Актуальность:** источником новой коронавирусной инфекции является живой больной человек, в том числе находящийся в инкубационном периоде заболевания или бессимптомный носитель SARS-CoV-2. Длительность инкубационного периода по литературным данным COVID-19 может колебаться от 2 до 14 дней, однако в среднем составляет 5-7 дней. Естественно, данный бессимптомный период человек живет полноценной активной жизнью и может получить различные травмы (ЧМТ, переломы конечностей, сочетанные травмы, ранения), которые требуют неотложного хирургического и травматологического вмешательства, поэтому данные пациенты находятся на лечении в стационарах города. В данный момент в условиях стационара производится диагностика COVID-19, и в ряде случаев, у больных с различными видами травм также выявляется новая коронавирусная инфекция.

**Цель исследования:** произвести анализ судебно-медицинских исследований с выявленными случаями COVID-19.

**Материалы и методы исследования:** произведен ретроспективный анализ за период 2020 года случаев с новой коронавирусной инфекцией COVID-19.

**Результаты:** подавляющее большинство анализируемых случаев – это больные из стационаров города Ульяновска, находящиеся на лечении по поводу травмы с прижизненно идентифицированным вирусом COVID-19, который также подтверждается при последующем посмертном секционном вирусологическом исследовании методом ПЦР. Большинство пациентов – люди преклонного (старческого) возраста 65+ и более лет, а также единичные случаи (молодые) с отягощенным коморбидным состоянием.

Заболевания и травмы, сочетанные с подтвержденной новой коронавирусной инфекцией: черепно-мозговые травмы – 12; переломы костей скелета – 12; сочетанные травмы – 1; переломы ребер – 6; онкологические болезни – 3; ожоги и обморожения – 9; болезни, поступившие из дома – 12; ЦВБ – 4; пневмония – 9; инфаркты сердца – 3; флегмоны, травмы мочевого пузыря, ТСТТ, менингит, ВИЧ, туберкулез и т.д. (единичные случаи).

При проведении секционного исследования наблюдается картина продуктивного геморрагического трахеита, катарального бронхита, чаще всего преобладают признаки тяжелой дыхательной недостаточности. Отмечаются признаки ОРДС («шокового легкого» или диффузного альвеолярного повреждения): резкое полнокровие и диффузное уплотнение легких, практически неотличимые от картины вирусной инфекции при «свином» гриппе (в 2009 г. и в последующие годы).

Морфологически обнаруживается общее увеличение легкого в объеме и массе, легкое становится плотной консистенции, маловоздушное или безвоздушное, темно-красного (вишневого) цвета, при надавливании с поверхностей разрезов обильно стекает темно-красная жидкость, отмечаются очаги резко выраженной альвеолярной эмфиземы в краевых областях легкого. В более позднем периоде встречаются тромбозы, геморрагии, геморрагические инфаркты с красными обтурирующими тромбами в сосудах мелкого калибра отдельных ветвей легочных вен (признак локальной сосудистой дисфункции) с развитием легочной внутрисосудистой коагулопатии. Значимых поражений трахеи при этом не наблюдается, выявляемые экссудативные изменения связаны с нозокомиальной инфекцией у интубированных пациентов.

При гистологическом исследовании препаратов отмечается появление гиалиновых мембран, массивного интерстициального и интраальвеолярного отека, повреждение альвеолоцитов I и II типа, десквамация и метаплазия альвеолярного и бронхиального эпителиев, лимфоцитарная и лейкоцитарная инфильтрация интерстиция и альвеол, на более поздних стадиях – кровоизлияния и микротромбозы.

**Вывод:** большинство анализируемых судебно-медицинских случаев – это различного вида травмы, которые сопряжены с длительным вынужденным положением тела и ограничениями двигательной активности, что ведет к развитию дистрофических изменений со стороны костно-мышечной системы, развитием гемодинамических, гемореологических расстройств, расстройств со стороны внутренних органов. Когда COVID-19 присоединяется к тяжелой травматической патологии, закономерно отмечается утяжеление течения основного заболевания, а также возникновение всевозможных осложнений конкурирующего диагнозов и имеющегося коморбидного состояния.

*Н.В. Антипова, О.Г. Ермошина, С.В. Резниченко,  
Е.В. Бирюкова*

## ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ НОВОРОЖДЕННОГО С БОЛЕЗНЬЮ КЛЕНОВОГО СИРОПА

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

**Актуальность.** Орфанные заболевания в последние десятилетия стали объектом пристального внимания со стороны системы здравоохранения и национального законодательства. Их чрезвычайно низкая распространённость в человеческой популяции создаёт затруднения со своевременной постановкой диагноза, оказанием квалифицированной медицинской помощи и лекарственным обеспечением. С 2022 года расширена программа неонатального скрининга в шести регионах страны на выявление редких заболеваний – новорожденных будут тестировать не на пять, а на 36 наследственных болезней. Это поможет на самой ранней стадии выявлять тяжелейшие патологии дополнительно у нескольких тысяч младенцев.

**Цель исследования** – ознакомить неонатологов, педиатров с данным клиническим случаем.

**Материалы и методы исследования.** Представление клинического случая ребенка Г. с диагностированным заболеванием лейциноз, классическая форма.

**Результаты и их обсуждение.** Ребенок Г. от 4 беременности, протекавшей на фоне отягощенного акушерского анамнеза, вторых срочных родов на сроке гестации 40 недель. Рожден доношенный мальчик, оценка по шкале Апгар 8-9 баллов, на 4 сутки жизни выписан домой в удовлетворительном состоянии. В течение двух дней после выписки со слов матери вялое сосание, отказ от кормления, значительная потеря массы тела, «тянет ножки». Госпитализирован в УОДКБ на 9 сутки жизни (обращает внимание запах кожи/мочи ребенка в первые дни госпитализации) с предварительным диагнозом «инфекция специфичная для перинатального периода, неуточненная». В динамике состояние с прогрессирующим ухудшением за счет нарастания неврологической симптоматики угнетения ЦНС. На 12 сутки жизни ухудшение состояния за счет апноэ с десатурацией, снижением системного давления, присоединение судорожного синдрома. Далее находился на инвазивной искусственной вентиляции легких, потребовал титрования инотропных препаратов в высоких

дозировках, противосудорожной терапии. По лабораторно-инструментальным методам обследования в динамике: метаболический ацидоз в газовом составе крови, нарастание НИ до 0,3, снижение гемоглобина до 121 г/л, повышение СРБ до 18,6 мг/л, глюкозурия в моче; НСГ-признаки гипоксии; рентгенологически картина двусторонней пневмонии; ликворограмма – норма; КТ-метаболическая энцефалопатия, умеренный отек мозга, данных за травму не выявлено, двусторонняя полисегментарная пневмония; ЭЭГ – достоверная эпилептиформная активность не выявлена. Учитывая рождение ребенка в удовлетворительном состоянии, резкое ухудшение в первую неделю жизни с прогрессирующим нарастанием неврологической симптоматики, отсутствие положительной динамики состояния на фоне проводимого лечения, проведено исследование на определение уровня аммиака в капиллярной крови (до 286 мкмоль/л). Было заподозрено заболевание из группы наследственных болезней обмена. Взята кровь («сухая пропитка») для исключения аминокислотопатий и митохондриальных патологий методом тандемной масс-спектрометрии. Было отмечено значительное повышение лейцина до 2 305,0 мкМ/л (норма 30,0-370,0 мкМ/л). В моче пациента была повышена концентрация ряда метаболитов. Проведено лечение в соответствии с клиническими рекомендациями по лейцинозу.

**Выводы.** Клинический пример свидетельствует о том, что диагностика наследственных болезней обмена представляет сложную задачу и может занимать длительное время. Поэтому на первичном этапе диагностики определение уровня аммиака новорожденным с необъяснимым изменением состояния ЦНС, эпизодами апное, клиническими признаками сепсиса, судорогами является необходимым для дифференциальной диагностики с неонатальной гипераммониемией.

*Л.Ю. Архиреева, Л.Н. Гафарова, А.А. Архиреева,  
А.И. Петрунина*

## КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

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

**Актуальность исследования:** новая коронавирусная инфекция COVID-19 в настоящее время остается социально значимой проблемой во всем мире, включая Российскую Федерацию.

С начала пандемии во всем мире выявлено более 434 млн случаев заражения, в РФ – более 16 млн, в Ульяновской области – более 166 тыс. случаев.

По имеющейся статистике, среди детей реже встречаются осложнения и чаще преобладают бессимптомные или легкие формы заболевания COVID-19, однако встречаются и тяжелые формы болезни.

**Цель исследования** – изучить особенности течения COVID-19 у новорожденных детей.

**Материалы и методы:** проведен анализ историй болезни новорожденных детей, рожденных от матерей с подтвержденным диагнозом COVID-19. Дети были разделены на две группы: 1 группа – дети и матери имели подтвержденный лабораторно диагноз «новая коронавирусная инфекция», 2 группа – дети без новой коронавирусной инфекции.

**Результаты:** распределение детей по полу было сопоставимо в обеих группах. Паритет беременности и родов, течение беременности, возраст матерей не имели статистических различий. При оценке клинического течения заболевания у матерей обеих групп отмечается схожая клиническая картина с преобладанием симптомов лихорадки, кашля, ДН, реже – изменения со стороны ЖКТ. У новорожденных обеих групп не удалось установить достоверных различий в антропометрических показателях при рождении, в большинстве случаев беременности были доношенными. При сравнении оценки по шкале Апгар на 1 и 5 минуте не удалось выявить статистически значимых различий ( $p = 0,189$ ,  $p = 0,422$  соответственно). В большинстве случаев у детей с подтвержденной новой коронавирусной инфекцией заболевание протекало в легкой форме, в структуре клинических проявления отмечались пневмония и катаральные проявления (5%), лихорадка и кожные высыпания (15%). У детей обеих

групп отмечались с одинаковой частотой встречаемости желтушный синдром и поражения ЦНС гипоксического характера. Кашель у новорожденных детей не отмечался. Среди изменений в лабораторных исследованиях преобладал лимфоцитоз и моноцитоз. Терапия новорожденных детей, госпитализированных с новой коронавирусной инфекцией COVID-19, проводилась согласно клиническим рекомендациям.

При оценке продолжительности сохранения положительного ПЦР-анализа у новорожденных 1 группы медиана составила 8 дней (4,5-15). Продолжительность госпитализации у детей обеих групп была сопоставима и составила у детей с положительным ПЦР 14,0 дней (11,0–18,5) и 12,5 дней (9,8–21,2) у детей без коронавирусной инфекции.

**Выводы:** среди госпитализированных новорожденных детей с диагнозом «новая коронавирусная инфекция COVID-19» преобладали легкие формы заболевания. Терапия детей проводилась в соответствии с рекомендациями по лечению новой коронавирусной инфекции COVID-19.

*И.А. Будылёва, У.В. Неродик, А.С. Азоркина,  
К.Н. Харитонова*

## ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У НОВОРОЖДЕННОГО, РОЖДЕННОГО ОТ МАТЕРИ С СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

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

**Актуальность.** Нарушения ритма сердца у новорожденных зачастую могут быть продолжением нарушений ритма внутриутробного периода, но могут быть выявлены только после рождения и в раннем неонатальном периоде. Ранняя выявляемость зависит от качества проведения пренатального скрининга. Истинная распространенность нарушений сердечного ритма не поддается точной оценке, поскольку практически нет заболевания, при котором не встретились бы нарушения ритма. Аритмии занимают второе место в структуре сердечно-сосудистой патологии детского возраста. Литературные данные свидетельствуют, что нарушения функции синусового узла встречаются у 9% новорожденных, экстрасистолии – от 0,8-2%, а при холтеровском мониторировании ЭКГ – до 18%. Желудочковые тахикардии среди всех аритмий составляют

до 6%. Атриовентрикулярная блокада 1 степени на ЭКГ у здоровых новорожденных от 0,6 до 4%. Полная врожденная блокада составляет 1 на 22 000 новорожденных. Раннее выявление возникновения нарушения ритма у новорожденного, поиск достоверного этиологического фактора важно для своевременного и эффективного лечения.

**Цель исследования** – ознакомить неонатологов, педиатров с данным клиническим случаем, показать значимость сбора семейного анамнеза, необходимости проведения исследований не только у новорожденного с нарушениями ритма сердца, но и у матери на системные воспалительные заболевания.

**Материалы и методы исследования.** Представление клинического случая ребенка К. с диагностированным нарушением ритма (полная атриовентрикулярная блокада) от матери с системной красной волчанкой.

**Результаты и их обсуждение.** Ребенок К. от первой беременности, протекавшей на фоне хронической плацентарной недостаточности с нарушением кровотока 3 степени, первых преждевременных оперативных родов (кесарево сечение по поводу дистресса плода в родах, по ЭХО-КС плода – брадикардия) в сроке гестации 32 недели. По лабораторным данным у матери – ускорение СОЭ, эритроцитурия в ОАМ. Извлечена недоношенная девочка в крайне тяжелом состоянии, оценка по шкале Апгар 3-4-6 баллов. С первых минут жизни потребовала проведения реанимационных мероприятий. Отмечалась нестабильная гемодинамика в первые сутки жизни (системная гипотензия), в связи с чем проводилось титрование инотропных препаратов. С рождения стойкая брадикардия до 85–95 в минуту, ригидная к изменению доз инотропов и применения атропина. Сердечные тоны ритмичные, систолический шум во 2-3 межреберья слева. Гепатомегалия. По лабораторно-инструментальным методам обследования в динамике: лабораторные данные – ОАК-сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышение СРБ максимально до 26 мг/л, прокальцитонин более 10 нг/мл, ОАМ-эритроцитурия с 3-х суток жизни, ЭХО-КС – гипертрофия стенок желудочков, функционирующие фетальные коммуникации, данных за ВПС-не выявлено; ЭКГ – замещающий узловый ритм, выраженная брадикардия, полная АВ – блокада; ХМ ЭКГ – регистрируется полная АВ блокада. Неоднократно консультирована кардиологом. Проведены исследования методом ПЦР крови, мочи, мазков из носоглотки на Torch-инфекции, парвовирус 19, энтеровирусы – не обнаружены. Обследовали кровь на антитела к ДНК, анти-нуклеарные антитела, ЦИК. Повышены АТ к ДНК нативной (двуспиральной) до 66,4 ед/мл, АТ к ДНК денатурированной (односпиральной)



до 128,9 ед/мл. Анализ крови матери на иммуноблот СКВ для определения специфичности антинуклеарных антител – обнаружены АТ в высоких титрах.

**Выводы.** При выявлении нарушений ритма сердца у новорожденных, после исключения органического поражения сердца (врожденных пороков сердца, опухолей, дисплазий), воздействия внешних и внутренних факторов (электролитных нарушений, гуморальной регуляции, ятрогенных факторов) нужно провести обследование матери и новорожденного на системные заболевания соединительной ткани.

*Л.Н. Гафарова, И.А. Дорогова, С.В. Авдеева, А.В. Гафаров*

### **ТРУДНЫЙ ДИАГНОЗ ТЯЖЕЛОЙ КОМБИНИРОВАННОЙ ИММУННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА**

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

**Актуальность.** Тяжелая комбинированная иммунная недостаточность (ТКИН) – генетически обусловленный иммунодефицит, что ведет к ранним, крайне тяжелым инфекциям вирусной, бактериальной и оппортунистической природы и, в отсутствие патогенетической терапии, смерти в первые два года жизни.

**Цель** – представить клинический случай ТКИН у новорожденного из семьи с осложнённым наследственным анамнезом.

**Клинический случай.** Ребенок А. находился в клинике с диагнозом «ТКИН. Аплазия тимуса. Ранняя неонатальная двухсторонняя пневмония неуточненная. Дыхательная недостаточность 1 степени. Кандидоз кожных покровов. Неонатальная желтуха (купирована)». Ребенок от 2 беременности, 2 срочных родов, на фоне отеков беременных, гестационного сахарного диабета, транзиторной артериальной гипертензии, ожирения 1 степени, ОАГА. При оценке наследственного анамнеза выявлено, что первый ребенок в семье умер в возрасте 2,5 месяцев. С месяца ребенка беспокоил орофарингеальный кандидоз, в 1,5 месяца ребёнок поступил в клинику с клиникой ОРИ. В стационаре выставлен **диагноз** «первичный иммунодефицит. Аплазия тимуса. Генерализованная цитомегаловирусная инфекция, тяжелое течение. Сепсис, вызванный

кишечной палочкой. Внебольничная двусторонняя пневмония, вирусно-бактериальной этиологии, тяжелое течение. Полиорганная недостаточность. Острое почечное повреждение. Дыхательная недостаточность III степени. Кандидозный стоматит».

Для больных с ТКИН характерно раннее, в первые недели и месяцы жизни, начало клинических проявлений заболевания в виде упорной диареи, инфекций кожи и слизистых, прогрессирующего поражения респираторного тракта. Упорное течение грибковых и бактериальных инфекций должно настораживать врачей. На фоне тяжелых инфекций наблюдается отставание в физическом и моторном развитии. Следует помнить, что даже при наличии ТКИН у младенцев не сразу развиваются все вышеперечисленные симптомы, в течение 2-3 месяцев они могут расти и развиваться почти нормально. Второй ребенок в семье родился доношенным, антропометрические характеристики при рождении соответствовали возрасту. С рождения состояние удовлетворительное, к груди приложен в первые сутки, в дальнейшем отмечалось ухудшение состояния до тяжелого, аускультативно в легких выслушивались крепитирующие хрипы, в последующем – с нарастанием дыхательной недостаточности. Рентгенологически и по данным КТ диагностирована интерстициальная пневмония. Сатурация кислорода 93–95%, на фоне дотации маской 98–99%. На фоне лечения состояние с улучшением, купирована дыхательная недостаточность, улучшение аускультативной картины в легких. В ОАК отмечалась абсолютная лимфопения. По данным КТ органов грудной клетки отмечались признаки аплазии вилочковой железы. УЗИ вилочковой железы: Вилочковая железа не визуализируется. Консультирован генетиком по признаку аплазии тимуса – исключить синдром Ди-Джорджи. Молекулярно-цитогенетический анализ: проведенная FISH диагностика с использованием ДНК-проб патологий не выявила. Лечение и обследование проводились в соответствии с Федеральными клиническими рекомендациями по диагностике и лечению детей с тяжелой комбинированной иммунной недостаточностью. Для решения вопроса о дальнейшей терапевтической тактике ребенок был госпитализирован в НИИ детской онкологии, гематологии и трансплантологии имени Р.М. Горбачевой.

**Выводы.** Данный клинический случай демонстрирует, что, несмотря на постоянный прогресс в развитии иммунологии, генетики и педиатрии в целом, проблема гиподиагностики первичных иммунодефицитов остается актуальной до настоящих дней. Особенно эта проблема актуальна для детей с синдромальной патологией, сочетающей в себе не только разнообразные педиатрические проблемы, но и иммунодефицитные состояния.

*Ю.Н. Дементьева, Е.В. Пруцкова, Ю.А. Кадырова,  
Э. Хиртхаярадж*

**ЭТНО-КУЛЬТУРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ  
ИЗУЧЕНИЯ ТЕМЫ «ВСКАРМЛИВАНИЕ»  
СО СТУДЕНТАМИ МЕДИЦИНСКОГО ФАКУЛЬТЕТА  
ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»**

В настоящее время на кафедре педиатрии ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет» обучаются студенты медицинского факультета по специальностям «Лечебное дело» и «Педиатрия». С 2015 года на медицинском факультете студенты специальности «Лечебное дело» обучаются по программе, предусматривающей освоение дисциплин на английском языке. В университете обучаются студенты из таких стран как Индия, Египет и другие.

**Актуальность.** При обучении студентов необходимо учитывать этно-культурологические аспекты стран, из которых они прибыли для получения образования. Одной из акцентных является тема «Вскармливание».

**Цель работы** – выявить основные сложности при разборе темы «Вскармливание» со студентами, обучающимися на английском языке.

Природно-климатические условия, политический и социальный строй государств, религия, культурные и бытовые особенности нации – все это тысячелетиями отражалось на традициях вскармливания и воспитания детей раннего возраста. При изучении данной темы основной акцент делается на рекомендациях ВОЗ, AAP (American Academy of Pediatrics) и ESPGHAN, Союза педиатров России.

Исключительно грудное вскармливание (ГВ) по рекомендациям ВОЗ и ESPGHAN должно быть в течение 6 месяцев, рекомендуется начать грудное вскармливание как можно раньше. Согласно Программе оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации (2019 г.), в нашей стране поддерживаются основные принципы ВОЗ по поддержке грудного вскармливания. Введение прикорма детям как на грудном, так и на искусственном вскармливании рекомендовано начинать в возрасте 4–6 мес.

У Сушруты (автор древнейшего индийского медицинского трактата II века до н.э.) указано, что новорожденным не давали молозиво, полноценное грудное вскармливание начиналось примерно на 5 сутки. В Индии в настоящее время ГВ начинается как можно раньше после рождения, прикорм вводится с 6 месяцев, продолжительность ГВ в среднем

до 1,5-2 лет. С давних времен в Индии существует обычная практика употребления семян тмина (зира), панджири с сухофруктами и пальмовым сахаром вместо сахара, который дают молодой матери через пять-шесть дней после родов. Считается, что семена тмина, кунжута, сабудана или саго усиливают выработку молока у кормящих матерей.

В России достаточно часто сохраняется практика употребления кормящими матерями грецких орехов, пажитника, чая с молоком или фиточая с фенхелем, анисом для усиления лактации. При разборе понятия «гипогалактия» со студентами делается акцент на современной тактике ведения кормящих женщин с позиции доказательной медицины.

Как в России, так и в Индии при нехватке молока или невозможности кормления грудью в прошлом прибегали к поиску кормилиц. В настоящее время в таких ситуациях рекомендуется искусственное вскармливание адаптированными молочными смесями.

В нашей стране введение прикорма рекомендовано начинать в возрасте 4–6 мес., в качестве первого прикорма назначается овощное пюре или каша. Овощной прикорм рекомендуется начинать с монокомпонентных пюре (кабачок, брокколи, цветная капуста), а зерновой – с безмолочных, безглютеновых каш из одного вида крупы (рис, гречка или кукуруза), разводя их грудным молоком или детской молочной/лечебной смесью, которую получает ребенок. В Индии прикорм начинают вводить с 6-месячного возраста, чаще всего начинают с каш, которые изготавливают из зерновых (рис, пшеница) или просо (раги, баджра, джовар), бобовых (мунг, чанна, архар). Затем в кашу добавляют вареную и протертую морковь, тыкву или зеленые листовые овощи, сезонные фрукты, такие как бананы, папайя и т.д.

**Выводы** – при обучении иностранных студентов необходимо учитывать этно-культурологические особенности их стран для формирования прикладных знаний и умений обучающихся для возвращения в их страны. Для наиболее полного освоения темы «Вскармливание» необходимо придерживаться рекомендаций ВОЗ, ESPGHAN, Союза педиатров России и AAP (American Academy of Pediatrics).

*Э.Ф. Закирова, Т.М. Гаврилова, О.О. Епифанова*

## ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ГЕМАТУРИИ. КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ

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

**Актуальность темы** – изолированная гематурия интермиттирующего и персистирующего характера наиболее трудна для диагностики.

**Цель исследования** – показать эффективность помощи и терапии при своевременной диагностике причин гематурии.

Гематурия – патологическое выделение с мочой эритроцитов. О гематурии можно судить, если при микроскопии мочевого осадка обнаруживается более 3-5 эритроцитов в поле зрения, либо более 1000 эритроцитов в 1 мл мочи в пробе по Нечипоренко; либо более 1 млн эритроцитов в пробе по Аддис-Каковскому, либо более 700 эритроцитов в минуту в пробе по Амбурже.

В зависимости от выраженности различают макро- и микрогематурию.

В зависимости от причины выделяют внепочечные, связанные с нарушением коагуляции и тромбообразования; ренальные, вызванные патологическим процессом в почечной ткани, и постренальные, обусловленные патологией мочевых путей.

### Клинические случаи:

1. Мальчик, 16 лет. В течение года беспокоят боли в левой ноге, которые купировались приемом ибупрофена до 3 таблеток в сутки. Практически в то же время выявлена макрогематурия. Данные изменения мочевого осадка были расценены, как последствия регулярного приема НПВС. Выставлен диагноз «тубулоинтерстициальный нефрит», назначена нефропротективная терапия ингибиторами АПФ, без особого эффекта. При проведении УЗИ почек выявлены признаки синдрома аорто-мезентериального пинцета с компрессией левой почечной вены. Ребенок был направлен в РДКБ г. Москва хирургическое уроandroлогическое отделение, где проведена корригирующая операция с положительным результатом. Гематурия и болевой синдром были купированы.

2. Мальчик, 17 лет, во время обследования в военкомате выявлена макрогематурия и микрогематурия до 0,165 г/л. Ранее не наблюдался. При обследовании отмечается повышение показателей креатинина до 113 мкмоль/л, снижение СКФ до 63 мл/мин. Направлен в РДКБ г. Москва в нефрологическое отделение для проведения нефробиопсии.

По результатам нефробиопсии диагностирована IgA нефропатия. Начата терапия стероидами, которая в течение 6 месяцев дала положительный эффект: купирована протеин-гематурия, улучшение функциональной способности почек.

**Выводы:** процесс диагностического поиска при гематурии чрезвычайно сложен и представляет наибольшие дифференциально-диагностические трудности. У детей гематурия является наиболее частым вариантом мочевого синдрома. Из всех заболеваний почек и мочевой системы у детей около 1/3 протекает с гематурией. Поэтому для постановки правильного диагноза при выявлении гематурии важно проведение тщательного обследования больного с выявлением других признаков заболевания, даже не имеющих, на первый взгляд, отношения к почечной патологии; подробный сбор анамнеза заболевания и жизни ребенка, семейного анамнеза; дополнительные методы обследования, в том числе исследование морфологии эритроцитов мочевого осадка и биопсия почечной ткани с морфологическим исследованием биоптата – зачастую единственный способ постановки диагноза.

*Ю.А. Кадырова, Е.А. Баландина, О.В. Кондратьева,  
С.В. Бурцев*

## ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»  
ГУЗ «Ульяновская областная детская клиническая больница  
им. политического и общественного деятеля Ю.Ф. Горячева»

**Актуальность.** Коронавирусная инфекция (COVID-19) – заболевание вызвано новым одноцепочечным РНК-вирусом (ss-RNA, 29903 bp), относящимся к группе коронавирусов (CoV) [1, 2]. Наиболее частыми симптомами у детей являются лихорадка, непродуктивный кашель, возможно появление признаков интоксикации (миалгии, тошнота, слабость) [3]. В связи с неспецифической клиникой данного заболевания, большой площадью повреждения, высокой летальностью при COVID-19 и высокой вероятностью развития осложнений возникает задача быстрой и доступной диагностики и динамического мониторинга состояния пациента. Таким инструментом стало ультразвуковое исследование (УЗИ).

**Цель работы** – провести анализ современных источников литературы и систематизировать, и обобщить актуальные данные в области ультразвуковых исследований при COVID-19 в педиатрической практике.

**Материалы и методы.** Произведен обзор российских и зарубежных литературных источников за последние два года, содержащих данные ультразвуковых исследований при коронавирусной инфекции.

**Результаты.** Согласно последним методическим рекомендациям, методы лучевой диагностики при COVID-19 используются для уточнения диагноза пневмонии, ее осложнений, а также для определения степени выраженности и динамики изменений, оценки эффективности проводимой терапии [3]. Ультразвуковое исследование – легкодоступный, малозатратный (по сравнению с КТ и ОРГ) метод диагностики. Оно позволяет быстро получить изображение искомой анатомической структуры в режиме реального времени и рекомендуется проводить следующие УЗ-исследования: УЗИ легких, эхокардиографию, УЗИ сосудов с доплерографией. По данным российских авторов и иностранных коллег, применение УЗИ легких при пневмонии в условиях пандемии COVID-19 показало свою высокую эффективность. Отмечена важная роль ультразвуковой диагностики в сортировке пациентов в ситуациях, когда невозможно выполнить КТ ОГК всем, поступающим с подозрением на COVID и наличием пневмонии. Р.Е. Лахин с соавторами в своем исследовании, которое включало 388 пациентов с диагнозом, рассказывают об использовании «русского протокола» УЗИ легких для пациентов [4]. По результатам их исследования, характерным для пневмонии, вызванной COVID-19, признаками на КТ стали уплотнение легочной паренхимы по типу «матового стекла», утолщенная плевра, консолидация, ретикулярные уплотнения интерстиция, симптом «бульжной мостовой». При УЗИ легких и плевры выявляемые признаки соответствовали признакам КТ. Наиболее часто при УЗИ встречались В-линии (мультифокальные, дискретные или сливающиеся) и консолидация различных объемов легочной ткани. Чувствительность УЗИ легких в точности сегментной диагностики повреждения признаком инфильтрации составила 87,9%, а специфичность – 91,5% [5].

**Выводы.** Ультразвуковое исследование легких у критически больных пациентов следует оценивать как комплементарную к рентгенологическим методам. УЗИ легких демонстрирует высокую диагностическую ценность в оценке различных заболеваний легких, по чувствительности и специфичности превосходит рентгенологическое исследование органов грудной клетки. УЗИ легких имеет большое значение для диагностики COVID-19 благодаря своей безопасности, доступности, отсутствию

лучевой нагрузки, низкой стоимости и возможности использования у постели пациента.

*Ю.А. Кадырова, А.В. Гафаров, А.А. Архиреева,  
А.И. Петрунина*

## УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»

**Актуальность исследования.** 11 февраля 2020 года ВОЗ присвоила официальное название новой коронавирусной инфекции COVID-19 (Coronavirus disease 2019), которая остается одной из социально значимых проблем во всем мире.

По мере роста заболеваемости увеличилось количество новорожденных от матерей с COVID-19.

**Цель исследования** – изучить особенности ультразвуковые особенности течения COVID-19 у новорожденных детей.

**Материалы и методы:** проведен анализ историй болезни 27 новорожденных детей, рожденных от матерей с подтвержденным диагнозом COVID-19. Дети были разделены на 2 группы. В первой группе дети и матери имели подтвержденный лабораторно диагноз «новая коронавирусная инфекция», 2 группа – дети без новой коронавирусной инфекции. Оценивались клиническое течение заболевания у новорожденных и данные ультразвуковой диагностики органов брюшной полости. Был рассчитан коэффициент массы селезенки (КМС) по авторской формуле Возгомент О.В, где норма КМС считается от 2 до 4.

**Результаты:** распределение детей по полу, антропометрические показатели при рождении было сопоставимо в обеих группах. Дети обеих групп в основном были доношенными, и у большинства детей 1 группы заболевание протекало в легкой форме. При сравнении длины селезенки, ширины селезенки в обеих группах, нам не удалось установить статистически значимых различий ( $p = 0,324$ ,  $p = 0,465$  соответственно).

При анализе показателя КМС обеих групп не удалось выявить статистически значимых различий ( $p = 0,992$ ). При анализе зависимости значений КМС от клинических проявлений у детей также не удалось установить статистически значимых различий.

**Выводы:** среди госпитализированных новорожденных детей с диагнозом «новая коронавирусная инфекция COVID-19» преобладали легкие формы заболевания. КМС, являющийся маркером состояния лимфоидной ткани, значимо не изменяется при легком течении новой коронавирусной инфекции.

*Т.М. Гаврилова, Э.Ф. Закирова, Е.Ф. Руденко,  
Г.Р. Курамшина*

## РЕДКИЕ (ОРФАННЫЕ) БОЛЕЗНИ В ПРАКТИКЕ ПЕДИАТРА

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

**Актуальность.** Синдром Леша-Нихана – редкое наследственное X-сцепленное рецессивное заболевание с нарушением метаболизма пуринов вследствие дефицита фермента гипоксантин-гуанин фосфорибозилтрансферазы (ГФРТ). Заболевание отмечается у лиц мужского пола, женщины являются носителями этого генетического нарушения. Средняя продолжительность жизни больных составляет тридцать лет.

В 1964 г. студент-медик М. Лёш и его преподаватель педиатр УЛ. Найхан описали двух братьев с гиперурикемией, подагрой и поражением центральной нервной системы, проявляющимся моторной дисфункцией и самоповреждениями. Заболевание имело X-сцепленный тип наследования. Ген HPRT1, вовлеченный в патогенез болезни Леша-Нихана, был картирован в 2017 г. Первые признаки синдрома Леша-Нихана появляются в возрасте 3-6 месяцев. Наблюдается снижение мышечного тонуса, вялые движения руками и ногами, задержка психомоторных навыков (улыбка, фиксация взгляда, удерживание головы). Во втором полугодии жизни младенца начинаются непроизвольные движения конечностями, головой, туловищем. После 1 года формируется выраженный гиперкинез с сопутствующей мышечной гипотонией. Двигательные расстройства неуклонно прогрессируют. При попытке ребенка научиться сидеть или стоять зачастую отмечается дугообразное прогибание туловища и шеи, которому сопутствует тремор. Внешне такие симптомы напоминают судорожный припадок. При тяжелом дефиците ГФРТ больные утрачивают способности к целенаправленным движениям, самостоятельному передвижению. Клиническая картина сходна с симптоматикой ДЦП. Синдром обязательно сопровождается

аутоагрессивным поведением, когда пациент наносит травмы самому себе. Обычно это проявляется в виде постоянного прикусывания губ, кусания собственных пальцев, попыток травмировать глаза. Изредка агрессия проецируется на других людей: больные пытаются ударить окружающих. Неотъемлемой составляющей клинической картины является гиперурикемия и гиперурикозурия. У детей раннего возраста родители могут замечать желтый осадок на памперсах, который представляет собой кристаллы мочевой кислоты. Для синдрома Леша-Нихана характерны развитие уратной нефропатии, случаются эпизоды микро- или макрогематурии. В тяжелых случаях возникает нефролитиаз, почечная недостаточность.

Диагноз синдром Леша-Нихана ставится на основе неврологической дисфункции, когнитивных и поведенческих нарушений, гиперурикемии, биохимических исследований, ультразвукового исследования почек. Для уточнения диагноза проводится **генетическое исследование**, которое определяет уровень ГФРТ и распознавание мутаций его гена.

Лечение: беспуриновая диета, обильное количество воды, медикаментозное лечение, симптоматическая терапия неврологических нарушений, нефролитическая терапия. Синдром Леша-Нихана – неизлечимое заболевание, прогноз – относительно неблагоприятный.

**Методы исследования.** Клинический случай № 1: в возрасте 2-х лет перед плановой вакцинацией в ОАМ у ребенка выявлена микропротеинурия до 0,18 г/л.

**Анамнез заболевания:** в семье отягощенный анамнез в отношении патологии почек – по линии матери у бабушки подагра, в 50 лет инфаркт миокарда ЛЖ с летальным исходом, у родного брата бабушки подагра, ХПН с 40 лет, у двоюродного брата матери по линии отца подагра, ХПН с 30 лет.

**При обследовании выявлено:** мочевого синдрома нет, в б/х анализе крови креатинин 74 мкмоль/л, СКФ 45 мл/мин, мочевая кислота 569 мкмоль/л, КОС и электролиты крови в норме, УЗИ почек – кальцинаты обеих почек. Был выставлен диагноз «синдром Леш-Нихана?», ребенок направлен в отделение нефрологии НИКИП им. Вельтищева Ю.Е., где проведено молекулярно-генетическое обследование, которое выявило в 4 экзоне замену с.259T>G (p/122Leu>Arg) в гемизиготном состоянии, мутация ранее не описана. Подтвержден диагноз «синдром Леш-Нихана». Назначен аллопуринол.

Клинический случай № 2. Ребенок с рождения наблюдался неврологом поликлиники с диагнозом «перинатальная энцефалопатия». Дебют заболевания в 7 мес.

При обследовании выявлено повышение мочевины, креатинина, метаболический ацидоз, анемия. После проведенного обследования ребенку выставлен диагноз «поликистоз почек». ХПН, терминальная стадия. Уремическая энцефалопатия.

Учитывая прогрессирующее расстройство двигательных функций, начиная со 2-го полугодия жизни, наличие задержки физического и умственного развития, нарушения поведения в виде агрессии и аутоагрессии, повышение уровня мочевой кислоты, поражение почек, был заподозрен синдром Леш-Нихана в возрасте 4-х лет. Ребенок проконсультирован генетиком, диагноз подтвержден.

**Выводы.** Проблема редких заболеваний у детей является актуальной в наше время. Это связано с рядом нерешенных вопросов: отсутствие регистров больных, стандартов диагностики и лечения, доступностью лекарственных средств и низкой осведомленностью медицинского персонала. Многие остаются без диагноза, без лечения – а значит и без надежды.

*И.Н. Легошина, В.И. Плужник, Н.М. Хлюева*

## СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ НИМАННА-ПИКА, ТИП С, ДИАГНОСТИРОВАННОЙ У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА

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

Болезнь Ниманна-Пика типа С (БНП-С) – орфанное наследственное аутосомно-рецессивное нейродегенеративное заболевание, относящееся к классу лизосомных болезней накопления. Распространенность БНП-С в мире составляет около 1:120 000 живых новорожденных. Клинические симптомы БНП-С разнообразны, они представляют собой сочетание неврологических, висцеральных, психиатрических признаков, не являющихся специфичными для заболевания, манифестируют в разном возрасте и характеризуются различной скоростью прогрессирования, что представляет собой значительные сложности в диагностике. Неонатальная форма БНП-С характеризуется тяжелым течением, сопровождается внутриутробной водянкой плода, часто в первые недели жизни присоединяется холестатическая желтуха в сочетании с гепатоспленомегалией. Неврологические симптомы представлены гипотонией мышц и нарушением психомоторного развития.

В отделение патологии новорожденных и недоношенных детей (ОПН) ГУЗ Ульяновской областной детской клинической больницы на 8 сутки жизни поступил мальчик 2 беременности, на фоне изоиммунизации по АВ0-системе (на 34 неделе гестации титр антител 1:128, предыдущие титры 1:256), гидроцеле и асцита плода, преждевременного разрыва плодного пузыря, артериальной гипертензии с протеинурией, анемии, эутиреоза, двое родов на сроке 35–36 недель с весом 2500 г., ростом 45 см, оценка по Апгар 4-6-7 баллов. Ранее данный ребенок находился в АРО и велся с основным клиническим диагнозом Гемолитическая болезнь новорожденных по АВ0 системе. При поступлении состояние ребенка было тяжелым. Реакция на осмотр снижена. Тонус мышц гипотоничен, рефлексы ослаблены. Кожные покровы иктеричные, чистые, отмечалась пастозность мягких тканей внизу живота, мошонки, голеней. В легких дыхание проводится по всем полям, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, систолический шум. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка при пальпации увеличены до +4 и +2,5 см из-под края реберной дуги соответственно. За время пребывания в ОПН состояние ребенка улучшилось, но к 21 дню жизни у ребенка сохранялись гепатоспленомегалия и синдром холестаза: в динамике общий билирубин снизился с 215 мкмоль/л с первых суток жизни до 88 мкмоль/л, но выросла прямая фракция и отношение прямого и непрямого билирубина составило 50%/50%. Внутриутробные инфекции, в том числе ЦМВ, ВПГ 1,2 тип, Парвовирус В19 были исключены методом ПЦР. Ребенок был заочно проконсультирован в НМИЦ АГиП им. Кулакова. Было рекомендовано исключить наследственные обменные заболевания печени, в том числе путем проведения ТМС на спектр аминокислот и ацилкарнитин, а также обследовать ребенка на БНП-С и дефицит лизосомной кислой липазы. Пока данные исследования были в работе, диагностический поиск не заканчивался. Ребенок также был проконсультирован в ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» г. Москва, в РДКБ ФГАОУ РНИМУ им. Н.И. Пирогова г. Москва, ФГБОУ ВО «ПИМУ», г. Нижний Новгород. По итогам консультаций у ребенка были исключены атрезия желчевыводящих путей и синдром Бадда-Киари. Полученные в итоге результаты подтвердили наличие у ребенка БНП-С (выявлено повышение концентрации лизосфингомиелина-509) до 9.48 МОМ при норме 0.15-3.7).

В настоящее время БНП-С перешла в категорию курабельных наследственных заболеваний. Есть данные о положительном симптоматическом и патогенетическом действии препарата миглустат. Таким образом, своевременная диагностика заболевания и назначение специфической и симптоматической терапии увеличивают продолжительность жизни больных и улучшают ее качество.

*С.В. Мкртчян, В.Н. Тимофеева, В.С. Шибанова*

## АНЕМИЯ ДАЙМОНДА-БЛЕКФЕНА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

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

**Актуальность.** Анемия Даймонда-Блекфена – редкая форма врожденной аплазии кроветворения, в основном красноклеточной, раннего и детского возраста, развивающаяся в результате апоптоза эритроидных предшественников в костном мозге вследствие дефекта биосинтеза рибосом. Средний возраст начала клинических проявлений – 2 месяца жизни, средний возраст установления диагноза – 3-4 месяца. Более чем в 90% случаев манифестация заболевания на первом году жизни. Число тромбоцитов и лейкоцитов в основном в пределах нормы. Пороки развития встречаются в 47% случаев: аномалии черепа и лицевого скелета – 50%, аномалии кистей рук – 38%, врожденные пороки сердца – 30%, пороки мочеполовой системы – 39%, сочетанные пороки развития – 21%. Кариотип клеток костного мозга и крови не изменен. Основные методы диагностики: анализ периферической крови: нормохромная анемия в раннем возрасте; ретикулоцитопения; миелограмма: нормоклеточный костный мозг с уменьшением эритроидных предшественников; молекулярно-генетическое исследование: мутации в рибосомальных генах (RPS19, RPS10, RPS24, RPS26, RPL5, RPL11, RPL35a, RPS7, RPS17); повышение HbF; повышение активности эритроцитарной аденозин дезаминазы (eADA).

**Цель работы** – ознакомить педиатров с клиническими проявлениями врожденной апластической анемии с целью ранней диагностики и предотвращения нежелательных исходов.

**Методы исследования:** представление клинического случая ребенка с врожденной апластической анемией.

**Результаты.** Больной Н., 3 года. Ребенок доношенный. Беременность протекала на фоне анемии, угрозы прерывания в первом триместре, luis (около 10 лет назад). В ноябре 2016 года резкая бледность кожных покровов. В анализе крови: анемия – 35 г/л. Обследован в гематологическое отделение ГУЗ УОДКБ. В анализе крови: гемоглобин – 40 г/л, эритроциты –  $2,9 \times 10^{12}/л$ , ЦП-0,9, лейкоциты –  $0,5 \times 10^9/л$ , ретикулоциты – 0,5 пр., тромбоциты –  $250 \times 10^9/л$ . Прямая и непрямая пробы Кумбса отрицательные. Проведена трансфузия отмытых эритроцитов. Заподозрена апластическая анемия. Иммунный компонент гемолиза исключен. По данным

миелограммы и морфологии эритроцитов – резкое сужение эритроидного ростка и высокий процент эхиноцитов. ДЭП-тест-отрицательный. По УЗИ органов брюшной полости: кавернома воротной вены. По ЭФГДС: варикозное расширение вен пищевода 0-1 ст. Эзофагит 2 ст., геморрагическая гастропатия. По ЭХО КС: коарктация аорты, 2 межпредсердных сообщения. Микрокrania-микроцефалия. Проводилась трансфузия отмытых эритроцитов 2-3 раза в месяц. В динамике отмечалась тенденции к тромбоцитопении  $49-130 \times 10^9/л$ , ретикулоцитопении 0-6 промилей, лейкопении  $3,2-6,5 \times 10^9/л$ . За весь период наблюдения у ребенка имело место нарастание признаков внепеченочной портальной гипертензии. Проведена операция по формированию спленоренального анастомоза «бок в бок». Краевая биопсия печени. Заключение гистологического исследования: «фиброз печени по шкале METAVIR-F1, минимально выраженный реактивный гепатит», 2 балла по Knodell (0-0-1-1) с гемосидерозом 2-3 степени. Поиск мутаций в гене RPL5, RPS19-мутации не выявлены. В динамике частота трансфузий увеличилась до 4 трансфузий в месяц, стойкая тромбоцитопения. По данным NGS-анализа (таргетная панель «костно-мозговой недостаточности») генетических вариантов, объясняющих причину заболевания на молекулярном уровне, не выявлено. Обнаружены два варианта неизвестного клинического значения: гетерозиготные замены в генах CDAN1 и SPTB. Аналогичные замены были обнаружены у родителей мальчика (клинически здоровы), в связи с чем в итоге обе обнаруженные мутации были расценены как непатогенные. Расширенный хромосомный микроматричный анализ-патогенного хромосомного дисбаланса не обнаружено.

**Выводы:** проанализировав данные анамнеза заболевания и проведенного раннее обследования (трансфузионно-зависимая нормохромная нормоцитарная анемия, ретикулоцитопения, сужение красного ростка костного мозга с первых месяцев жизни), наличия аномалий фенотипа (микрокrania, короткая шея, низкосоженные уши) ребенку установлен диагноз «врожденная парциальная красноклеточная аплазия, анемия Даймонда-Блекфена». Отсутствие у пациента мутаций, описанных в литературе у пациентов с анемией Даймонда-Блекфена, не является основанием для исключения диагноза-мутации в генах рибосомальных белков в настоящее время не обнаруживается примерно у 40% пациентов с анемией Даймонда-Блекфена. Умеренная тромбоцитопения и нейтропения, имеющиеся у мальчика, описаны у части пациентов с анемией Даймонда-Блекфена и также не противоречат установленному диагнозу.

*М.А. Наглиш, М.А. Яровых, Л.Г. Воронина, Н.В. Полуэктова*

## **ВЛИЯНИЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ НА СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ В ГУЗ «УОДКБ ИМЕНИ ПОЛИТИЧЕСКОГО И ОБЩЕСТВЕННОГО ДЕЯТЕЛЯ Ю.Ф. ГОРЯЧЕВА»**

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

**Актуальность.** За последние годы заболеваемость новой коронавирусной инфекцией только растет. В структуре инфекционных заболеваний в Российской Федерации за 2021 г. инфекция SARS-CoV-2 занимает 2-е место, уступая лишь острым инфекциям верхних дыхательных путей множественной или неуточненной локализации.

Новая коронавирусная инфекция COVID-19 у беременной может протекать бессимптомно или в легкой форме, а также иметь тяжелое течение.

В настоящее время результаты исследований влияния новой коронавирусной инфекции на плод и новорожденного мало освещены. В г. Ульяновск ранее не изучалась эта тема.

**Цель** – изучить влияние перенесенной во время беременности новой коронавирусной инфекции на состояние новорожденных.

**Материалы и методы исследования.** В данном исследовании были проанализированы 60 историй новорожденных, родившихся в ГУЗ «УОДКБ им. политического и общественного деятеля Ю.Ф. Горячева» ПЦ «МАМА» от матерей, перенесших новую коронавирусную инфекцию во время беременности (основная группа) и 60 историй новорожденных, родившихся от матерей, у которых не был зарегистрирован COVID-19 во время беременности (контрольная группа).

Полученные данные были обработаны в статистических программах IBM SPSS statistics и Microsoft Office Excel 2010.

Результаты и их обсуждение. Анализируя анамнез матерей, перенесших новую коронавирусную инфекцию во время беременности определили, что в I триместре COVID-19 был выявлен у 10 (17%) женщин, во II триместре – у 28 (47%), в III триместре – у 22 (36%).

После изучения данных о состоянии здоровья новорожденных в обеих группах определили, что в основной группе 28% (n=17) детей после рождения потребовали реанимационной помощи: 16% (n=10) новорожденных были рождены раньше срока (менее 36 недель беременности),

у 12% (n=7) детей после рождения отмечалось транзиторное тахипное. Тогда как в контроле показатели были таковы: 10 (16%) новорожденных переведены в отделение реанимации новорожденных: 4 (6,6%) – недоношенные, 4 (6,6%) – транзиторное тахипное, 2 (3%) – гемолитическая болезнь у новорожденного. В основной группе у новорожденных сравнительно чаще чем в контрольной встречались неонатальная желтуха 12% (n=7), внутрижелудочковые кровоизлияния 8% (n=5), церебральная возбудимость 5% (n=3). 30 (50%) младенцев из основной группы были выписаны из Перинатального центра с диагнозом «Период адаптации», 13 (22%) – были переведены в отделение патологии новорожденных. Тогда как в контрольной из отделения новорожденных домой было выписано 48 (80%) детей, 2 (4%) переведены в отделение патологии новорожденных.

**Выводы.** Таким образом, при сравнительном анализе двух групп в основной отмечался больший процент недоношенных детей, а также детей с дыхательными нарушениями, неонатальными желтухами и внутрижелудочковыми кровоизлияниями. Ориентируясь на результат проведенного исследования, можно предположить, что перенесенная во время беременности коронавирусная инфекция увеличивает риск развития рассмотренных нозологий. Однако стоит учесть, что Перинатальный центр «Мама» ориентирован на прием женщин с угрозой преждевременных родов, поэтому данное исследование нельзя интерпретировать на всю популяцию новорожденных детей в г. Ульяновске.

*Т.В. Павхун, И.В. Пищулина*

## **РЕВМАТИЧЕСКИЕ МАСКИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

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

**Актуальность темы.** В последние годы отмечен рост числа онкологических заболеваний. Очень часто онкологическая патология на ранних стадиях заболевания не имеет характерных для опухолевого процесса признаков. Такие симптомы как понижение аппетита, повышенная утомляемость, периодические подъемы температуры тела часто трактуются как результат переутомления или какого-либо инфекционного заболевания. Однако злокачественные опухоли могут сопровождаться разнообразными неспецифическими-паранеопластическими синдромами,



являющимися «неопухолевыми проявлениями злокачественных опухолей различных органов и систем». Проявления этого синдрома чрезвычайно многообразны и часто имитируют ревматические синдромы вплоть до развития признаков развернутого системного заболевания.

**Цель работы** – ознакомить педиатров с ревматическими масками онкологических заболеваний с целью ранней диагностики и предотвращения летальных случаев.

**Методы исследования:** представление клинического случая ребенка с паранеопластическим синдромом в виде артралгий.

**Результаты.** Ребенок С. 3 лет обратился в приемное отделение с жалобами на боли в левом тазобедренном и левом коленных суставах, лихорадку до 38,3°C. Из анамнеза известно, что накануне поступления ребенок ни на что не жаловался, был активным, травму ноги отрицали. 02.07.21 появилась резкая боль в левой ноге, преимущественно в левом тазобедренном суставе (ТБС). Проявления кишечной инфекции отрицали. В приемном отделении ребенок осмотрен травматологом, хирургом – данных за хирургическую патологию не выявлено. В общем анализе крови ускоренное СОЭ 42 мм/ч, анемия – 83 г/л, нейтрофилез более 80%. Ребенок госпитализирован в ревматологическое отделение. При осмотре обращало на себя внимание, что ребенок бледный, кожа чистая, периорбитально синюшность, астенизирован, подкожная клетчатка истончена. При ходьбе хромота на левую ногу. Внешне суставы не изменены. Движения в левом ТБС ограничены и болезненны. Живот при пальпации мягкий. Печень, селезенка не увеличены. При проведении обследования по результатам УЗИ ТБС выявлен выпот в полости левого ТБС и утолщение синовиальной оболочки. В биохимическом анализе выявлено увеличение ЛДГ и ЛДГ-1 в 2,5 раза. При проведении УЗИ органов брюшной полости в воротах печени и в области головки поджелудочной железы обнаружены мелкозернистые структуры лимфоузлов, в малом тазу – образование размером 74×45×62 мм. Это навело на мысль, что изменения левого ТБС вторичны. Был продолжен диагностический поиск. При проведении рентгенографии ТБС выявлены признаки объемного образования: шейка левой бедренной кости с участками разрежения костной ткани. Для топической диагностики обнаруженных изменений кости произведена компьютерная томография (КТ) костей таза: структура всей левой седалищной кости неоднородная за счет множественных участков деструкции и остеосклероза, с выраженной периостальной реакцией и частичным разрушением кортикального слоя. Вокруг кости определяется мягкотканное образование с бугристыми, довольно четкими контурами, распространяющееся в полость малого таза, в полость левого ТБС. Образование тесно прилежит к телу левой подвздошной кости и крестцу,

компримирует прямую кишку и мочевой пузырь, после в/в контрастного усиления костный и мягкотканый компоненты активно неравномерно накапливают контрастное вещество. Заключение: КТ-признаки объемного образования левой седалищной кости (Sa Юинга?). Ребенок переведен в онкологическое отделение.

**Выводы:** необходимо помнить, что при незначительном изменении суставов с выраженным болевым синдромом и моноартикулярным поражением в сочетании с высокой лабораторной активностью нужно опасаться и искать онкологическую причину их изменений.

*Г.А. Плешивецова, А.В. Смирнова, А.В. Крамаренко,  
О.М. Мысина*

## К ВОПРОСУ ИССЛЕДОВАНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА – КАКОЙ МЕТОД ВЫБРАТЬ?

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

**Актуальность.** Такие методы визуализации, как КТ и МРТ, тесно вошли в ежедневную врачебную практику. Они позволяют исследовать кости и мягкие ткани, органы брюшной полости и грудной клетки, дифференцировать вещество и ликворные пространства головного мозга; визуализировать большинство патологических образований. Но по сей день у многих клинических специалистов остаются вопросы относительно выбора методики исследования.

**Цель исследования.** В нашей практике, в частности, при исследовании головного мозга встречаются клинические случаи, когда при картине абсолютной нормы при исследовании одним методом, мы видим яркую картину изменений на другом. Нельзя исключить вероятность более частых подобных наблюдений в случае повсеместного применения двух методов одновременно.

**Методы исследования.** На МР-томограммах лучше, чем на компьютерных томограммах, отображаются мягкие ткани: мышцы, жировые прослойки, хрящи, сосуды. Преимущество этого метода особенно заметно при визуализации головного мозга. К основным достоинствам современных КТ относят быстроту получения изображений, послойный характер изображений, возможность получения срезов любой ориентации, высокое пространственное и временное разрешение. МРТ уступает КТ в визуализации изменений костей черепа, внутричерепных

обызвествлений и свежеизлившейся крови, МРТ противопоказана при наличии металлических предметов (магнитных материалов). На КТ артефакты от костей ограничивают выявление очаговых изменений в задней черепной ямке и в базальных отделах мозга. МРТ обеспечивает лучший, чем КТ, контраст между интракраниальными патологическими образованиями и мозговой тканью.

В практике встречаются случаи, когда определенные патологические процессы визуализируются лишь при проведении одного метода исследования, в то время как при параллельном исследовании другим методом мы не видим изменений. Так, к примеру, кальцинаты визуализируются четко на компьютерных томограммах, тогда как при проведении магнитнорезонансной томографии кальцинаты не определяются. И, напротив, очаги демиелинизации, особенно мелкие, при проведении компьютерной томографии головного мозга могут не определяться, тогда как четко прослеживаются при проведении МРТ.

**Результаты исследования.** Пациенту П., выполнилось МР-исследование в плановом порядке по направлению от невролога с диагнозом «головные боли напряжения», по результатам которого МР-признаков патологии головного мозга не выявлено. Через некоторое время данному пациенту выполняется КТ-исследование по экстренным показаниям с диагнозом «черепно-мозговая травма?». На серии томограмм головного мозга в проекции базальных ядер и на границе серого и белого вещества головного мозга определяются множественные полиморфные участки высокой плотности с ДП 157-185ед.Н. с четкими неровными контурами-кальцинаты, что позволило предположить о наличии у больного болезни Фара.

Пациентке З. в амбулаторном порядке выполняется КТ-исследование, по результатам которого КТ-признаков патологии не выявлено. По клиническим показаниям ребенку назначена магнитнорезонансная томография головного мозга, где выявлены множественные участки изменения МР-сигнала (гиперинтенсивного в T2-ВИ и FLAIR, изоинтенсивного в T1-ВИ) в веществе головного мозга и в области моста, один из которых накапливает контрастное вещество после внутривенного контрастного усиления.

**Выводы.** 1. Отсутствие признаков патологических изменений при выполнении лишь одного метода исследования не всегда гарантирует отсутствие патологии. 2. Выполнение комплексного обследования, полный сбор анамнестических данных и грамотное назначение методов визуализации поможет более точно выставить окончательный диагноз и вовремя назначить этиологические и симптоматическое лечение.

*Т.В. Павхун, Т.М. Гаврилова*

## ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА У ДЕТЕЙ

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

**Актуальность темы.** Инфекционный эндокардит (далее ИЭ) – тяжелое инфекционное (чаще бактериальное) системное заболевание с первоначальным поражением клапанов сердца и пристеночного эндокарда, которое сопровождается бактериемией, деструкцией клапанов, эмболическим, тромбеморрагическим, иммунокомплексным поражением внутренних органов и без лечения приводит к смерти. ИЭ у детей и подростков – весьма редкое заболевание (3,0–4,3 случая на 1 млн. населения в год). Дети и подростки с предшествующими болезнями сердца в большей степени предрасположены к развитию ИЭ. Заболеваемость ИЭ регистрируется во всех странах мира и в РФ составляет более 10 000 человек в год. Мужчины заболевают в 1,5–3 раза чаще, чем женщины. Частота первичного ИЭ составляет 41,1–69,7% Летальность – 24–30%.

**Цель работы** – ознакомить педиатров с особенностями клинической картины ИЭ, показать значимость сбора анамнеза, необходимости более тщательной оценки данных лабораторных методов обследования с целью ранней диагностики ИЭ и предотвращении летальных случаев.

**Методы исследования:** представление клинического случая ребенка с инфекционным эндокардитом, на фоне аномалии развития аортального клапана.

Результаты: Ребенок С., 11 лет, ранний анамнез без особенностей. Перенесенные заболевания: ОРВИ. Аллергоанамнез не отягощен. Наследственность не отягощена. В возрасте 3 лет проведено ЭКГ, ЭХОКС – патологии не выявлено. Доставлен 07.01.22 г. СМП с диагнозом «вегето-сосудистая дистония по кардиальному типу», с жалобами на одышку, кашель, лихорадку 37–39°C, снижение массы тела за 4 месяца на 7 кг, слабость, сердцебиение. В августе 2021 г. ребенок отдыхал на черноморском побережье, повредил ногу, осматривался травматологом, лечения не получал. После возвращения по месту жительства в анализе крови лейкоцитоз 12,5 млн (норма 4–9 млн) врачом не оценен. С сентября 2021 г. рецидивирующая лихорадка, снижение веса, боли в горле, которые расценивались врачом как ОРВИ. Осматривался ЛОР-врачом, исключен острый синусит, но в анализе крови сохранялся лейкоцитоз 15,34 млн. Учитывая снижение массы тела, обращался к гастроэнтерологу

и эндокринологу. Проведенные исследования брюшной полости, щитовидной железы, биохимические показатели крови отклонений не выявили. В связи с сердцебиением (частота сердечных сокращений 100 в минуту, (норма 78–80 ударов в минуту), не связанным с нарушением функции щитовидной железы, эндокринолог рекомендовал проведение ЭКГ с осмотром кардиолога. На ЭКГ – синусовый ритм, отклонение электрической оси сердца влево, повышение потенциалов левого желудочка. Ухудшение состояния 07.01.2022. Появилась одышка, слабость, чувство нехватки воздуха. Состояние при поступлении тяжелое. Одышка до 36 в минуту, тахикардия до 150 ударов в минуту, бледность кожных покровов с периорбитальным цианозом, истончение подкожно-жировой клетчатки, снижение тургора, пальцы имеют вид «барабанных палочек», ногти изменены по типу «часовых стекол», в легких дыхание проводилось по всем отделам, границы сердца расширены влево от срединно-ключичной линии на 3 см, тоны сердца ритмичные, систолический шум над областью сердца, живот вздут, печень увеличена до +5 см. Рентгенография органов грудной клетки: инфильтративных изменений не выявлено, расширение тени сердца-КТИ 63% (норма 55%), присоединилась рвота, выросла одышка, ребенок находился в вынужденном положении с приподнятым головным концом кровати. УЗИ: увеличение печени на 6 см, свободная жидкость в плевральных полостях. В ОАК – лейкоцитоз 23,5 млн, анемия 109 г/л, нейтрофилез 78%. ПКТ менее 0,5, гипоальбуминемия, повышение азотемии, выраженный метаболический ацидоз. Несмотря на проводимую интенсивную, антибактериальную, инфузионную терапию произошла остановка сердца и ребенок погиб. Патологоанатомическая экспертиза: причиной смерти послужил хронический вторичный полипозно-язвенный эндокардит с поражением аортального клапана, с выявленным во время вскрытия аномальным строением, имел 2 створки вместо положенных трех.

**Выводы.** Таким образом, имел место ИЭ, своевременно не выявленный у ребенка. Особенности анатомии сердца (двустворчатый аортальный клапан), отсутствие клиники заболевания, а тем самым и терапии в августе 2021 г., использование антибактериальной терапии острых респираторных инфекций на амбулаторном этапе по месту жительства привели к нетипичному вялотекущему, неактивному развитию инфекционного эндокардита, без типичной клинической картины и симптомов острого инфекционного процесса, отсутствие изменений в анализах крови, характерных для инфекционного процесса бактериальной этиологии, быстрое купирование лихорадки даже без использования антимикробных препаратов, удовлетворительный иммунитет (ребенок не из группы часто болеющих детей, согласно данным амбулаторной карты),

жалобы ребенка и матери на насморк и кашель при повышении температуры тела, не характерных для инфекционного эндокардита, не позволили своевременно – до наступления необратимых изменений – заподозрить и назначить дополнительные исследования для диагностики этого тяжелого редкого заболевания.

*Н.В. Рангаева*

## ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

ГУЗ «Городская клиническая больница святого апостола Андрея Первозванного»

**Актуальность.** Успехи сердечно-сосудистой хирургии дают возможность в настоящее время проводить коррекцию всех врожденных пороков сердца (ВПС), даже самых сложных. Детские кардиологи, педиатры, врачи функциональной и ультразвуковой диагностики принимают участие в своевременной и ранней диагностике ВПС. Эти вопросы остаются актуальными до настоящего времени, так как ВПС занимают значительное место в общей смертности грудных детей.

**Цель работы** – определить структуру и особенности течения выявленных ВПС в возрасте до 1 года жизни.

**Методы:** электрокардиография (ЭКГ) в 12 отведениях, эхокардиография с цветным доплеровским картированием.

**Результаты:** количество впервые выявленных ВПС с каждым годом увеличивается. Это связано с улучшением диагностики. ЭКГ является самым доступным методом функциональной диагностики ВПС. Поставить топический диагноз возможно только в сочетании с эхокардиографией. Согласно приказу МЗ РФ 514н от 10.08.2017 «Порядок прохождения диспансерного наблюдения несовершеннолетними», эхокардиография выполняется всем новорожденным на амбулаторном этапе в 1 месяц. В 2021 г. население в поликлинике составило 13 786, детей до 1 года 533. За 2021 г. выявлено 16 детей первого года жизни с ВПС, что составило 2,4%. В структуре ВПС на первом месте вторичный дефект межпредсердной перегородки (ДМПП) – 6 (38%), на втором месте дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП) – 4 (25%), открытый артериальный проток (ОАП) – 3 (19%), комбинированные пороки – 2 (12%), коарктация аорты – 1 (6%). Анализируя течение ВПС после рождения ребенка, диагностировать ВПС можно только после проведения

эхокардиографии. У пациентов наблюдались цианоз, одышка, кардиомегалия, недостаточная прибавка в весе, при аускультации выслушивался систолический шум. У части детей с вторичным ДМПП и ОАП ВПС был афоничным. На ЭКГ выявлялись признаки гипертрофии отделов сердца. Несмотря на проводимое лечение, у 3 детей с ВПС нарастала сердечная недостаточность, кардиомегалия, появились признаки легочной гипертензии. Потребовалось оперативное лечение в федеральном центре сердечно-сосудистой хирургии в возрасте от 6 до 9 месяцев.

#### **Выводы:**

1. Проведение первичного обследования детей в детских поликлиниках на первом году жизни дает возможность выявить ВПС в ранние сроки.
2. В структуре ВПС преобладает ДМПП.
3. Диагностика ВПС возможна после клинического осмотра, ЭКГ. Для окончательной топической диагностики нужна эхокардиография.
4. Наибольшие трудности в диагностике вторичных ДМПП и ОАП представляет отсутствие при аускультации систолического шума.
5. Не все дети с септальными пороками и ОАП могут дожить до эндоваскулярной операции в возрасте 2–4 года, некоторые из них нуждаются в полостной операции до 1 года.

*Т.В. Павхун, И.В. Пищулина, М.Х. Юсупова, С.В. Мкртчян*

### **АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ: ПРИЧИНЫ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ**

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

**Актуальность темы.** В последние годы отмечен рост числа онкологических заболеваний. Очень часто онкологическая патология на ранних стадиях заболевания не имеет характерных для опухолевого процесса признаков. Однако опухоли могут сопровождаться разнообразными неспецифическими признаками, симулирующими заболевания различных органов и систем. Пациент с опухолевым процессом первично может обратиться к педиатру и любому узкому специалисту с набором различных жалоб и клиники.

**Цель работы:** ознакомить педиатров с одним из клинических проявлений онкологических заболеваний с целью ранней диагностики и предотвращения нежелательных исходов.

**Методы исследования:** представление клинического случая ребенка с артериальной гипертензией в дебюте онкологического заболевания.

**Результаты.** Ребенок Б., 12 лет, был направлен на обследование в кардиологическое отделение ГУЗ УОДКБ с жалобами на головную боль с тошнотой и боли в животе. Ранний анамнез жизни без особенностей, наследственность отягощена по гипертонической болезни. До поступления в стационар в течение месяца отмечались вышеуказанные жалобы, повышение АД до 190 мм рт.ст. Мальчик был осмотрен неврологом и кардиологом по месту жительства, выставлен диагноз «вегетативная дисфункция ЦНС, артериальная гипертензия». В терапии получал ингибиторы АПФ, сосудистые и седативные препараты. Несмотря на проводимое лечение, в течение одного месяца сохранялась гипертензия до 160 мм рт.ст. При госпитализации в кардиологическое отделение самочувствие не страдало. Отеков, цианоза не было. Область сердца не изменена, границы сердца не расширены, ЧСС 112 в минуту, АД-150-160 мм рт.ст. Пульсация на периферических сосудах ног четкая, АД на ногах 160 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, в правом подреберье пальпируется плотное округлое опухолевидное образование. При проведении УЗИ органов брюшной полости под правой долей печени обнаружено образование солидной структуры с четкими, ровными контурами, округлой формы, размерами 64×44×58 мм, структура крупнозернистая с наличием сосудистой сети, сходной по строению с сетью лимфоузла. Нижняя полая вена частично сдавлена образованием. Брюшной отдел аорты без особенностей. Рентгенография органов грудной клетки объемных и инфильтративных изменений не выявила. В лабораторных анализах патологических изменений не обнаружено. На серии полученных томограмм грудной клетки с КУ и 3D реконструкцией новообразований в переднем и заднем средостении не определялось. Увеличенных лимфатических узлов нет. На серии КТ органов брюшной полости с КУ по нижнему краю печени на уровне LII–LIII округлое объемное образование с довольно четкими контурами размерами 65×47×57 мм неоднородной структуры. От образования отходит извитой сосуд диаметром до 11 мм, впадающий в правую поясничную вену на уровне LII позвонка. Образование тесно прилежит к петлям тонкого кишечника, к брюшному отделу аорты, к нижней полой вене, компрессируя её.

Ребенок был направлен в ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» НИИ ДОГ МЗ РФ, где проведено обследование и заподозрена феохромоцитома. В терапии получал гипотензивную терапию: биспролол и доксазозин. Лабораторно отмечено значительное повышение гормонального статуса – норметанефрина 13 500 мкг/сут (норма до 445 мкг/сут), метанефрин в пределах референтных значений. Ребенок

был прооперирован – удаление опухоли. Гистологическое исследование подтвердило наличие у ребенка злокачественной параганглиомы. После удаления опухоли клиника артериальной гипертензии купировалась. Гипотензивные препараты были отменены.

**Выводы:** злокачественные новообразования имеют множество масок, одна из которых – это патология сердечно-сосудистой системы. Диагностический поиск причины артериальной гипертензии у детей школьного возраста должен включать исключение опухолевого процесса брюшной полости или грудной клетки.

*А.В. Салин, А.А. Кузин*

### АНАЛИЗ РАБОТЫ ДЕТСКИХ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИХ КОЕК НА БАЗЕ ТРАВМАТОЛОГО-ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГУЗ УОДКБ ЗА ПЕРИОД 2011–2021 ГГ.

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

В 2011 г. в составе травматолого-ортопедического отделения ГУЗ УОДКБ им. политического и общественного деятеля Ю.Ф. Горячева открыто 10 нейрохирургических коек для оказания помощи детскому населению с травмами нервной системы, сочетанными травмами. Отделение принимает больных нейрохирургического профиля из районов области и города Ульяновска. С 2011 по 2017 г. экстренная помощь детям по профилю «нейрохирургия» оказывалась круглосуточно, с ноября 2017 г., согласно распоряжению №3810-р от 31.10.2017 г. МЗ Ульяновской области, экстренная нейрохирургическая помощь детскому населению оказывается круглосуточно по вторникам, четвергам, субботам; с 8:00 до 15:00 по понедельникам, средам, пятницам. В остальное время экстренная нейрохирургическая помощь детскому населению области оказывается отделением детской нейрохирургии, травматологии и ортопедии ГУЗ ГКБ № 1 им. святого апостола Андрея Первозванного.

В составе травматолого-ортопедического отделения работают два врача-нейрохирурга.

**Таблица 1. Состав стационарных больных по нозологиям:**

	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.	2021 г.
Травмы мягких тканей головы	18 (5 до года)	29 (6 до года)	8	3	38 (3 до года)	46 (3 до года)	44 (1 до года)	56	114	146 (3 до года)	139 (4 до года)
Черепно-мозговые травмы	132 (22 до года)	164 (22 до года)	256 (52 до года)	209 (22 до года)	215 (31 до года)	212 (28 до года)	200 (43 до года)	173 (31 до года)	139 (26 до года)	170 (17 до года)	161 (19 до года)
Из них с сотрясением головного мозга	104 (9 до года)	142 (14 до года)	188 (13 до года)	155 (6 до года)	151 (5 до года)	156 (6 до года)	131 (7 до года)	118 (2 до года)	100 (3 до года)	134 (3 до года)	136 (3 до года)
Гидроцефалия	-	1	-	-	-	2	1	4	8 (1 до года)	5	10
Сочетанная травма	3	51	29 (1 до года)	12	9	9	13 (1 до года)	8	7	11	11
Травмы ПНС	-	2	-	-	-	2	-	-	-	1	-
Всего за год	166 (28 до года)	247 (28 до года)	299 (53 до года)	248 (23 до года)	266 (34 до года)	279 (33 до года)	270 (48 до года)	257 (33 до года)	271 (28 до года)	341 (21 до года)	335 (27 до года)
Смертность	-	-	-	4 (1 с ЧИМТ, 3 с сочетанной травмой)	1 (с ЧИМТ)	1 (с сочетанной травмой)	1 до года с нетравматическим внутренним кровоизлиянием	-	4 (1 до года с гидроцефалией, 3 старше года с ЧИМТ)	1 (с сочетанной травмой)	2 (1 с ЧИМТ, 1 с сочетанной травмой)

Всего обращений за 2011 г. 504 человек; за 2012 г. – 997 человек; за 2013 г. – 1657 человек; за 2014 г. – 1667 человек; за 2015 г. – 1990 человек; за 2016 г. – 2256 человек; за 2017 г. – 2155 человек; за 2018 г. – 1898 человек; за 2019 г. – 1999 человек; за 2020 г. – 1693 человека; за 2021 г. – 1843 человека. С 2011 г. по 2017 г. отмечалось увеличение общего числа обращений пациентов детского возраста с нейрохирургической патологией, с 2018 г. наблюдается снижение общего числа обращений пациентов, что обусловлено уменьшением количества экстренных нейрохирургических дежурств в ГУЗ УОДКБ до 3 в неделю.

**Оперативная активность.** В 2012 году проведено 16 операций, из них 11 на мягких тканях головы, 5 на головном мозге. В 2013 году проведено 20 операций, из них 10 – на мягких тканях головы, 9 – на головном мозге, 1 реконструктивная. В 2014 году проведено 30 операций, из них 9 операций на мягких тканях головы, 15 – на головном мозге; 2 – на спинном мозге, 4 реконструктивных. В 2015 году проведено 48 операций, из них 42 – на мягких тканях головы, 6 – на головном мозге. В 2016 году

проведено 60 операций, из них 47 – на мягких тканях головы, 10 – на головном мозге, одна – на периферической нервной системе, 2 реконструктивных. В 2017 году проведено 77 операций, из них 55 – на мягких тканях головы, 21 – на головном мозге, 1 реконструктивная. В 2018 году проведено 76 операций, из них 58 – на мягких тканях головы, 17 – на головном мозге, одна – на спинном мозге. В 2019 году проведено 129 операций, из них 114 – на мягких тканях головы, 15 – на головном мозге. В 2020 году проведено 163 операции, из них 153 – на мягких тканях головы, 9 – на головном мозге, одна – на периферической нервной системе. В 2021 году проведено 180 операций, из них 141 – на мягких тканях головы, 39 – на головном мозге. Статистические данные взяты в отделе статистики ГУЗ УОДКБ.

**Выводы:**

- открытие нейрохирургических коек на базе УОДКБ для оказания медицинской помощи детям с травмами и заболеваниями нервной системы было продиктовано необходимостью лечения пациентов в медицинском многопрофильном учреждении 3 уровня с наличием узких специалистов;
- открытие коек позволило повысить качество и доступность помощи, вследствие территориальной доступности к пациентам и взаимодействия с детским РКЦ, в том числе для пациентов с тяжелой сочетанной травмой;
- разработанная маршрутизация позволила оптимизировать оказание медицинской помощи в условиях кадрового дефицита и территориальной особенности региона;
- отмечается ежегодный рост оперативной активности и повышение уровня сложности операций, в том числе реконструктивных;
- в перспективе планируется расширение перечня оказываемых услуг за счет внедрения плановых операций и манипуляций, внедрения малоинвазивных методов оперативного лечения нейрохирургической патологии, в том числе высокотехнологичных, с применением современного оборудования и расходных материалов.

*Е.В. Пруцкова, Ю.Н. Дементьева, А.П. Черданцев,  
В.В. Гноевых*

**ОПЫТ ПОДГОТОВКИ ВЫПУСКНИКОВ КАФЕДРЫ  
ПЕДИАТРИИ ИМЭИФК К ПЕРВИЧНОЙ И  
ПЕРВИЧНОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ  
АККРЕДИТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ**

**ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»**

**Актуальность.** Поэтапная реформа системы образования в медицинских вузах началась в 2015 году. Тогда Департаментом кадровой политики и медицинского образования Минздрава был разработан и утвержден новый трехступенчатый экзамен для выпускников медицинских специальностей – аккредитация.

Понятие «аккредитация», сменило понятие «сертификация» после изменения в 2015 году статьи 69 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» «Право на осуществление медицинской деятельности и фармацевтической деятельности». Согласно этой статье, Федеральный закон закрепляет возможность допуска к осуществлению медицинской деятельности выпускника медицинского вуза без предварительного обучения в ординатуре.

**Цель исследования** – представить опыт проведения первичной и первично-специализированной аккредитации выпускников по специальности «Педиатрия» и «Неонатология» на базе кафедры педиатрии медицинского факультета имени Т.З. Биктимирова, института медицины, экологии и физической культуры, ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет» и Симуляционного центра медицинского моделирования (СЦММ) ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет».

Проведение процедуры аккредитации специалистов осуществляется после проведения итоговой государственной аттестации (ИГА), так как для заполнения заявления для сдачи аккредитации необходимо предоставления номера диплома или протокола ИГА.

На данный момент аккредитация включает в себя три этапа: тестирование, проверку практических навыков в симулированных условиях по принципу объективного структурированного клинического экзамена и решение ситуационных задач. При составлении расписания закладывается по 2 дня на проведение пересдач по каждому из этапов экзамена.

Подготовка выпускников начинается в апреле каждого года, с еженедельным посещением СЦММ. В подготовке в качестве тьюторов (помощников в техническом и коммуникативном обеспечении станции) задействованы студенты специальности «Педиатрия» и ординаторы первого года специальностей «Педиатрия» и «Неонатология». Для отработки практических навыков по каждой станции закреплено по 2 тьютора-студента и один ординатор, ответственный за станцию. Еженедельно, согласно составленному расписанию, выпускники приходят в СЦММ для практической подготовки и под контролем ответственного преподавателя кафедры проходят репетиционные экзамены по первому и третьему этапу аккредитации.

В 2021 году 100% выпускников кафедры успешно прошли аккредитацию, среди них было 13 выпускников ординатуры по специальности «Педиатрия» и 5 – по «Неонатологии», 44 выпускника сдали первичную аккредитацию.

**Заключение.** Процедура первичной аккредитации специалистов позволила молодым специалистам сразу после окончания ВУЗа приступить к медицинской деятельности в амбулаторных условиях, что очень актуально в связи с острой нехваткой специалистов. При этом они приступили к работе после освоенных практических навыков на современном симуляционном оборудовании, что повысило их уровень компетенции.

*Ю.Г. Семизорова, А.П. Солдатова, Е.В. Страхова*

## **РЕДКИЙ СЛУЧАЙ В ПРАКТИКЕ НЕОНАТОЛОГА. ХРОНИЧЕСКАЯ ГРАНУЛЕМАТОЗНАЯ БОЛЕЗНЬ**

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

Хроническая гранулематозная болезнь (ХГБ) – наследственное заболевание, относящееся к группе первичных иммунодефицитов, характеризующееся нарушением способности лейкоцитов синтезировать активные формы кислорода и завершить фагоцитоз, проявляющееся рецидивирующими бактериальными и грибковыми инфекциями. Распространенность ХГБ в мире составляет, по разным данным, 1:200 000-1:500 000 человек в популяции, что делает заболевание достаточно редким и потому трудным в диагностическом отношении. В последнее десятилетие отмечается увеличение продолжительности

жизни пациентов с ХГБ. Среди пациентов преобладают мальчики, что обусловлено сцепленным с X-хромосомой типом наследования, встречающимся в большинстве случаев.

Начальные клинические проявления ХГБ могут манифестировать инфекциями кожи, множественными абсцессами в первые месяцы жизни. Первым проявлением ХГБ у ребенка первого года жизни может стать диссеминированная БЦЖ-инфекция.

Средний возраст выявления ХГБ у мальчиков составляет примерно три года, а у девочек – семь лет. Наиболее частыми выявляемыми у пациентов с ХГБ инфекционными агентами были золотистый стафилококк, серрация, клебсиелла, аспергиллы.

В наше отделение из АРО поступил мальчик с диагнозом «врожденная пневмония. Врожденное гидроцеле. Дыхательная недостаточность у новорожденного».

Пренатальный анамнез: от II беременности (I закончилась родами, вес 3000 г., здоров) на фоне: плацентарной недостаточности, анемии средней степени тяжести, кольпита, хронического пиелонефрита вне обострения, никотиновой интоксикации. Роды II на сроке 38 недель, самопроизвольные, оценка по шкале Апгар 8-8 баллов. Вес при рождении – 2 840 гр., что соответствует 10–50 перцентилю, рост – 48 см (3–10 перцентиль), окружность головы – 32см (3–10 перцентиль).

Состояние после рождения удовлетворительное, со 2-х суток с отрицательной динамикой за счет дыхательной недостаточности, неврологической симптоматики возбуждения ЦНС. Переведен в отделение реанимации. На рентгенограмме органов грудной клетки выявлено слабоинтенсивное затенение с нечеткими, неровными контурами в нижнемедиальных отделах правого легкого. В ОАК в первые сутки жизни отмечается лейкоцитоз  $51,8 \times 10^{12}$ .

Было назначено антибактериальное лечение сульфасимом и амикацином в возрастных дозировках, профилактическая доза флуконазола.

На 4-е сутки ребенок переведен в отделение патологии новорожденных в состоянии средней тяжести. Кожа бледно-розовая, обилие элементов везикулезной сыпи по всему телу. В неврологическом статусе преобладает симптоматика возбуждения. ДН отсутствует, аускультативно ослабление дыхания справа в нижних отделах и по задней поверхности, без хрипов. Сердечные тоны ритмичные, приглушены, систолический шум неинтенсивный слева от грудины. Отмечается водянка яичек.

На фоне антибактериальной терапии (комбинация сульфасима с амикацином) отмечается рост СРБ с 74,8 до 171 мг/л, произведена замена препаратов на ванкомицин с метрогилом.

По результатам инструментальных методов обследования: УЗИ брюшной полости: следы свободной жидкости между петлями кишечника, реактивные изменения печени и желчного пузыря, спленомегалия, реканализация пупочной вены.

ЭХО-КГ: коарктация аорты минимально выраженная. ООО.

Клинически к десятым суткам жизни синдром возбуждения, дыхательная недостаточность купированы, сыпь угасла. Рентгенологически – разрешение пневмонии. Самочувствие не страдает, весовая динамика положительная. Однако по лабораторным данным сохраняются лейкоцитоз, повышение СРБ (от 74,8 с максимальным значением 171 мг/л на 10 сутки жизни, до 42 мг/л в возрасте 1,5 мес) на протяжении всего периода наблюдения.

Дата (сутки жизни)	НЬ	эрит	Нт	лейк	Юн	миел	мета/миел	п/я	с/я	эоз	лимф	мон
24.02.21 (2)	154	4,36	4,2	37,11	1	1		7	57	9	23	2
25.02.21 (3)	153	4,37	41,3	32,35	1	3		17	43	23	10	3
26.02.21 (4)	149	4,26	41,0	33,74				4	50	22	21	3
03.03.21 (9)	131	3,68	35,8	35,6		3	1	2	58	19	10	7
15.03.21 (21)	100	2,98	28,6	22,7	1	1		15	27	24	19	12
24.03.21 (30)	121	3,67	34,8	23,7				2	22	15	52	9
29.03.21 (35)	87	2,57	24,0	26,8		2		4	36	17	20	21
07.04.21 (44)	88	2,7	24,6	32,5		1	1	4	40	14	28	12

В посевах крови роста микробов не обнаружено. На 18 сутки после рождения проведено УЗИ вилочковой железы, выявлено увеличение ее в размерах, контуры неровные, структура паренхимы изменена: с обеих сторон многокамерные кистозные образования 8,8×7,3 мм слева и 16,0×9,0 мм и 20,0×9,0 мм справа.

На КТ органов средостения и грудной клетки картина объемного образования вилочковой железы, ателектазы обоих легких. Проведено исследование крови на онкомаркеры: выявлено повышение альфа-фетопротеина 412,69 МЕ/мл (N<23.5), РЭА 1,9 нг/мл (<5.0), NSE 16,8 нг/мл (<17.0).

В динамике от 30.03 (35 сут) отмечается нарастание вилочковой железы в объеме 41,8 см<sup>3</sup>, количество кистозных полостей увеличилось, спленомегалия умеренно выраженная, в структуре селезенки отмечается кистозное включение.

Следует отметить, что с 10 суток жизни на протяжении всего времени наблюдения самочувствие ребенка не страдало, сон, аппетит не нарушены, прибавка за 1 мес. составила 1100 г, психоневрологическое развитие соответствовало возрасту, клинических проявлений инфекционного процесса не выявлено.

Ребенок с диагнозом «тимомегалия». Объемное образование вилочковой железы? проконсультирован специалистами НМИЦ ДГОИ им. Д. Рогачева и в возрасте 48 сут направлен в РДКБ им Н.И. Пирогова.

Ребенок получал обследование и лечение с 14.04 по 18.05.21, однако диагноз окончательный не установлен. В дифференциально диагностический ряд вошли: ЮММЛ, ПИД, тимома, лимфома, гиперэозинофильный синдром.

При проведении контрольных КТ (30.04.21) и УЗИ выявлена отрицательная динамика в виде массивной лимфопрлиферации, накапливающей контрастное вещество, тимомегалии с некротическими включениями, нарастания инфильтративных и интерстициальных изменений в легких, нарастания гепатоспленомегалии, множественных очагов поражения селезенки, признаки гиперплазии слизистой кишечника, лимфоидного конгломерата в брюшной полости. Инфекционный поиск без выявления возбудителя.

Диагноз ХГБ был установлен при повторной госпитализации в РДКБ им. Н.И. Пирогова, где ребенку в возрасте 7 мес. была проведена операция: продольная стернотомия, удаление мультилокулярной кисты вилочковой железы.

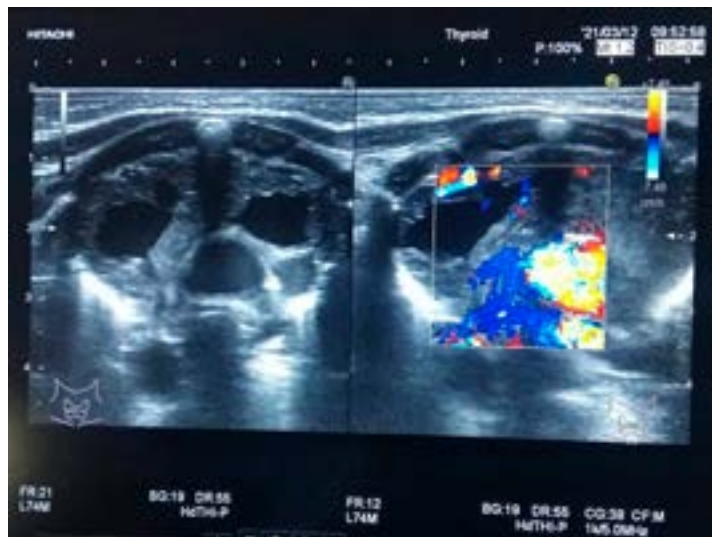
Известно также, что на первом году жизни в возрасте 8 мес. мальчик перенес острый гастроэнтероколит, в 9 мес. – гнойный правосторонний орхит, в 12 мес. – абсцедирующий фурункулез левой голени.

Таким образом, диагноз ХГБ был установлен в ранние сроки, что позволяет определить правильную тактику ведения пациента на амбулаторном звене, вовремя предупреждать обострения заболевания и своевременно и грамотно подбирать терапию.

Список сокращений:

ХГБ	хроническая гранулематозная болезнь
КоАо	коарктация аорты
МПС	межпредсердное сообщение
ЮММЛ	ювенильный миеломоноцитарный лейкоз
ПИД	первичный иммунодефицит
РЭА	раковый эмбриональный антиген
NSE	нейроспецифическая энولاза





*А.В. Смирнова, Г.А. Плешивцева, О.С. Левшанова,  
В.С. Мордякова*

### **ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ ВЕНОЗНЫХ АНГИОМ ПРИ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОМ ИССЛЕДОВАНИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

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

**Актуальность.** Венозная ангиома (ВА) головного мозга – врожденная сосудистая мальформация головного мозга со зрелыми венозными элементами. Венозные ангиомы являются самыми частыми анатомическим и наиболее редкими клиническими вариантами сосудистых мальформаций. Они возникают на поздних стадиях формирования сосудистой системы головного мозга – венозной (40–90 день эмбриогенеза). Частота венозных ангиом составляет около 2-4 % населения.

**Цель** настоящего исследования – на основе статистического анализа выявить частоту выявляемости венозных ангиом среди детского населения Ульяновской области на базе данных магнитно-резонансных исследований, выполняемых в Ульяновской областной детской больнице им. политического и общественного деятеля Ю.Ф. Горячева.

**Методы исследования.** В период с марта 2021 года по февраль 2022 года было проведено 1 532 исследования головного мозга (с контрастным усилением и без) пациентам, которые наблюдались в отделениях ГУЗ УОДКБ им. политического и общественного деятеля Ю.Ф. Горячева и проходящим исследованием в амбулаторном порядке.

В указанном числе исследований было выявлено 10 случаев аномалии развития венозных сосудов, интерпретированных как венозная ангиома.

**Результаты.** Изменения, свойственные венозной ангиоме, были диагностированы у пациентов всех возрастных групп, начиная от 3 лет вплоть до 17 лет. В возрастной группе от 0 лет до 5 лет венозная ангиома выявлена у 2-ух человек, от 6 лет до 10 лет – у 4-х человек, от 11 лет до 15 лет – у 2-ух, от 16 лет – у 2-ух человек. Полученные данные могут говорить нам об отсутствии корреляции в выявлении данной патологии от возраста обследуемого.

По зоне изменения были получены следующие данные: венозная ангиома в теменных долях была выявлена у 5-ти человек (50%), в височных – у 2-ух человек (20%), в гемисферах мозжечка – у 2-ух человек (20%),

в лобной доле – у 1-го человека (10%). Наиболее часто встречаемая локализация венозной ангиомы в наших исследованиях – правая теменная доля – у 4-х человек из 10.

Процент выявляемости данной патологии у детского населения относительно всех исследований головного мозга (с контрастным усилением и без) в Ульяновской областной детской больнице им. политического и общественного деятеля Ю.Ф. Горячева – 0,65%, что близко к названной официальной статистике в популяции 2–4% (статистические данные по детскому населению не найдены).

**Выводы.** Магнитно-резонансная томография является оправданным методом первичной диагностики венозных ангиом, вследствие высокой разрешающей способности метода. Венозная аномалия развития не является крайне редкой патологией.

*И.Л. Соловьева, Т.П. Никулина, Г.И. Шаймарданова,  
Е.О. Хлопкова*

## ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ, ПОЛУЧАЮЩИХ ЛЕЧЕНИЕ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»  
ГУЗ «Областная детская инфекционная больница»

**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 имеет 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.

Проведено наблюдение и анализ историй болезни 200 детей, получающих лечение коронавирусной инфекции в условиях стационара. Характеризуя возрастные аспекты, следует отметить, что примерно в равных соотношениях находились на лечении дети дошкольного (51%) и школьного возраста (49%), на детей первого года жизни приходилось 11%, в то время как на детей подросткового возраста приходилось 30%. Характеризуя симптомы и клинические особенности, обращает на себя внимание, что выраженная слабость являлась одним из ведущих симптомов и встречалась во всей группе наблюдения в 94,5% случаев, при этом с симптомами головной боли лишь в 11,56% случаев. В отношении других симптомов отмечено, что практически каждый третий ребенок переносил заболевание без повышения температуры. Среди детей, имеющих повышенную температуру, субфебрилитет регистрировался в 43% случаев, фебрильная температура была в 19%, гектическая – лишь в 2% случаев. Кашель был у 117 детей (58,5%), из них с проявлениями фарингита было 72 ребенка и чаще эти симптомы регистрировались у детей в возрасте от 1 года до 3 лет и в группе детей с 12 до 17 лет, у них же чаще были проявления бронхита – в 11,96% случаев. Заложенность носа была более чем у половины госпитализированных детей. Респираторные проявления сопровождалась изменением сатурации разной степени. Так, снижение сатурации до 83% было только у одного подростка, на уровне 92–95% – у 114 детей, на уровне 96–97% – у 45 детей, у 139 детей параметры сатурации кислорода не менялись. Помимо респираторных проявлений, у детей регистрировались симптомы со стороны желудочно-кишечного тракта – но они встречались реже. Так, потеря вкуса была всего лишь у 2 (1%) детей, нарушение стула – у 17 (8,54%) детей, рвота – у 20 (9,55%).

**Выводы:** у детей с коронавирусной инфекцией имеет место более легкое течение; среди клинических проявлений практически у всех преобладают симптомы интоксикации и слабость, при этом каждый третий без повышения температуры; респираторные симптомы преобладали над желудочно-кишечными проявлениями.

*Е.А. Пырченкова, А.Г. Романова, А.В. Смирнова,  
С.В. Яковлева*

## АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ РАННЕЙ НЕОНАТАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ НОВОРОЖДЁННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ПЕРЕНЕСЁННОЙ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ, ВЫЗВАННОЙ SARS-COV-2, ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»

**Актуальность проблемы.** Вспышка новой коронавирусной инфекции в 2019 г. и распространение по всем континентам возбудителя SARS-CoV-2 затронуло абсолютно все медицинские специальности.

Беременные женщины, инфицированные SARS-CoV-2, относятся к группе высокого риска по тяжести течения заболевания и смертности. Среди них максимальное внимание специалистов заслуживают беременные с сопутствующей экстрагенитальной патологией.

В Ульяновской области помощь беременным женщинам с тяжелой экстрагенитальной патологией и осложненным акушерским анамнезом оказывается в Перинатальном центре ГУЗ УОКБ, который относится к родовспомогательным учреждениям 3 уровня.

Учитывая различия результатов работ о влиянии перенесенной во время беременности COVID-19 на плод и новорожденного (от отсутствия влияния на течение раннего периода адаптации до развития серьезных осложнений), мы провели анализ на основе данных нашего Перинатального центра за 2021 г.

**Цель исследования** – оценить (выявить) особенности ранней неонатальной адаптации новорожденных от матерей с перенесенной инфекцией COVID-19 во время беременности.

**Материалы и методы:** в исследование были включены новорожденные от матерей, имевших документальное подтверждение перенесенной во время беременности (независимо от гестационного срока) инфекции COVID-19.

В роддоме ГУЗ УОКБ за 2021 г. прошло 3 002 родов, родилось 3 009 детей. В исследование были включены все истории развития новорожденных от матерей, перенесших новую коронавирусную инфекцию COVID-19 при данной беременности на разных сроках гестации.

**Результаты исследования:** нами проведен анализ 244 историй (8,1%).

В 171 случае (72%) течение беременности осложнилось сопутствующей экстрагенитальной патологией.

Мертворождение было зафиксировано в 3 случаях (1,2%). Родилось живых детей – 241 (98,8%), из них недоношенных – 10 детей (4,1%). Большинство новорожденных родились здоровыми и были выписаны домой в удовлетворительном состоянии на 3-5 день жизни – это 202 ребенка (83,8%). 39 новорожденных (16,2%) имели нарушения здоровья и процессов адаптации к внеутробной жизни и нуждались в переводе на второй этап выхаживания (АРО-Н, ОПННД). У 16 детей (6,6% от общего числа) состояние сразу после рождения оценивалось как тяжелое, что потребовало стабилизации состояния в родильном зале с последующим переводом в отделение реанимации новорожденных. 11 детей (4,5%) были переведены в реанимацию в течение первых суток в связи с ухудшением состояния. 12 детей (5%) потребовали перевода из отделения новорожденных на второй этап выхаживания в ОПННД.

В группе 39 новорожденных, родившихся больными и заболевшими, были выявлены церебральные, дыхательные и геморрагические нарушения:

- церебральные нарушения – 39 (100%);
- дыхательные нарушения – 25 (63,5%): врожденная пневмония – 17 (43%) и синдром дыхательных расстройств – 8 (20,5%), из них замещение витальных функций и проведение инвазивной респираторной терапии потребовалось 15 новорожденным (88%);
- асфиксия при рождении различной степени тяжести – 15 (38%);
- геморрагические нарушения – 12 (30%), из них внутрижелудочковые кровоизлияния – 8 (20,5%).

**Выводы.** Ряд авторов в своих работах указывает, что COVID-19 во время беременности увеличивает риск преждевременных родов и необходимость интенсивной терапии у доношенных новорожденных. Однако, проанализировав полученные данные, мы сделали следующие выводы: 1) большинство детей от матерей, перенесших новую коронавирусную инфекцию, вызванную SARS-CoV-2, не имеют отклонений в периоде ранней неонатальной адаптации; 2) удельный вес недоношенных детей соответствует среднестатистическим показателям; 3) в структуре заболеваемости детей, потребовавших лечения в условиях 2 этапа выхаживания, преобладают церебральные нарушения, врожденные пневмонии и геморрагические нарушения; 4) течение заболеваний у всех детей имело благоприятный исход.

*Е.В. Зубцова, О.Н. Первалова, Ф.А. Кузяхмятова*

## «МАСКИ» ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА

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

**Актуальность** проблемы инфекционного мононуклеоза обусловлена высокой распространенностью герпесвирусных инфекций. У детей РФ этот показатель составляет 37,4 случая на 100 тыс. детского населения, причем подавляющее большинство заболевших составляют дети младшего возраста, до 6 лет. Эти цифры не полностью отражают заболеваемость инфекционным мононуклеозом в связи с ограниченным применением лабораторного мониторинга. В некоторых случаях болезнь может развиваться не остро, на протяжении 1–3 недель, в таких случаях отмечается только субфебрилитет, недомогания, также есть вероятность небольших катаральных явлений в верхних дыхательных путях (кашель, насморк). У 1/3 заболевших детей температура не повышается.

**Цель работы** – ознакомить педиатров, особенно поликлинического звена, с возможными клиническими проявлениями инфекционного мононуклеоза.

**Методы исследования:** клинический случай ребенка с длительным субфебрилитетом.

**Результаты.** Ребенок К., 6 лет, обратился в приемное отделение ГУЗ УОДКБ с жалобами на повышение температуры до 38,3, отказ от еды.

В анамнезе в течении 3-х недель отмечались эпизоды повышения температуры до 37,5°C, кашель, насморк. Получал амбулаторное лечение по месту жительства, без положительной динамики. В приемном отделении ребенок был осмотрен педиатром и ЛОР-врачом. При осмотре обращало на себя внимание наличие единичной пятнистой сыпи на теле, гиперемия зева и налёты на миндалинах, увеличение шейных лимфоузлов. В общем анализе крови выявлен лейкоцитоз до  $16,5 \times 10^9$ , лимфоциты 55%, атипичные мононуклеары 11%, тромбоциты  $186 \times 10^9$ .

На УЗИ брюшной полости выявлено: увеличение печени + 1 см, из-под края правой реберной дуги, сосудистый рисунок усилен, структура паренхимы сохранена.

Селезенка – 98×44 мм. Структура паренхимы однородная, крупнозернистая. Мезентриальные л/у толщиной 9 мм. При исследовании крови методом ПЦР на вирус Эпштейн-Барр был обнаружен положительный результат –  $1,67 \lg/10^5$  кл.

**Выводы.** Важно помнить, что при субфебрилитете более 5 дней участковым педиатрам необходимо проводить заболевшим детям ОАК с развернутой лейкоформулой. При наличии в общем анализе крови мононуклеаров 10% и более целесообразно дальнейшее обследование на наличие вируса Эпштейн-Барр в крови методом ПЦР, т.к. заболевание «инфекционный мононуклеоз» способно маскироваться и имеет тенденцию к хронизации.

*О.В. Кондратьева, Е.А. Баландина, А.Б. Ерусова*

## КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА БОЛЬНЫМ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ, ИНДУЦИРОВАННЫМ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ (COVID-19)

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

**Актуальность.** С 2020 года число заболевших новой коронавирусной инфекцией растёт, неоднократно выявляются случаи повторного заражения. Дети – не исключение. Основная масса детского населения переносит коронавирусную инфекцию в виде респираторного заболевания с характерными для него симптомами – кашель, заложенность носа, насморк, недомогание, слабость, субфебрильная и фебрильная лихорадка. Также есть случаи тяжёлого течения инфекции у детей с последующими осложнениями, самым коварным из которых является мульти-системный воспалительный синдром. В данном случае представлено редкое осложнение, характерное для детского возраста, проявившееся в виде сахарного диабета.

**Цель** – изучить особенности течения и возможные осложнения после перенесённой новой коронавирусной инфекции, ознакомить педиатров и детских эндокринологов с данным клиническим случаем.

**Материалы и методы исследования.** В данном исследовании был взят за основу клинический случай: больная Б, 5 лет, находилась на лечении в ОДКБ с диагнозом «сахарный диабет неуточненный, впервые выявленный. Гиперхолестеринемия. Дислипидемия. Диффузное увеличение щитовидной железы 1 степени. Субклинический гипотиреоз. Аутоиммунный тиреоидит? Реконвалесцент острого энтероколита, вызванного аденовирусом, ротавирусом, тяжёлое течение. Острый ринофарингит. Кавасакиподобный синдром. Вторичная

кардиопатия, гидроперикард. Реактивная нефропатия. Нейрогенный мочевого пузыря. Реконвалесцент новой коронавирусной инфекции», вызванной COVID-19.

**Результаты и их обсуждение.** Больная Б, 5 лет, поступила в УОДКБ с жалобами на высокую температуру тела в течение 4 дней до 38–39°C, насморк, слабость, периодические боли в животе.

Анамнез жизни. Ребенок от 2-й беременности, 2-х родов. Беременность протекала без особенностей. Роды на сроке 37 нед. Вес при рождении – 2900 г. Закричал сразу. БЦЖ вакцинирован в роддоме. На 4-е сутки из роддома выписаны домой. Психофизическое развитие по возрасту. Проф. прививки по календарю. Перенесённые заболевания: ОРВИ. С 1.10.21 по 11.10.21 получала лечение в COVID госпитале с Ds: новая коронавирусная инфекция COVID-19. Острый бронхит. Выписана с положительной динамикой. Медикаментозную и пищевую аллергию отрицают. Гемотрансфузий не было. Оперативные вмешательства: не было. Наследственность не отягощена. Туберкулёз, гепатит, вен. заболевания среди окружения отрицают. Жидкого стула за последние 3 нед. не было.

Из анамнеза заболевания известно, что данные жалобы появились у ребенка спустя три недели после выписки из ковидного госпиталя. Через три дня от начала заболевания отмечалось повышение  $t$  до 38,5°C, насморк, слабость. В лечении: антибактериальная терапия – Флемоксин соллютаб 250 мг 3 раза в день 4-5 дней, сосудосуживающие капли в нос. На фоне лечения без эффекта, температура тела продолжала повышаться. На 6 сутки ребенку была введена литическая смесь, после чего через 3 часа по всему телу появилась сыпь. На 7 сутки без улучшения, экстренно госпитализирована в отделение анестезиологии и реанимации 1 УОДКБ в тяжелом состоянии, обусловленном эксикозом 1 степени, эндотоксикозом. На 2 сутки от момента госпитализации состояние с положительной динамикой, переведена в инфекционное боксированное отделение. При поступлении в общем анализе крови – тромбоцитопения, нейтрофилёз, повышение СОЭ до 53 мм/ч, в биохимическом анализе крови – гипербилирубинемия, повышение трансаминаз. По УЗИ брюшной полости – печень +2 см, мезаденит, в брюшной полости межпечельно следы жидкости. По ЭХО-КГ – гидроперикард. Проводилась инфузионная терапия глюкозо-солевыми растворами, антибактериальная терапия – сульперазон, противовирусная – виферон, симптоматическая – неосмектин, микразим. На фоне проводимого лечения состояние тяжелое, динамика незначительная. К лечению добавлено: пульс-терапия дексаметазоном 4 мг 3 р/день 3 дня, супрастин в/в струйно, реамберин в/в капельно, габриглобин в/в капельно двукратно. Состояние с положительной

динамикой. Далее лечение было скорректировано, назначен меронем 350 мг в/в капельно, эксхол 250 мг.

С 10 дня от момента госпитализации отмечалось стойкое повышение уровня глюкозы крови, максимальное значение – 9,9 ммоль/л. Клинически у ребенка отмечалась незначительная полидипсия. Учитывая глюкозурию в моче до 34,2 ммоль/л, показатель гликозилированного гемоглобина – 6,7% (при норме от 4.0 до 6.0 %) пациентке был выставлен диагноз «сахарный диабет, впервые выявленный» и начата, терапия инсулином продленного действия в суточной дозе 0,2 ед/кг/сутки. На фоне лечения в инфекционном боксированном отделении ребёнок перестал лихорадить, состояние стало средней тяжести. На 15 сутки девочка была переведена в детское эндокринологическое отделение для дообследования и дальнейшего лечения. На фоне проводимой инсулинотерапии состояние ребенка стало удовлетворительным. Улучшилось самочувствие и эмоциональный фон. Лабораторно в анализах крови: гликемия от 4,5 до 6,0 ммоль/л (нормогликемия), в анализе мочи – стойкое отсутствие глюкозы и кетонов. Иммунологический анализ на остаточную инсулиновую секрецию – С-пептид (результат 0,0 пмоль/л при норме 100.0-1100 пмоль/л) дополнительно подтвердил диагноз сахарного диабета.

И всё же течение заболевания у данного пациента было нетипичным для «классического» сахарного диабета 1 типа, учитывая его низкую суточную потребность в инсулинотерапии. Была проведена попытка снизить дозу инсулина до 1-2 ед. в сутки, но на фоне такого лечения отмечался подъем глюкозы в крови до 7,5 ммоль/л, и дозу инсулина было решено оставить прежней. Спустя неделю ребенок был выписан из стационара на амбулаторный этап с рекомендациями. Через месяц после выписки из стационара ребенок был повторно осмотрен детским эндокринологом ОДКБ. В течение прошедшего месяца дозу инсулина в амбулаторных условиях постепенно снижали, и на момент осмотра от него ушли полностью. На сегодняшний момент у девочки нормогликемия: 4,0-5,5 ммоль/л, и полное отсутствие глюкозы и кетонов в моче. Что это – «медовый месяц» манифестного сахарного диабета 1 типа или транзитный сахарный диабет, вызванный непосредственно новой коронавирусной инфекцией, который, возможно бесследно исчезнет, сказать наверняка пока сложно. Необходимо дальнейшее длительное и динамическое наблюдение за этим пациентом.

**Выводы.** Клинический пример свидетельствует о том, что новая коронавирусная инфекция у детей поражает не только органы дыхания, иммунную систему, но и другие, вызывая различные аутоиммунные заболевания и состояния, которые требуют лечения и динамического

наблюдения не только у педиатров и инфекционистов, но и специалистов других узких специальностей.

*С.В. Усанова, А.Б. Ерусова*

## ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ

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

**Актуальность.** Сахарный диабет 1 типа (СД 1) является важной медико-социальной проблемой. Проведение эпидемиологических исследований необходимо с целью разработки мер улучшения оказания медицинской помощи детям по профилю детская эндокринология.

**Цель исследования** – провести анализ эпидемиологических данных распространенности и заболеваемости СД 1 у детей и подростков в возрасте от 0 до 18 лет в Ульяновской области за период 2016–2021 гг.

**Материалы и методы.** Проведена оценка эпидемиологических показателей (распространенности и заболеваемости) СД 1 у детей и подростков в УО за период 2016–2021 гг. Статистические сведения по УО взяты из официальных статистических сборников, публикуемых Росстатом и Минздравом УО, а также из статистических форм № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организацией» за 2016–2021 гг., а также из данных Федерального регистра сахарного диабета.

**Результаты и обсуждение.** Ульяновская область – субъект Российской Федерации, входящий в Приволжский федеральный округ, занимает территорию площадью 37 300 км<sup>2</sup>. В составе: 3 города областного значения (г. Ульяновск, г. Димитровград, г. Новоульяновск) и 21 административный район (3 города районного значения, 28 поселковых округов, 112 сельских округов). На 1 января 2021 г. общая численность населения Ульяновской области, по данным Росстат, составила 1 218 319 человек, в том числе детского населения (0–18 лет) – 226 105 человек. Среди детского населения: городские жители – 126 626 (56%), сельские – 99 479 чел. (44%).

На 1 января 2021 г. в Ульяновской области зарегистрировано 354 ребенка с СД 1, с СД 2 типа детей не зарегистрировано. Показатель распространенности СД 1 в Ульяновской области составил 156,6

на 100 тыс. детского населения. Следует отметить, что на протяжении последних 5 лет отмечается рост показателей распространенности СД 1 в Ульяновской области (с 120,9 на 100 тыс. в 2016 г. – до 145,7 на 100 тыс. детского населения в 2020 г.)

Данные Федерального регистра свидетельствуют, что распространенность СД1 в сельской местности ниже, что объясняется малой численностью детского населения по сравнению с городом. Так, в 2-х районах УО (Большенагаткинском, Цильнинском), по данным на 01.01.2021 г., детей с СД 1 типа не зарегистрировано. В абсолютных числах первичная заболеваемость СД1 за последние 5 лет выросла в полтора раза (38 впервые зарегистрированных случаев СД 1 в 2016 г. (первичная заболеваемость 17,5 на 100 тыс. дет населения) и 52 случая – в 2021 г., причем в 2019 г. количество впервые выявленных случаев СД 1 типа у детей и подростков возросло до 73 с показателем первичной заболеваемости 32,2 на 100 тыс. детского населения). Динамика заболевания СД 1 типа в возрастной группе детей школьного возраста 7–14 лет представлена следующим образом: 91% в 2018 г. и 88% в 2020 г. В группе подростков 15–18 лет заболеваемость увеличилась с 7% в 2016 г. до 12% в 2021 г. с пиком заболеваемости в 2019 г. до 34%.

**Выводы.** 1. В Ульяновской области отмечается рост распространенности СД 1 детей и подростков в возрасте 0–18 лет за период 2016–2021 гг. 2. Заболеваемость СД 1 среди детей и подростков за прошедшие 5 лет выросла на 78% за счет возрастной группы от 0-14 лет, среди подростков остается без существенных изменений, кроме 2019 г., когда отмечалось увеличение заболеваемости на 45%. 3. Выраженный пик заболеваемости СД 1 типа в 2019 г. в УО требует дальнейшего детального изучения, отсутствуют убедительные данные о связи новой коронавирусной инфекции и ростом заболеваемости СД 1 типа в УО. Пик может быть объяснен периодическими годовыми колебаниями. 3. Ежегодный прирост заболеваемости СД 1 среди детского населения составляет около 4%, что отвечает показателям в ПФО, РФ, мировым трендам.

*А.А. Хасанова, И.Л. Соловьева, И.Н. Климова,  
А.А. Хамидулина*

## **ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА У ДЕТЕЙ В ПЕРИОД КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ: НА ЧТО ОБРАТИТЬ ВНИМАНИЕ?**

**ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»**

**Актуальность.** Коронавирусная инфекция COVID-19, вызываемая тяжелым острым респираторным синдромом SARS-COV-2 вызвала пандемию во всем мире. По мере продолжения вспышки число случаев заболевания среди взрослого населения еще больше возросло, но также некоторое увеличение произошло и среди педиатрической популяции. Следовательно, в период напряженной эпидемиологической обстановки необходимы дополнительные меры защиты от других респираторных инфекций и продолжению проведения полноценной вакцинопрофилактики у детей.

**Цель работы** – провести анализ доступных источников литературы для систематизации актуальных данных в области иммунизации детей в период COVID-19 инфекции.

**Материалы и методы.** Произведен обзор российских и зарубежных литературных источников, содержащих данные о вакцинации в период коронавирусной инфекции.

Вакцинация – общепризнанная профилактическая мера, которая входит в число эффективных и экономически выгодных мероприятий общественного здравоохранения для значительного предотвращения многочисленных инфекционных заболеваний и преждевременной смертности. С учётом вышеизложенных данных, следует направить все возможные усилия для поддержания высокого уровня популяционного иммунитета против вакциноуправляемых инфекций. Приостановка процесса плановой иммунизации, даже на непродолжительное время, приведёт к увеличению числа восприимчивых к инфекции лиц и угрожает развитием вспышек и эпидемий, как например, кори [Phadke VK, Bednarczyk RA, Omer SB, 2020]. Стоит также напомнить, что отсрочка при проведении очередной плановой вакцинации в детском возрасте приводит к нарушению рекомендованных схем, следовательно, и к снижению её эффективности. Существует гипотеза о возможном влиянии проведенной ранее вакцинации против пневмококка на заболеваемость и смертность от COVID-19. В исследовании, проведенном в США [Robert Root-Bernstein, 2020], при анализе данных по заболеваемости и смертности

от COVID-19 за март-апрель 2020 года было продемонстрировано, что более высокие показатели вакцинации от пневмококковой инфекции среди младенцев и людей старшего возраста значимо коррелируют со снижением заболеваемости и смертности от коронавирусной инфекции на миллион населения. Положительное влияние вакцинации от гриппа на клиническое течение COVID-19 подтверждается данными одного исследования [Mohamed Labib Salema, Dina El-Hennawy, 2020], в котором показано, что у больных, вакцинированных от гриппа, до появления симптомов COVID-19 вероятность летального исхода снижалась на 20%.

**Выводы:** в период пандемии коронавирусной инфекции детей необходимо вакцинировать в соответствии с Национальным Календарем профилактических прививок; при нарушенном графике вакцинации в приоритетном порядке следует проводить сочетанную вакцинацию и использовать мультивалентные вакцины; целесообразно сократить интервал между прививками до 1 мес.; принимать во внимание терапию сопутствующей или хронической патологии и осуществлять неспецифическую профилактику респираторных инфекций в период вакцинации.

*С.П. Чубарова, О.В. Мاستрюкова*

## **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГИПОКАЛИЕМИЧЕСКОГО ПАРАЛИЧА, АССОЦИИРОВАННОГО С ГЕНОМ KCNJ2, МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИ ПОДТВЕРЖДЁННЫЙ G72.3**

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

**Актуальность.** Гипокалиемический периодический паралич (ГПП) – редкое заболевание, характеризующееся приступами вялого паралича скелетных мышц. ГПП, ассоциированный с геном KCNJ2, (синдром Андерсена), является редкой наследственной патологией, характеризующийся тремя характерными особенностями (клинической триады): калий-чувствительными циклическими параличами, желудочковыми нарушениями ритма и признаками дисморфогенеза. Наследуется по аутосомно-доминантному типу, хотя имеются сообщения и о спорадических случаях. Пенетрантность заболевания широко варьируема и не у всех пациентов можно наблюдать весь спектр клинических признаков этого синдрома. Синдром Андерсена представляет большой научно-практический интерес для современной медицины, так как является



единственным среди всех генетически детерминированных каналопатий, поражающим как поперечнополосатую (скелетную) мускулатуру, так и сердечную мышцу. Сообщалось также о случаях внезапной сердечной смерти при синдроме Андерсена. Характерны выраженность парезов в проксимальных группах мышц конечностей, мышцах спины и шеи, отсутствие или сохранённые сухожильные рефлексы, отсутствие чувствительных нарушений. Провоцирующими факторами являются физическая нагрузка накануне, стрессовые ситуации, приём пищи, богатые углеводами и натрием.

**Цель работы** – ознакомить неврологов, педиатров и кардиологов с особенностями клинической картины ГПП, показать значимость сбора анамнеза, необходимости определения уровня электролитов крови для своевременного уточнения причины и определения дальнейшей тактики лечения остро возникшего паралича.

**Методы исследования:** представление клинического случая ребенка К. с диагностированной аутосомно-доминантной формой ГПП, проведенными исследованиями, необходимыми для подтверждения диагноза и методами терапии и профилактики кардиологических проявлений в будущем.

**Результаты.** Ребенок К. 3 лет, ранний анамнез без особенностей. Перенесенные заболевания: гемангиома правого предплечья, миопия. Аллергоанамнез не отягощен. Наследственность не отягощена.

В ноябре 2020 г. обратились к врачу в связи с нарушением двигательной активности, ограниченным движением в конечностях. При осмотре: вялые парезы конечностей, оживлённые сухожильные рефлексы, слабость мышц шеи. В анализах крови выявлена гипохолестеринемия (2,25 ммоль/л), гипокалиемия (2,12 ммоль/л), повышение КФК (413 ед/л). Проведено исключение воспалительного, объёмного, аутоиммунного процесса нервной системы с помощью лабораторных и инструментальных методов исследования. Учитывая анамнез, регресс параличей при достижении нормального уровня калия в крови, обследован генетически – выявлена патогенная мутация p.Gly144Ser в гене KCNJ2, ответственная за развитие синдрома Андерсена, гетерозиготный вариант.

**Выводы.** На сегодняшний день заболевание у данного пациента протекает нетипично, доминирует клиника пароксизмальной миоплегии, требующая наблюдения невролога, индивидуального подхода в плане профилактики развития периодического паралича (тщательный анализ провоцирующих факторов, мониторинг уровня электролитов, терапия препаратами калия, калийсберегающих диуретиков). Типичные изменения ЭКГ в настоящее время не регистрируются. Требуется дальнейшего внимательного наблюдения кардиолога.

*А.Л. Малых, Б.А. Ибрагимов, Д.А. Малых, А.А. Качагин*

## ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ВАКЦИНАЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В УЛЬЯНОВСКЕ ПРЕПАРАТАМИ «ГАМ-КОВИД-ВАК-М»

ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска»

**Актуальность.** С 11 марта – времени, когда ВОЗ объявила о начале пандемии новой коронавирусной инфекции – число заболевших COVID-19 во всем мире росло и на февраль 2022 года превысило 450 миллионов человек. В структуре заболевших доля детей и подростков, по данным различных авторов, составила 9,5% (Намазова-Баранова А.С., 2021).

Однако с ноября 2021 года количество заболевших в детской и подростковой популяции стало прогрессивно увеличиваться, достигнув к 4 февраля 2022 года 13,07% от всех случаев COVID-19 в Ульяновской области. По Российской Федерации число переболевших новой коронавирусной инфекцией на 5 марта 2022 года достигло 19,1% (Горелов А.В., 2022). Среди заболевших детей и подростков, посещающих образовательные учреждения, дети в возрасте от 7 до 18 лет составили 23 716 случаев с начала пандемии, или 78,1% от всех заболевших в изучаемой популяции.

Поэтому актуальность работы по изучению специфической иммунопрофилактики COVID-19 не вызывает сомнений, в т.ч. из-за недостаточной изученности применения рекомендованной комбинированной векторной вакцины «Гам-КОВИД-Вак-М». Это диктует необходимость дополнительного изучения специфического действия данного фармакологического препарата. В связи с этим, **целью** данного исследования являлось изучение в детской и подростковой популяции побочных действий лекарственного препарата «Гам-КОВИД-Вак-М», произведённого ФГБУ «НИЦЭМ имени Н.Ф. Гамалеи» МЗ РФ среди двукратно привитых пациентов.

**Методы исследования.** Под нашим наблюдением находилось 18 детей и подростков, получивших 2 вакцинации «Гам-КОВИД-Вак-М» (ГКВМ) с 8 февраля по 4 марта 2022. Средний возраст пациентов составил  $14,3 \pm 0,9$  лет [медиана 14,2 (11,6±3,7)]. Из них 10 (55,5%) детей были в возрасте от 12 до 15 лет, от 16 до 17 лет – 6 (33,3%) и от 17 до 18 – 2 (11,2%) пациентов. Из привитых детей и подростков 12 (66,6%) были девочки и 6 (33,4%) – мальчики ( $p = 0,018$ ).



У всех пациентов имелось подписанное подростком или его законным представителем согласие на обработку персональных данных, заявление-согласие на добровольное проведение вакцинации в произвольной форме и разрешение на включение подростков в данное наблюдательное исследование. Пациентам и их законным представителям было объяснено, что инструкция по медицинскому применению вакцины была подготовлена на основании ограниченного объёма клинических данных и препарат зарегистрирован по процедуре его применения в условиях угрозы возникновения и ликвидации чрезвычайных ситуаций. Обработку полученных данных проводили с помощью пакета статистических программ Statistica for Windows. Достоверными результатами считались различия при ( $p < 0,05$ ).

**Результаты.** Изучение анамнеза жизни привитых детей и подростков показало наличие у 17 (94,4%) привитых морфофункциональных отклонений в различных органах и системах ребёнка. В структуре первичной заболеваемости у 8 (44,4%) детей выявлялись заболевания сердечно-сосудистой системы, в т.ч. вегетососудистая дистония, головная боль напряжения, которая у 6 (33,3%) пациентов сочеталась с нарушениями электрогенеза сердца и другими отклонениями в проводящей системе сердца. Это проявлялось полной и неполной блокадой правой ножки пучка Гиса, изменением интервала PQ. Анализ развития включённых в исследования пациентов показал, что у 9 (50%) в анамнезе отмечалась резидуальная энцефалопатия, сочетавшаяся у 5 (27,7%) подростков с сформированным неспецифическим поражением головного мозга к 3-4 годам. Это состояние проявлялось синдромом повышенной двигательной активности и неспецифическими отклонениями на ЭЭГ: изменениями ритмики и дисфункцией срединных структур головного мозга, которые были выявлены, в среднем, за 1,5-2 года до плановой вакцинации. Кроме того, ежегодная диспансеризация, проведённая в 2021 году, показала, что у 12 (66,6%) подростков имелись различные отклонения в состоянии опорно-двигательной системы, в т.ч. у 6 (66,6%) – плоскостопная деформация стоп и у 2 (11,1%) – сколиоз 1 и 2 степени. По группам здоровья пациенты были разделены: 1 группа – у 1 (5,5%) подростка, 2 группа – у 14 (77,9%), 3 группа – у 2 (11,1) и 5 группа – множественный артрогриппоз – у 1 (5,5%) ребёнка.

Важным моментом прививочного процесса являлось наличие мотивации у подростка к прививке. Опрос вакцинированных детей и подростков показал, что все они считают проведение специфической иммунной профилактики против COVID-19 необходимой. Это является у них осознанным и зрелым решением. При этом 11 (61,1%) подростков считали одной из причин необходимости вакцинации перенесённую болезнь

и смерть близких от COVID-19 в семье. Кроме того, опрос показал, что 6 (33,3%) пациентов считали вакцинацию среди членов семьи убедительным доводом к необходимости этого профилактического мероприятия. Лишь 2 (11,1%) указали, что вакцинация нужна для того, чтобы иметь возможность свободного участия в спортивных и культурно-массовых мероприятиях, в том числе для последующего поступления в специальное высшее учебное заведение ( $p=0,002$ ).

После первой вакцинации ГКВМ дважды (через 8 и 48 часов) у пациента и его законного представителя был проведён подробный телефонный опрос. Он показал, что у 3 (16,6%) привитых не отмечалось никаких побочных реакций. При этом у 11 (61,1%) подростков и детей через 2 часа после вакцинации появилась необычная слабость, резко снижалась двигательная активность и дети практически засыпали на глазах. Их сон длился от 2 до 3,5 часов. После пробуждения никаких жалоб пациенты не предъявляли. У 3 (16,6%) детей отмечалась однократная температурная реакция до 37,3°C в сочетании с выраженной головной болью в лобно-височной области, которая проходила без применения лекарственных препаратов. У 2 (11,1%) привитых была выявлена местная реакция в виде болезненности в месте инъекции, сочетавшаяся с кратковременной (2-2,5 часа) болью в месте инъекции. Общие побочные реакции на плановую вакцинацию COVID-19 достоверно чаще регистрировались, чем местные реакции на вакцинацию ( $p=0,003$ ).

Повторная вакцинацией «ГКВМ», проведённая 2-3 марта, не выявила новых побочных реакций и протекала аналогично первому поствакцинальному периоду.

**Выводы.** Проведённые первая и вторая вакцинация детей и подростков в катамнезе 14 дней показала хорошую переносимость лекарственного препарата «Гам-КОВИД-Вак-М». У 83,3% привитых детей и подростков отмечались невыраженные побочные реакции в т.ч. в виде общей реакции организма у 12 (66,6%) и у 3 (16,7%) отмечались местные проявления вакцинального процесса. В связи с выраженной общей слабостью в течении первого дня после вакцинации считаем необходимым рекомендовать всем привитым пациентам освобождение от занятий в общеобразовательных и специальных учебных заведениях. Проведённое исследование показало необходимость в продолжении наблюдения за привитыми пациентами в течении календарного года с определением состояния поствакцинального иммунитета.

*В.Г. Караулова, Л.Ю. Кирилина, Э.Р. Исмаилова,  
М.Н. Сорокина*

## ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДИСТАНЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ ПРИ КОНСУЛЬТИРОВАНИИ ПАЦИЕНТОВ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ

ГУЗ «Центр общественного здоровья и медицинской профилактики  
Ульяновской области»

**Актуальность.** Неуклонный рост распространенности избыточной массы тела (МТ) и ожирения на фоне роста заболеваемости хроническими неинфекционными заболеваниями (ХНИЗ) является угрожающим общемировым трендом в последние десятилетия. Эффективные, отвечающие современным вызовам формы наблюдения пациентов как на индивидуальном, так и на популяционном уровнях могут помочь в снижении МТ посредством модификации образа жизни пациентов.

**Цель исследования** по дистанционному контролю за массой тела – оценить эффективность профилактической технологии по снижению избыточной МТ и ожирения на основе профилактического персонализированного консультирования и дистанционного контроля.

**Методика.** Всего в исследования 2020–2021 годов были включены 200 человек, из которых полностью завершили участие 180 человек. 20 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/м<sup>2</sup> включительно, имеющих доступ в интернет и персональный смартфон под управлением операционной системы версии Android 7.0 и выше, подписавших информированное согласие. 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, также многие участники имели повышенное артериальное давление.

Как в 2020, так и в 2021 году большинство участников проекта добились хороших результатов. Достижение целевого уровня **снижения массы тела** (5% от исходного) достигли более 50 участников (54% участников 2020 года, 60% участников 2021 года). Отмечено достоверное снижение параметров окружности талии на 6–8 см за период наблюдения в целом в выборке.

Статистически значимо в обеих группах сократилось потребление жирных сортов мяса и молочных продуктов, жареного картофеля, соевых, 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/маргарина, сахаросодержащих напитков/готовых соков, а также кондитерских изделий.

В целом уровень физической активности вырос на 1900–2000 шагов (в 1,3 раза). У всех участников нормализовалось артериальное давление, большинство скорректировали режим сна и бодрствования. Некоторые участники подключили к процессу коррекции образа жизни своих родственников и близких.

**Выводы.** Дистанционная поддержка пациентов в процессе модификации образа жизни (коррекция привычек питания, уровня двигательной активности) сопоставима с результатами очного ведения пациентов, в том числе по достижению целевого уровня снижения массы тела. Это позволяет рассматривать дистанционную форму наблюдения пациентов с избыточной массой тела и ожирением как наиболее перспективную как на индивидуальном, так и популяционном уровнях.

Результаты настоящего исследования дают основания предполагать, что методика персонализированного консультирования пациентов на очном визите с последующей дистанционной поддержкой с помощью современных мобильных технологий может быть эффективно использована в структурах первичной медико-санитарной помощи с целью снижения массы тела при проведении мероприятий по первичной и вторичной профилактике ХНИЗ.

*И.И. Тихова, Е.Ю. Фалина*

## О ВНЕДРЕНИИ КОРПОРАТИВНЫХ ПРОГРАММ ПО УКРЕПЛЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ РАБОТАЮЩИХ НА ТЕРРИТОРИИ УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ

ГУЗ «Центр общественного здоровья и медицинской профилактики  
Ульяновской области»

**Актуальность проблемы.** В настоящее время медико-демографическая ситуация в Российской Федерации характеризуется вступлением в трудоспособный возраст малочисленных когорт лиц, родившихся в 90-е годы XX века, и выходом из трудоспособного возраста многочисленных когорт лиц, родившихся в послевоенные годы. Это ведёт к сокращению численности населения трудоспособного возраста, снижению его доли в общей численности населения страны и росту среднего возраста работников.

В Ульяновской области на протяжении многих лет сложился достаточно высокий показатель смертности населения трудоспособного возраста. В трудоспособном возрасте за 2020 год умерло 3 989 человек (19,3% от всех умерших), что на 563 человека больше, чем за 2019 год (3 426 человек, 20,0% от всех умерших) (+16,4%) и на 364 больше, чем за 2018 (2018 – 3 625 человек, 2017 – 3 564 человека).

Коэффициент общей смертности в трудоспособном возрасте составил 613,2,0 на 100 тыс. населения (2019 г. – 526,7 на 100 тыс. населения (+16,4%)).

В структуре причин смерти лиц трудоспособного возраста первое место (2020 год) занимают болезни системы кровообращения (191,2 на 100 тыс. населения; +17,2% к показателю 2019 года), на втором месте – внешние причины (129,6 на 100 тыс. населения; основную массу из которых составляют *все виды транспортных несчастных случаев*), на третьем месте – новообразования (90,1 на 100 тыс. населения; +8,9% к показателю 2019 года), на четвёртом месте – болезни органов пищеварения (59,3 на 100 тыс. населения; +27,8% к показателю 2019 года), на пятом – инфекционные и паразитарные болезни. Показатель смертности от COVID-19 за 2020 год составил 30,7 на 100 тыс. населения.

В современных условиях развитие системы сохранения и укрепления здоровья работающих невозможно в отрыве от производственного процесса, без повышения ответственности работодателя и более активного тиражирования на все предприятия, включая организации малого и среднего бизнеса, корпоративных программ укрепления здоровья

на рабочем месте, применения дополнительных механизмов по формированию у работников ответственного отношения к своему здоровью и мотивации к здоровому образу жизни.

**Цель исследования.** Цель внедрения корпоративных программ – сохранение и укрепление здоровья сотрудников (работающих) через комплекс мероприятий, способствующих повышению приверженности работников к здоровому образу жизни, включая здоровое питание, повышение двигательной активности и отказ от вредных привычек. Внедрение корпоративных программ укрепления здоровья работающих, позволяет достичь конкретных измеримых результатов в сфере улучшения здоровья и качества жизни работающих в условиях производства.

**Методы исследования.** В рамках реализации федерального проекта «Формирование системы мотивации граждан к здоровому образу жизни, включая здоровое питание и отказ от вредных привычек» («Укрепление общественного здоровья»), в соответствии с рекомендованными Министерством здравоохранения Российской Федерации Корпоративными модельными программами «Укрепление здоровья работающих», разработана региональная модельная корпоративная программа, которая в свою очередь дополнена по направлению «Здоровое предприятие – профилактика профессиональных и профессионально обусловленных заболеваний», с учетом опыта реализации проекта «Здоровое предприятие» и блок касающийся повышения уровня физической активности.

Основные этапы внедрения корпоративной программы, следующие:

1. Поддержка руководства (прямая связь между укреплением здоровья работающих и результатами для бизнеса).
2. Управление проектом в области укрепления здоровья – командная работа (вовлечение в проект медицинских специалистов, службы охраны труда, профсоюзов, представителей других подразделений).
3. Ключевые показатели (опрос работодателя и работника для выявления групп риска). Медицинский осмотр для выявления группы риска зарекомендовал себя в мире лучше всего.
4. Создание плана (комбинация блоков укрепления здоровья).
5. Мероприятия, которые разрабатываются и адаптируются под конкретное предприятие (применения практик, адаптированных под текущую ситуацию). Использование образовательных онлайн платформ, приспособленных для изменения образа жизни.
6. Контроль (соблюдение гигиенических мероприятий – масочный режим, мытье рук, маркировка продуктов питания в столовой).
7. Развитие и улучшение (изменение образа жизни).

**Результаты исследования.** На территории Ульяновской области в 2020 году в качестве пилотных определено 6 предприятий региона: ООО ПФ «Инзенский ДОЗ» (Инзенский район); СХПК «Свияга» (Кузоватовский район); АО «УМЗ» (город Ульяновск); ООО «ТАН» (Старокулаткинский район); ООО КФ «Семеновна» (Карсунский район), ООО «Мебелькомплект» (Чердаклинский район). На данных предприятиях разработаны корпоративные программы укрепления здоровья работающих. Участники пилотных проектов включили в свои корпоративные программы сочетание мер по профилактике потребления табака и алкоголя, стимулированию здорового питания и физической активности на рабочем месте и адаптировали их под потребности и условия своих предприятий.

Численность работающих на предприятиях, внедривших корпоративные программы в 2020 году, составила более 9 тысяч работников.

Обобщив опыт реализации пилотных программ в 2020 году, в Ульяновской области разработана и утверждена региональная модельная корпоративная программа по укреплению здоровья работающих (распоряжение Министерства здравоохранения Ульяновской области от 07.12.2021 № 3 186).

В региональную модельную корпоративную программу по укреплению здоровья работающих включены следующие направления:

- «Профилактика потребления табака»;
- «Снижение потребления алкоголя с вредными последствиями»;
- «Здоровое питание и рабочее место»;
- «Повышение уровня физической активности»;
- «Сохранение психологического здоровья и благополучия»;
- «Здоровое предприятие» – профилактика профессиональных и профессионально-обусловленных заболеваний и производственного травматизма» (региональный компонент);
- «Реализация мероприятий, направленных на предотвращение распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19» (региональный компонент).

На конец 2021 года в Ульяновской области корпоративная программа «Укрепление здоровья работающих» разработана в 45 организациях всех форм собственности.

В результате реализации разработанных мероприятий корпоративной программы происходит оптимизация ресурсов организации в виде отсутствия издержек по причине листков нетрудоспособности, реальной экономической выручки, увеличения производительности труда.

**Выводы.** Показателем эффективности работы по сохранению профессионального здоровья работающих является уровень профессиональной заболеваемости.

По итогам 2020 года по уровню профессиональной заболеваемости Ульяновская область занимает 19 ранговое место по Российской Федерации (РФ – 0,78 на 10 000 работающих) и 3 место по ПФО (после Самарской области и Республики Татарстан). По данным Роспотребнадзора за 2020 год в Ульяновской области профессиональная заболеваемость составила 1,15 на 10 000 работающих, зарегистрировано 42 случая профессиональных заболеваний у 36 человек, в том числе острых заболеваний – 6 случаев с летальным исходом (новая коронавирусная инфекция, вызванная COVID-19) у работников медицинских организаций.

За 2020 год по Ульяновской области прошли периодический медицинский осмотр 95 664 работника, что составило 98,2% от соответствующего плана. Из них 49,5% имеют хронические заболевания (48 221 человек), у 9,7% установлены впервые выявленные общесоматические заболевания (9 450 человек), у 40,1% осмотренных признаков заболеваний не выявлено (39 064 человек).

По результатам проведенных периодических осмотров «стажированных» работников у 80% осмотренных зарегистрированы хронические заболевания, у 8% работников установлены впервые выявленные общесоматические заболевания и только у 12% стажированных работников заболеваний не выявлено.

Поскольку смертность среди населения трудоспособного возраста в Ульяновской области остается достаточно высокой, внедрение корпоративных программ укрепления здоровья работающих послужит одним из механизмов, влияющих на ее снижение, и должно быть включено в муниципальные программы по укреплению общественного здоровья.

Э.Р. Исмаилова, В.Г. Караулова, М.Н. Сорокина

## РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ (ПО ДАННЫМ ИССЛЕДОВАНИЯ 2018–2021 ГОДОВ)

ГУЗ «Центр общественного здоровья и медицинской профилактики  
Ульяновской области»

**Актуальность.** В России ХНИЗ являются причиной 75% всех смертей взрослого населения. Широкое распространение ХНИЗ, в основном, обусловлено особенностями образа жизни и связанными с ними факторами риска. Первопричины ХНИЗ неизвестны, но многофакторные. Однако во многом благодаря эпидемиологическим исследованиям выявлены факторы, способствующие их развитию и прогрессированию.

**Материал и методы.** В анализ включены результаты обследования представительной случайной выборки населения Ульяновской области, вошедшие в исследование «Эпидемиологический мониторинг факторов риска ХНИЗ» с 2018 по 2021 годы. Отклик составил 80%. Всего, с 2018 по 2021 годы, в данном мониторинге приняли участие более 6 500 жителей региона старше 18 лет, в том числе 4 360 жителей муниципальных районов. Доля мужчин, принявших участие в исследовании, составила **45,8%**, доля женщин – **55,2%**.

Проанализированы социально-демографические параметры, поведенческие факторы, привычки питания с использованием стандартных эпидемиологических методов и критериев.

**Результаты.** По данным исследования, проведенного на территории Ульяновской области, **недостаточное потребление овощей и фруктов** отмечается у **55,3%** участников мониторинга. Распространённость данного фактора риска высокая и характерна для всех территорий, где проводился мониторинг. Отметим, что овощи и фрукты необходимо употреблять в среднем не менее 400 граммов ежедневно – это является нормой.

На втором месте по распространённости стоит фактор риска **«избыточная масса тела или ожирение»**. Индекс массы тела является наиболее удобной мерой оценки уровня ожирения и избыточного веса в популяции, поскольку он одинаков для обоих полов и для всех возрастных категорий взрослых. Таким образом, проведя измерения антропометрических данных у всех участников (роста и веса тела), получили данные о том, что у **32%** участников индекс массы тела (ИМТ) варьирует от 25 до 29 кг/м<sup>2</sup>, а у **26%** участников индекса массы тела равен или больше

**30 кг/м<sup>2</sup>** (классифицируется как ожирение). При этом средний ИМТ для региона равен **27 кг/м<sup>2</sup>** – и это также характерно для всех территорий, где проводилось исследование.

**Артериальное давление** с показателями **свыше 140/90 мм р.т.** отмечается у **25%** обследованных, а показания АД **свыше 160/95 мм р.т.** были зарегистрированы у **12%** участников. Данный фактор риска занимает третье место по распространённости в регионе.

Отметим, что по данным исследования наблюдается снижение потребления большого количества соли, а **именно досаливание во время приёма пищи**. Также потребление продуктов с высоким содержанием соли – 44% респондентов отметили, что лишь иногда потребляют такие продукты.

Анализ **физической активности в рамках мониторинга** проходил по нескольким показателям: работа с высокоинтенсивной и интенсивной нагрузкой (её частота), в том числе работа по дому и хозяйству; занятия спортом на досуге с высокоинтенсивной и интенсивной нагрузкой (частота таких занятий); ходьба пешком или езда на велосипеде от 10 минут и более (её частота).

Здесь отметим, что несоответствие рекомендациям ВОЗ по физической активности также характерно для жителей нашего региона. **78%** участников отмечают, что ходят пешком более чем 10 минут в день. Однако стоит обратить внимание, что для поддержания хорошего уровня здоровья ходьба должна быть быстрой и достигать до 60–90 минут в день – данное условие не соблюдается большинством участников. Небольшой процент населения занимается физическими упражнениями на досуге – лишь **18%**. Для сравнения отметим, что, по результатам мониторинга 2020 года, уменьшилась активность граждан при передвижениях (на работу, в магазины и т.п.) в связи с введенными ограничительными мероприятиями, связанными с распространением новой коронавирусной инфекции COVID-19. При этом увеличилась физическая активность на досуге (хоть и не существенно) – возможно, связанная с популярными флешмобами по физической активности, которые проводились в большом количестве с начала пандемии. По итогам четырехлетнего мониторинга, проведенного на территории Ульяновской области, отметим факторы риска, которые встречаются наиболее часто:

- культура питания и поддержание сбалансированного рациона требует коррекции: количество овощей и фруктов, потребляемых населением, не достигает суточной нормы, рекомендуемой Всемирной организацией здравоохранения (70% участников исследования потребляют менее 400 граммов овощей и фруктов в среднем за день);

- средний индекс массы тела в регионе равен 27 кг/м<sup>2</sup> (при крайней границе нормы, равной 25 кг/м<sup>2</sup>);
- физическая активность граждан находится на недостаточном уровне – отсутствуют не только аэробные нагрузки, но и ходьба пешком, как один из простых способов физической активности.

При этом нерациональное питание, избыточная масса тела и низкая физическая активность, как факторы риска, выявляемые при проведении профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, также занимают лидирующие позиции по частоте выявления.

**Выводы.** Таким образом, основная часть наиболее распространённых факторов риска – модифицируемые. Чтобы повлиять на снижение распространённости факторов риска, необходимо обратить внимание на меры, направленные на повышение осведомлённости населения региона о факторах риска (информационные кампании) и на предоставление возможностей населению вести здоровый, активный образ жизни (муниципальные программы по общественному здоровью). Для этого как на национальном, так и на местном уровнях в самых различных секторах и дисциплинах необходимо межведомственное взаимодействие по реализации политики и решений, которые учитывают национальные культурные и социальные условия, направлены на популяризацию, стимулирование и поощрение здорового образа жизни.

*А.Ю. Любаев, М.А. Степанова, А.А. Маланин, Е.Е. Вакаев*

## **ПРЕДВАРИТЕЛЬНАЯ СПОРТИВНО- ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ СПОРТСМЕНОВ-ПАРАЛИМПИЙЦЕВ НА ЭТАПЕ ТРЕНИРОВОЧНОГО ПРОЦЕССА И В ПРОЦЕССЕ СОРЕВНОВАНИЙ**

**ГУЗ «Областной врачебно-физкультурный диспансер»**

В паралимпийском движении участвуют спортсмены-инвалиды с поражениями опорно-двигательного аппарата, нарушением зрения и интеллектуальными нарушениями. При этом у спортсменов внутри каждой категории имеются различные возможности, в соответствии с этим сформировалась система распределения спортсменов по классам.

В Ульяновской области развито паралимпийское движение, которое представлено легкой паратлетикой, дзюдо, силовым троеборьем, плаванием, баскетболом, настольным теннисом, хоккеем с шайбой,

греко-римской борьбой и бочча. Спортивно-функциональную классификацию спортсмены-паралимпийцы проходят лишь на соревнованиях, где создается специальная комиссия. Необходимость создания подобной комиссии актуальна для нашего региона.

Классификация в паралимпийском движении – это процесс формирования однородных групп спортсменов-инвалидов по их функциональным возможностям. К участию в соревнованиях по паралимпийским видам спорта могут быть допущены только те спортсмены, которые отвечают требованиям классификации в своих видах спорта и получили личный спортивный класс и статус.

В феврале 2021 года врачи ГУЗ «Областного врачебно-физкультурного диспансера» прошли обучение по классификации спортсменов-паралимпийцев и приняли участие в работе спортивно-функциональной классификационной комиссии во время проведения Чемпионата России по паратлетике в г. Новочебоксарске, где закрепили освоенные навыки практически.

Полученный опыт работы позволяет врачам проводить предварительную классификацию спортсменов-паралимпийцев на базе ГУЗ «Областной врачебно-физкультурный диспансер», а также на спортивных базах паралимпийского спорта и местных соревнованиях. В ходе работы перед специалистами ставятся следующие практические задачи: 1) определение наличия «годных» поражений паралимпийцев и возможностей представлять на соревнованиях выбранный спортсменом вид спорта; 2) предварительное определение класса спортсмена перед предстоящей классификационной комиссией; 3) с учетом вышперечисленного – планирование объема, интенсивности и особенностей тренировочного процесса как самим спортсменом, так и тренерским составом; 4) прогнозирование совместно с тренерами спортивных перспектив каждого конкретного спортсмена.

В апреле 2021 года в г. Ульяновске состоялся чемпионат Ульяновской области по бочча, на котором врачи Маланин А.А. и Вакаев Е.Е. проводили предварительную классификацию спортсменов-паралимпийцев. Было классифицировано 20 спортсменов, среди них 13 мужчин и 7 женщин; каждому спортсмену было присвоен функциональный класс, соответствующий спортивным возможностям. Классификация выполняет две основные функции: определение пригодности спортсменов для участия в соревнованиях и их распределение по функциональным классам.

Наличие допустимого или «годного» типа поражения это необходимый, но не единственный критерий участия в соревнованиях паралимпийского спорта. Наличие поражения может предоставлять спортсмену право участвовать в соревнованиях только в том случае, если

оно вызывает ограничение спортивной деятельности в этом виде спорта. Цель классификации – обеспечить спортсмену возможность соревноваться на равных условиях с другими спортсменами и гарантировать, что его нарушение соответствует требованиям вида спорта.

Создание на базе ГУЗ ОВФД спортивно-функциональной классификационной комиссии даст новые возможности развитию паралимпийского спорта в Ульяновской области.

*Ю.Н. Чалова*

## ПРИМЕНЕНИЕ L-КАРНИТИНА У СПОРТСМЕНОВ ВЫСОКОЙ КВАЛИФИКАЦИИ

ГУЗ «Областной врачебно-физкультурный диспансер»

**Актуальность.** Процесс подготовки спортсменов высокой квалификации предусматривает существенное увеличение интенсивности и продолжительности тренировочных и соревновательных нагрузок.

**Цель исследования** – определить клиническую эффективность и безопасность использования L-карнитина «Элькар» у спортсменов высокой квалификации при интенсивных физических нагрузках тренировочного цикла.

**Материалы и методы исследования.** Общая продолжительность исследования, проведенного в 2019–2021 году, составила 20 недель: 16 недель шел набор волонтеров, включая 4-х недельных курс приема препаратов с наблюдением и оценкой, 4 недели – анализ данных и подготовка итогового отчета. Во время исследования каждый из пациентов совершил 2 визита, промежутки между посещениями составляли 28 дней.

Используемые методы: динамические исследования, объективные показатели физической работоспособности спортсменов высокой квалификации в ходе тренировочного процесса. Особым методическим приемом в нашем исследовании было полное воспроизведение условий проведения повторного обследования, т.е. оба тестирования были идентичными.

**Результаты исследования.** Анализ полученных данных был проведен в два этапа. Основной мотивационной установкой первого из них было доказательство правомерности проведения сопоставлений, т.е. установление факта сопоставимости групп до начала терапевтических воздействий. Второй этап был ориентирован на выявление

динамических отличий между выборками; проводили попарные сравнения – экспериментальная группа/группа сравнения.

Как следует из данных, представленных в таблицах 1-2, сравниваемые группы при первичном (фоновом) обследовании статистически значимо различались лишь по одной из анализируемых переменных – диастолическому артериальному давлению на второй минуте периода восстановления.

Таблица 1. Общая характеристика анализируемых выборок спортсменов

Параметры		Группы	
		ЭГ – Элькар	ГС – Плацебо
		Выборка 2	Выборка 1
1	ЧСС покоя	75,36±4,368	70,6±4,598
2	АДсист. Покоя	117,5±3,096	115,5±2,833
3	АДдиаст. Покоя	72,5±1,708	72,0±2,000
4	ЧСС на высоте нагрузки I	101,7±4,631	103,3±3,534
5	ЧСС на высоте нагрузки II	139,8±2,546	140,8±3,169
6	АДсист. на высоте нагрузки I	143,0±4,23	137,9±4,481
7	АДсист. на высоте нагрузки II	175,0±3,651	174,0±2,769
8	АДдиаст. на высоте нагрузки I	66,0±1,944	65,0±1,667
9	АДдиаст. на высоте нагрузки II	70,0±2,472	66,11±2,003

Таблица 2. Динамика частоты сердечных сокращений в анализируемых группах спортсменов

ЧСС восстановления		Группы	
		ЭГ – Элькар	ГС – Плацебо
		Выборка 2	Выборка 1
З	До	80,0±3,127	79,44±5,231
	После	78,22±3,582	78,44±4,042
Δ <sub>а-б</sub>		1,778±4,478	1,0±6,080

На основании данных, представленных в таблице 2, можно прийти к заключению, что применение L-карнитина в течение 4 недель индуцирует достоверное снижение диастолического артериального давления в конце периода восстановления. То есть Элькар оказывает оптимизирующее влияние на процесс восстановления после интенсивных нагрузок. Проявилась повышенная переносимость физических нагрузок и оптимизация процессов постнагрузочного восстановления, а также положительное влияние на метаболизм, в частности на процессы обеспечения энергией, необходимой для выполнения интенсивной мышечной деятельности.

**Вывод.** L-карнитин, представленный лекарственным препаратом отечественного производства «Элькар» (МНН: левокарнитин) в виде водного раствора L-карнитина для приема внутрь во флаконах по 25 мл (компания «ПИК-Фарма»), в суточной дозе 5 мл вызывает у спортсменов высокой квалификации выраженное улучшение переносимости интенсивных физических нагрузок и оптимизацию процессов постнагрузочного восстановления, а также оказывает влияние на метаболизм.

Удовлетворительная переносимость «Элькара» в высоких суточных дозировках позволяет рекомендовать указанное средство как важный элемент комплексных программ восстановительных мероприятий у спортсменов высокой квалификации.

*А.Ю. Любаев, Н.П. Сусина, Л.А. Романова, Г.Ш. Аюпова*

## АНАЛИЗ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ НА ГРУППЫ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ СПОРТОМ, ПО РЕЗУЛЬТАТАМ УГЛУБЛЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА В ГУЗ ОВФД

ГУЗ «Областной врачебно-физкультурный диспансер»

Медицинское обследование лиц, занимающихся спортом, проводится согласно Порядку, утвержденному приказом Министерства здравоохранения РФ от 23.10.2020 г. № 1 144н. Целью медицинского осмотра является определение состояния здоровья, группы здоровья для допуска к спортивным мероприятиям. В процессе углубленного медицинского обследования проводятся оценка уровня физического развития, уровня физической активности, выявление пограничных состояний, как факторов риска возникновения патологии (в т.ч. угрозы жизни) при занятиях спортом, выявление заболеваний, являющихся медицинскими

противопоказаниями к занятиям спортом. По результатам осмотра определяется целесообразность занятий избранным видом спорта с учетом установленного состояния здоровья и выявленных функциональных изменений.

В данной работе проведен анализ распределения на группы здоровья по результатам углубленного медицинского осмотра в ГУЗ ОВФД детей и подростков, желающих заниматься спортом, за последние 3 года. При прохождении углубленного медицинского осмотра ребенок осматривается врачом по спортивной медицине, педиатром, неврологом, офтальмологом, оториноларингологом, хирургом, кардиологом, стоматологом, проводятся диагностические обследования (ЭКГ, общий анализ крови, общий анализ мочи).

**Таблица 1. Распределение детей на группы здоровья по результатам углубленного медицинского обследования в ГУЗ ОВФД**

№ п/п	Показатели	2019		2020		2021	
		abs	%	abs	%	abs	%
1	Всего обследовано	7219		6003		6015	
2	Группа здоровья - I	612	8,5	474	7,9	422	7
3	Группа здоровья- II	6499	90	5314	88,5	5294	88
4	Группа здоровья- III	101	1,4	181	3	239	4
5	Группа здоровья -IV	7	0,1	34	0,6	60	1

Из приведенной таблицы видна тенденция к снижению количества детей и подростков с I и II группами здоровья и к увеличению – с III и IV группами здоровья.



Таблица 2. Распределения детей на группы для занятий физической культурой при проведении углубленного медицинского обследования в ГУЗ ОВФД

№ п/п	Показатели	2019		2020		2021	
		abs	%	abs	%	abs	%
1	Всего обследовано	7219		6003		6015	
2	Основная	7011	97,1	5752	96	5710	95
3	Подготовительная	201	2,8	217	3,4	245	4
4	Специальная	7	0,1	34	0,6	60	1

Из приведенной таблицы видна тенденция к снижению количества детей и подростков с основной группой по физкультуре и к увеличению с подготовительной и специальной.

После проведенного углубленного медицинского осмотра в ГУЗ ОВФД ребенок получает заключение о возможности занятий спортом. Дети I группы здоровья и основной группой по физкультуре допускаются к занятиям любым видом спорта без ограничений. К детям, имеющим II-III группы здоровья и подготовительную группу по физической культуре, подход к допуску в спорт индивидуальный: оцениваются функциональные возможности организма, уровень физической подготовленности, период заболевания, длительность ремиссии. Оцениваются факторы риска возникновения патологии (в т.ч. угрозы жизни). Решается вопрос с учетом конкретного вида спорта и этапа спортивной подготовки.

В век повсеместной цифровизации, когда двигательная активность детей значительно снижена, при решении вопроса о допуске в спорт детей с отклонениями в состоянии здоровья рассматриваем все возможные варианты допуска в спорт. На начальном этапе допускаем с ограничениями физических нагрузок без участия в соревнованиях. При положительной динамике в состоянии здоровья допуск к физическим нагрузкам расширяется.

Дети с IV группой здоровья в спорт не допускаются, для них возможны занятия адаптивным спортом.

*В.Г. Караулова, И.И. Тихова*

## О РЕАЛИЗАЦИИ РЕГИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА «ПОЧТАЛЬОНЫ ЗДОРОВЬЯ»

ГУЗ «Центр общественного здоровья и медицинской профилактики Ульяновской области»

**Цель исследования** – в целях сохранения и укрепления здоровья и благополучия граждан пожилого возраста, инвалидов, проживающих в сельской местности, повышения осведомленности граждан в вопросах здоровья 18 декабря 2018 года между УФС Ульяновской области ФГУП «Почта России» и Министерством здравоохранения Ульяновской области заключено соглашение о сотрудничестве.

**Методы исследования.** Пилотными муниципалитетами реализации проекта были определены 5 районов «Южного куста»: Новоспасский, Павловский, Николаевский, Радищевский и Старокулаткинский районы. В ноябре 2019 года к проекту были подключены дополнительные территории Новомалыклинского, Цильнинского и Мелекесского районов. Муниципальные образования Ульяновской области включались в проект поэтапно. К концу 2021 года в проекте участвуют 19 муниципалитетов региона.

Специалистами ГУЗ «Центр общественного здоровья и медицинской профилактики Ульяновской области» организованы и проведены обучающие семинары для почтальонов муниципальных образований Ульяновской области по определению ранних признаков жизнеугрожающих состояний, таких как острый коронарный синдром, острые нарушения мозгового кровообращения, острая сердечная недостаточность, и оказанию первой помощи, а также алгоритму действий при обращении в службу скорой медицинской помощи, навыкам измерения артериального давления с использованием автоматических тонометров. Лекторы – медицинские работники ведущих государственных учреждений здравоохранения региона, в том числе главные внештатные специалисты Министерства здравоохранения Ульяновской области.

Во время выездов почтальонов в отдаленные населенные пункты они, посещая одиноких либо одиноко проживающих граждан, выявляют нуждающихся в помощи, информируют граждан в соответствии с действующим законодательством о возможности прохождения диспансеризации, профилактических медицинских осмотров, посещения участкового врача для диспансерного наблюдения. Также оказывают помощь гражданам в использовании ресурсов сети Интернет для записи

на прием к врачам (электронная регистратура) и вызове участкового медицинского работника на дом.

При необходимости «почтальоны здоровья» оказывают первую помощь (при наличии соответствующей подготовки и (или) навыков), вызывают скорую медицинскую помощь, информируют медицинскую организацию в соответствии с законодательством Российской Федерации, проводят просветительскую работу, направленную на формирование навыков здорового образа жизни, ответственного отношения к здоровью, избавление от вредных привычек, в том числе путем распространения информационно-образовательных материалов для населения (буклеты, памятки, брошюры).

В период пандемии новой коронавирусной инфекции работа по проекту «Почтальоны здоровья» не только не была приостановлена, но и получила дальнейшее развитие.

С августа 2020 года проект дополнен новым направлением: проведение дистанционных консультаций пациентам населенных пунктов Ульяновской области с целью мониторинга состояния здоровья пациентов с хроническими заболеваниями и пациентов старше 65 лет. Для проведения видеоконсультаций работников почты обеспечили планшетами.

В 2020 году это площадками реализации данного направления стали Инзенский, Мелекесский, Николаевский, Новопасский, Радищевский районы Ульяновской области.

1 декабря 2020 в населенных пунктах с. Живайкино Барышского района, с. Сосновка Карсунского района, с. Дмитриево-Помряскино Старомайнского района, с. Русский Мелекес Мелекесского района Ульяновской области на базе почтовых отделений были открыты 4 Центра социальных услуг (ЦСУ).

Центры социальных услуг предоставляют населению в сельской местности различные государственные и муниципальные услуги. Жители могут воспользоваться медицинскими приборами в «пункте самоконтроля», оснащенном термометрами для измерения температуры тела, автоматическими тонометрами, пульсоксиметрами, весами, ростометрами и глюкометрами.

**Результаты исследования.** За время реализации проекта (2019–2021) с целью выявления признаков сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний проведено анкетирование 7 146 жителей сел, выявлено 4 342 человека, нуждающегося в помощи, передана информация в медицинскую организацию, органы социальной защиты о 1 661 нуждающемся, 907 жителям был вызван на дом врач или участковый медицинский работник, 813 – вызвана скорая медицинская помощь.

На 1 января 2022 года при содействии почтальонов проведено 717 дистанционных консультаций пациентов на дому. И если в 2020 году дистанционных консультаций было 86, то за 2021 год их количество составило уже 631.

По итогам консультаций ряд пациентов были направлены в дневной стационар (с сахарным диабетом, артериальной гипертензией, заболеванием желудочно-кишечного тракта), записаны на консультацию к узким специалистам (неврологу, онкологу, эндокринологу), на дополнительные обследования (флюорографию, ФГДС).

За время работы «пункты самоконтроля» посетило 10 990 жителей сельской местности, из них:

- 4731 человек измерил артериальное давление;
- определили уровень кислорода в крови 5342 человека;
- определило уровень сахара в крови с помощью глюкометра 837 человек.

**Выводы.** Реализация проекта «Почтальоны здоровья» является частью муниципальных программ по укреплению общественного здоровья и позволяет охватить целевую аудиторию «возрастного» населения. Повысив осведомленность граждан о принципах здорового образа жизни, профилактике заболеваний, возникновении осложнений, мы внесем вклад как в снижение смертности населения, так и в увеличение продолжительности здоровой жизни в целом.

*А.В. Астасенко, Е.А. Пронько, И.Н. Матейко,  
Р.Х. Мухаметгатов*

## МЕМАНТИН В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПОРАЖЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая наркологическая  
больница»

**Актуальность.** Алкоголизм в России, как и во всем мире, является одной из самых острых социальных и медицинских проблем, стоящих перед обществом.

Уровень заболеваемости алкоголизмом в Ульяновской области в 2020 году составил (633,99 на 100 тыс. населения) ниже среднестатистического по РФ (754,4 на 100 тыс.). Согласно статистике, заболеваемость алкоголизмом и алкогольными психозами снижается. Но эти данные не могут считаться объективными, потому что многие пациенты обращаются в клиники анонимно, либо не обращаются к наркологу вовсе из-за отрицания болезни.

Существует целый комплекс заболеваний, осложняющих алкогольную зависимость, которые затрагивают различные органы и системы организма, что приводит к физической и нравственной деградации человека.

Наиболее тяжелое проявление хронического алкоголизма – алкогольная энцефалопатия. Нервная система наиболее чувствительна к действию этанола, который вступает в контакт с нервными клетками, что обуславливает нарушения эмоционально-волевой сферы, проявляющиеся в колебаниях настроения; снижение интеллектуально-мнестических функций: ухудшение памяти и внимания вплоть до деменции; снижение критической оценки своей личности, поведения и возможностей, утрата способности к производительному труду.

Ноотропные и метаболические препараты широко используются для купирования абстиненции, в качестве вытрезвляющих средств, ускоряющих выход из делириозного состояния и улучшающих течение постпсихотического состояния, при формировании хронической энцефалопатии и развитии психоорганического синдрома. Согласно клиническим рекомендациям, в комплексной терапии применяются препараты аминокислоты (фенибут, пикамилон), агонисты глицинового участка NMDA-рецептора глутаматергических структур (глицин).

Благодаря им снижается тревожность, напряженность, улучшаются когнитивные функции.

В последнее время нами стал использоваться мемантин (неконкурентный антагонист NMDA рецепторов) – лекарственный препарат, не принадлежащий к категории средств специфической противопохмельной терапии. По данным ряда исследователей, мемантин оказывает дозозависимое редуцирующее влияние на индуцированное влечение к алкоголю, что позволяет авторам ставить вопрос о необходимости дальнейшего изучения роли антагонистов NMDA-рецепторов в лечении алкогольной зависимости. Нами данный препарат используется с целью устранения когнитивных расстройств, вызванных действием этанола на головной мозг т.к. мемантин препятствует алкогольному повреждению нервной ткани и предотвращает вызванное алкоголем угнетение процессов нейрогенеза, нормализует мембранный потенциал, улучшает процесс передачи нервного импульса.

**Методика исследования.** Среди всех больных, пролеченных в отделении неотложной наркологической помощи с диагнозом алкогольная энцефалопатия, было выбрано 54 пациента, имеющих выраженные когнитивные расстройства, проявляющиеся значительным снижением памяти, интеллектуальной работоспособности, аффективными расстройствами, ослаблением самокритики, утратой навыков самообслуживания. Данные пациенты были случайным образом разделены на 2 группы. I группа (27 человек) получала стандартную ноотропную терапию (фенибут, пикамилон, глицин). II группа, наряду со стандартной терапией, получала мемантин первую неделю по 5 мг/сутки, со второй недели – по 10 мг/сутки.

**Результаты.** К концу второй недели нами было отмечены следующие эффекты: у первой группы пациентов нормализовался психоэмоциональный фон, снизилась агрессия, но сохранялись снижение памяти и трудности в самообслуживании; во второй же группе, получающей мемантин, к нормализации психоэмоционального фона присоединилось значительное улучшение памяти. Больные самостоятельно находили свою палату, койку, узнавали соседей по палате, лечащего врача, восстанавливались навыки самообслуживания, больные стали следить за внешним видом, интересоваться окружающими событиями, появились критические высказывания, стали осознавать причинно-следственную связь между алкоголизацией и развившимися у них расстройствами.

**Выводы.** Таким образом, ноотропные и метаболические препараты занимают значительное место в лечении алкогольной зависимости, в том числе сочетающегося с различными соматическими и неврологическими расстройствами у пациентов разного возраста. При прекращении

употребления алкоголя расстройства могут регрессировать, что способствует полному или частичному восстановлению функций головного мозга и периферической нервной системы. Прогноз зависит от стадии заболевания, при которой начато лечение. Неблагоприятный прогноз обусловлен глубокими органическими поражениями головного мозга. Цель фармакотерапии – воздействие на патогенез и дополнительные факторы, вызывающие неврологические расстройства. Поражение ЦНС и периферической нервной системы обуславливает необходимость применения метаболических и ноотропных препаратов, улучшающих обменные процессы в головном мозге.

*М.В. Белянкин, О.М. Некрасова, Е.В. Кельса,  
Э.А. Шайхалова*

### **ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ ПАЦИЕНТОВ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ, КОТОРЫМ ДИАГНОСТИРОВАНА НОВАЯ КОРОНАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ (COVID-19)**

**ГУЗ «Ульяновская областная клиническая наркологическая  
больница»**

**Актуальность.** Увеличение пациентов наркологического профиля, требующих дополнительной диагностики на наличие или отсутствие новой коронавирусной инфекции (COVID-19).

Чрезмерное употребление алкоголя ослабляет иммунную систему, чем снижает возможность организма противостоять инфекционным заболеваниям. Это один из факторов риска развития острого респираторного дистресс-синдрома (ОРДС), являющегося одним из осложнений COVID-19. Заболевание новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) может спровоцировать обострение синдрома отмены при алкогольной зависимости, т.к. при COVID-19 происходит дополнительная интоксикация и кислородное голодание головного мозга, что может привести к изменениям и в эмоциональной сфере в том числе.

**Цель** – определить особенности эмоциональной сферы пациентов наркологического профиля, в частности, имеющих диагноз «синдром зависимости вызванный употреблением алкоголя», у которых диагностирована новая коронавирусная инфекция (COVID-19).

**Материалы и методы.** С 29 сентября 2021 года на базе стационарного отделения ГУЗ УОКНБ было открыто отделение обсервации.

С 29 сентября 2021 года по 31 января 2022 года поступило 309 пациентов, среди них 36 (11,8%) женщин и 273 (88,2%) мужчины. COVID-19 лабораторно подтвержден у 98 (31,7%) пациентов: 86 мужчин и 12 женщин, из них у 35 (11,3%) пациентов – 31 мужчины и 4 женщины – выявлено осложнение в виде поражения легких. Поражение легких выявлено у 28 (9%) пациентов, 26 мужчин и 2 женщин. Пациенты с лабораторно подтвержденным COVID-19 и осложнениями в виде поражения легких переведены в другие лечебные заведения, оказывающие специализированную помощь в лечении COVID-19, пациенты с диагнозом COVID-19 без осложнений переведены на амбулаторное лечение. С этими пациентами проведены только диагностические мероприятия (опрос, сбор анамнеза, исследование эмоциональной сферы).

Проведено психодиагностическое исследование эмоциональной сферы – выявление уровня тревоги и депрессии (госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS). В исследовании участвовало 98 (100%) пациентов наркологического профиля с лабораторно подтвержденным диагнозом COVID-19 отделения обсервации (1 группа), в качестве контрольной группы (2 группа) были взяты результаты диагностики эмоциональной сферы 98 (100%) пациентов наркологического профиля стационарного отделения, не имеющих симптомов и диагноза COVID-19.

Результаты исследования эмоциональной сферы пациентов наркологического профиля с лабораторно подтвержденным диагнозом COVID-19 (1 группа): Уровень тревоги: норма – 9 (9,1%) пациентов; субклинически выраженная – 72 (73,4%) пациента; клинически выраженная – 17 (17,3%) пациентов.

Уровень депрессии: норма – 16 (16,3%); субклинически выраженная – 69 (70,4%); клинически выраженная – 13 (13,2%).

Результаты исследования эмоциональной сферы пациентов наркологического профиля стационарного отделения, не имеющих симптомов и диагноза COVID-19 (2 группа, контрольная). Уровень тревоги: норма – 62 (63,2%) пациентов; субклинически выраженная – 25 (25,5%) пациентов; клинически выраженная – 11 (11,2%) пациентов. Уровень депрессии: норма – 62 (63,2%); субклинически выраженная – 27 (27,5%); клинически выраженная – 9 (9,1%).

Результаты психологического исследования эмоциональной сферы показали, что в 1 группе (пациенты наркологического профиля с лабораторно подтвержденным диагнозом COVID-19) более выражены ситуационная тревога и депрессивные проявления.

У заболевших новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) отмечаются негативные психологические реакции – такие как раздражительность, депрессии, острые реакции на стрессовые ситуации, подавленное

настроение, тревога, страх. При беседе пациенты предъявляли жалобы на: бессонницу – 58%; нарушение внимания и концентрации – 28%; тревогу – 80%; ухудшение памяти – 34%; депрессивное состояние – 70%.

**Выводы:** 1. Исследования эмоциональной сферы показали, что в 1 группе (пациенты наркологического профиля с лабораторно подтвержденным диагнозом COVID-19) более выражены ситуационная тревога и депрессивные проявления. Исходя из результатов исследования эмоциональной сферы, в психокоррекционную работу с данной категорией пациентов необходимо вносить обучение упражнениям на снижение ситуационной тревоги и депрессивных проявлений (при необходимости предусмотреть фармакотерапию депрессивных и субклинически выраженных депрессивных состояний). 2. В отделении обсервации, кроме обязательных мероприятий наркологического профиля, необходимо проводить индивидуальную работу с целью повышения информированности о новой коронавирусной инфекции (COVID-19), правилах соблюдения дистанции, необходимости использования средств индивидуальной защиты, соблюдения правил личной гигиены.

*Д.В. Волков, О.П. Ведянова, А.Г. Кузьмина*

## ПРЕОДОЛЕНИЕ АЛЕКСИТИМИИ НАРКОЛОГИЧЕСКИМИ ПАЦИЕНТАМИ В ПРОЦЕССЕ ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ КАК ФАКТОР ПРИНЯТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ И РАЗВИТИЯ КОПИНГ- МЕХАНИЗМОВ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО УРОВНЯ

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая наркологическая  
больница»

**Актуальность.** По данным современных исследований, злоупотребление ПАВ (психоактивных веществ) и неприятные последствия опьянения больше распространено среди людей с более высокими уровнями алекситимии, а количество потребления алкоголя, частота и тяжесть последствий находились в прямой корреляционной связи с проявлением сложностей в распознавании собственных чувств. Алекситимия (состояние, при котором человек не способен описать и понять свои чувства и эмоции, что приводит к проблемам в межличностных отношениях, нарушению способности управлять интенсивностью испытываемых им эмоциональных переживаний) является условием позднего обращения больных за медицинской помощью, затрудняет процесс

психотерапевтического воздействия, а также создает сложности для пациентов в постреабилитационный период с распознаванием проявляющегося влечения к психоактивным веществам в период трезвости.

Одним из условий качественной реабилитации, зависимых от ПАВ, является глубокое погружение пациентов в психотерапевтический процесс, осуществляемый психотерапевтической бригадой специалистов (врач психиатр-нарколог, психотерапевт, медицинский психолог, специалист по социальной работе и социальный работник). Разработанная бригадой специалистов реабилитационная программа предполагает активное участие пациентов в групповой психотерапии, в том числе с использованием когнитивно-поведенческих групп, направленных на преодоление алекситимии и формировании новых качественных жизненных моделей поведения и функционирования в социуме.

На всех этапах программы (адаптационном, интеграционном и стабилизационном) проводится когнитивно-поведенческая психотерапевтическая группа «Дневник чувств», позволяющая прорабатывать эмоциональную составляющую наркологического заболевания. Мишенями данной групповой психотерапии являются: нарушение саморегуляции и самоконтроля, недостаточность и дефицитарность копинг-механизмов, затрудняющих повышение стрессоустойчивости у пациентов. Одну из самых сложных личностных проблем, связанную с «дорастиванием» незрелой личности наркологического пациента, позволяет решать, в том числе, и данный вид групповой психотерапии.

**Цель исследования.** В 2017–2021 гг. на базе стационарного отделения медицинской реабилитации было проведено исследование с целью изучения качественных изменений в осознании пациентами своей химической зависимости, принятия ими своего заболевания и преодоления анозогнозии.

**Задачами исследования было:** 1. Клинико-социальное изучение группы пациентов, проходящих медицинскую реабилитацию в отделении стационарной реабилитации ГУЗ УОКНБ с алкогольной наркотической и сочетанной (алкогольной/наркотической) зависимостями. 2. С использованием клинических психологических методик, разработанных ФГБУ НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева: комплексной экспресс-оценки анозогнозии, 2011 г. авторов: Ю.В. Рыбаков, Р.Д. Илюк, Е.М. Крупицкий, В.В. Бочаров, А.Я. Вукс и ТАС (Торонтской алекситимической шкалы), получить оценку уровня анозогнозии данной группы пациентов в конце интеграционного этапа реабилитационного процесса.

В исследовании приняли участие 180 реабилитантов (45 женщин и 135 мужчин). Возрастной диапазон от 24-х до 60 лет. Выборка проводилась

из пациентов, проходящих долгосрочную (до 6-ти месяцев и более) реабилитацию. Средний период реабилитации составил 4,5 месяца.

Было выявлено, что из числа респондентов первично обратились за лечением в ГУЗ «Ульяновская областная клиническая наркологическая больница» 35% пациентов и 65% повторно, имели алкогольную зависимость 115 чел. (64%), зависимость от наркотических веществ – 25 (14%), зависимость и от алкоголя, и от наркотических веществ – 40 чел. (22%). Судимость или административные правонарушения имели 92 человека – 51%. Высокий уровень реабилитационного потенциала был выявлен у одного пациента. Около 36% пациентов имели средний реабилитационный потенциал. У 64% респондентов был выявлен низкий уровень реабилитационного потенциала.

После участия в психообразовательных групповых занятиях, проводившихся на адаптационном этапе реабилитации в течение 4-х недель, шкалу неинформированности (первая шкала вопросника) преодолело 51% реабилитантов, что показало у больных наличие знаний о признаках химической зависимости и в целях наркологического лечения, что по классификации наркологических пациентов, разработанной Институтом психотерапии и медицинской психологии РПА им. Б.Д. Карвасарского, г. Санкт-Петербург, соответствует типу пациента 1 (имеет информацию о заболевании, но не признает себя зависимым). После цикла групповых психокоррекционных занятий по преодолению анозогнозии (на интеграционном этапе в течение 3-х месяцев) при повторном тестировании по всему комплексу шкал данного вопросника критика к заболеванию сформировалась у 73% пациентов, что соответствует типу пациента 2 (имеет информацию о химической зависимости, признает себя зависимым). По результатам шкалы ТАС (Торонтской алекситимической шкалы), у пациентов, проходящих краткий курс реабилитации (адаптационный этап), алекситимия была выявлена в 89% случаев. Пациенты, участвующие в длительной реабилитационной программе, посещая занятия когнитивно-поведенческой психотерапевтической группы, начинали преодолевать алекситимию, и, в итоге, процент пациентов с алекситимией составил 62%. В результате качественных изменений пациентов, улучшалась лечебная среда в отделении. Пациенты посещали все реабилитационные мероприятия, участвовали в творческих проектах, оказывали помощь медицинскому персоналу. Находясь в лечебном отпуске, пациенты в 90% случаев возвращались в отделение без нарушения лечебного режима и продолжали реабилитацию. По мнению пациентов, преодолевающих алекситимию, у них значительно улучшались отношения с родственниками. Родственники пациентов чаще приходили на семейное консультирование и тоже включались в реабилитационный процесс.

**Выводы:** преодоление алекситимии наркологическими пациентами способствует большему эмоциональному принятию заболевания, что может свидетельствовать о развитии копинг-механизмов эмоционального уровня, повышающих стрессоустойчивость, формирующих новые качественные жизненные модели поведения и функционирования в социуме.

*Е.В. Гриценко, В.В. Акимов, О.В. Гаврилина*

## АНАЛИЗ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ И ИХ РОЛЬ В СОХРАНЕНИИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

ГКУЗ «Ульяновская областная клиническая психиатрическая  
больница имени В.А. Копосова»

**Актуальность.** Состояние психического здоровья детей и подростков чрезвычайно значимо для благополучного развития общества. Первым и важным этапом в оказании психиатрической помощи населению является раннее выявление лиц, страдающих психическими расстройствами, и входящих в группу риска их развития. Чем раньше будут выявлены дети и подростки, имеющие психические нарушения или склонные к их возникновению, тем более вероятен положительный прогноз при комплексном психологическом, медицинском и педагогическом вмешательстве. При своевременной диагностике, коррекции, лечении можно рассчитывать, что ребенок будет адаптирован в школе и семье, снизится риск делинквентного и суицидального поведения, сформируется личность, способная к продуктивному труду, адаптивным формам взаимодействия с окружающей действительностью.

**Цель исследования** – провести анализ профилактических медицинских осмотров на примере диспансеризации детей и подростков Заволжского района города Ульяновска (микрорайоны Верхняя и Нижняя Терраса) за 2020–2021 годы согласно приказу Министерства здравоохранения РФ от 10.08.2017 №514н: «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних».

**Методы:** клинико-психопатологический, клинико-анамнестический, статистический.

**Результаты.** В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации 10.08.2017 № 514н «О порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних» за 2020 год при профилактических осмотрах в дошкольных и школьных учреждениях врачом психиатром было осмотрено 512 детей 6 лет и 862 подростка от 14 до 17 лет включительно. Диспансеризация была проведена не в полном объеме в связи с ограничительными мероприятиями по новой коронавирусной инфекции.

Среди детей 6 лет впервые выявленные:

- 34 (6,6%) ребенка с задержкой психологического развития (даны рекомендации по психолого-педагогическому и медикаментозному сопровождению);
- 7 (1,3%) детей с подозрением на другие психические и поведенческие расстройства (приглашены на прием с целью обследования). Из них явились на прием родители с одним ребенком. Ребенку выставлен диагноз и назначено лечение с целью коррекции эмоциональных и поведенческих нарушений.

Среди подростков 14-17 лет впервые выявлено 8 (0,93%) человек с подозрением на психические расстройства, все они приглашены на прием. Из них 2 подростка в настоящее время наблюдаются психиатром и получают медикаментозное лечение с положительным эффектом.

За 2021 год осмотрено 807 подростков в возрасте 15–17 лет. Впервые выявлено 13 лиц (1,61%) с подозрением на психические расстройства. В настоящее время 3 подростка из числа выявленных за 2021 год наблюдаются и получают лечение у психиатра. Еще 2 подростка по результатам клинко-психопатологического обследования направлены на психологическую коррекцию и сопровождение к психологу.

**Выводы.** 1. Наиболее распространенным выявленным расстройством среди детей 6 лет является задержка психического развития, которая, в большинстве случаев, успешно компенсируется при своевременном и комплексном медико-психолого-педагогическом вмешательстве. 2. Среди подростков преобладают легкие и умеренные аффективные расстройства; расстройства, связанные со стрессом. Несколько менее распространены состояния, сопровождающиеся самоповреждениями. Единичны случаи впервые выявленных психотических состояний. 3. Охват психиатрической и психологической помощью значительно ниже реальной потребности в ней вследствие различных причин: недостаточности психообразования, предвзятого отношения к психиатрической службе членов семьи и общества, нерешительности, не критичности к состоянию и прочее. 4. Профилактические осмотры являются не только инструментом выявления заболеваний, но и важным способом

донесения информации о том, где и как можно получить плановую и экстренную помощь, являются частью психообразования и информирования населения.

*О.В. Коваленко, Л.Ю. Сироткина*

## **КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД В РЕШЕНИИ ЭКСПЕРТНЫХ ВОПРОСОВ В СУДЕБНО- ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ ПО ВОССТАНОВЛЕНИЮ ДЕЕСПОСОБНОСТИ ЛИЦ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ДОМАХ-ИНТЕРНАТАХ**

**ГКУЗ «Ульяновская областная клиническая психиатрическая  
больница имени В.А.Копосова»**

**Актуальность.** Психическое расстройство не только изменяет отношение к человеку со стороны общества, но и нередко приводит к серьезным ограничениям его основных прав. Самым серьезным ограничением является утрата дееспособности, то есть лишение человека права самостоятельно решать практически все вопросы своей жизни. Очевидно, что признание человека однажды недееспособным создает предубеждение по отношению к нему: ведь поводом для лишения дееспособности послужило тяжелое психическое расстройство, вследствие которого человек полностью утратил способность принимать самостоятельные решения. Признание гражданина недееспособным формально осуществляется судом, но фактическое решение суда зависит от мнения судебных психиатров-экспертов. В настоящее время особенно актуальным становится решение вопроса о восстановлении дееспособности лиц, проживающих в условиях интернатов. Идет работа на государственном уровне по реабилитации и социальной адаптации такой категории граждан.

**Статистические данные амбулаторной судебной психиатрической экспертизы ГКУЗ «УОКПБ им В.А. Копосова» по решению вопроса о восстановлении дееспособности.**

Год исследования	Кол-во экспертиз	Дееспособные	Ограниченно дееспособные
2019	323	3	3
2020	231	3	10
2021	236	0	6

Из практики мы видим, что различные психопатологические и патопсихологические образования, свойственные человеку, находящемуся в доме-интернате, увязываются в том числе и со средой обитания, где присутствует факт «стереотипа замкнутого пространства» – изоляции. Обеспечиваемый уход проживающих в интернатах имеет и побочные действия, он ограничивает их в наработывании и тренировке расширенных социальных связей. Такая потребность в проявлении самостоятельности, снятии ограничений в действиях, высказывается на экспертизах обследуемыми, проживающими в интернатах.

**Цель и методы.** Проводимые комплексные психолого-психиатрические экспертизы по восстановлению дееспособности в рамках гражданского процесса имеют целью, при наличии психического расстройства, выявить актуальный и потенциальный уровень сохранности психических функций, интеллекта, и в целом способности к принятию решений и действий в быту и близком социальном окружении. Экспертом-психиатром решается вопрос о диагнозе и степени выраженности психического расстройства, а экспертом-психологом рассматривается вопрос об уровне сохранности психических функций, зоне обучаемости и социальной адаптивности. С этой целью экспертами используются ретроспективный анализ особенностей психического развития подэкспертного, клинический и экспериментально-психологический научные методы. Стандартизированные методики позволяют исследовать познавательные, мыслительные, интеллектуальные, индивидуально-психологические особенности личности. На практике чаще всего проводится дифференциация в диагнозах между F-70 и F-71 (легкая и умеренная умственная отсталость). Психологом применяются тест Векслера, тест Равена, методика заучивания «10 слов», «Исключение предметов», а также исследуется сохранность личностного ресурса, для чего используются рисуночный тест «ДДЧ», тест Розенцвейга, проба на совместную деятельность – рисование, конструирование, целенаправленная беседа, наблюдение.

**Результаты.** Комплексный подход в исследовании позволяет получить более точные и дифференцированные результаты по вопросу восстановления дееспособности, определения степени сохранности интеллектуально-познавательных, эмоционально-волевых и адаптивных функций. Результаты, полученные в ходе экспертизы, позволяют утверждать, что у определенной части исследуемых, которым создавались условия социальной реабилитации, обнаруживалась потенциальная зона успешной приспособляемости и практической обучаемости элементам социальной жизни. В выводах экспертов констатируются результаты о степени сохранности познавательно-интеллектуальных функций,

социальной адаптивности, зоне потенциального развития, умении принимать помощь и обращаться за ней. В комиссионных комплексных выводах отражается полная дееспособность, ограниченная дееспособность, либо недееспособность.

**Выводы.** Таким образом, проведенный анализ обнаруживает, что амбулаторная судебная психолого-психиатрическая экспертиза в общей системе восстановления дееспособности граждан домов-интернатов является важным аспектом на пути изменения качества жизни человека и его социальной активности в обществе. Психиатрический диагноз не всегда становится однозначным критерием недееспособности, значительную роль играют социально-реабилитационные мероприятия, проводимые в интернатах.

*В.А. Кормишин, М.В. Белянкин*

## СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОБОРУДОВАНИЯ И ТЕСТ-СИСТЕМ ДЛЯ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ НА ПСИХОАКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая  
наркологическая больница»

ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»

**Актуальность рассматриваемой проблемы.** В настоящее время анализ биологической жидкости на психоактивные вещества проводят иммунохроматографическими системами различных производителей с компьютерной фиксацией. Результаты предварительного тестирования не всегда совпадают с конечным результатом подтверждения методом газовой или жидкостной хроматографии с масс-спектрическим детектированием.

**Целью** исследования является анализ данных по сходимости результатов подтверждающего метода газовой масс-спектрометрии и иммунохроматографического метода тестами и аппаратами различных производителей Рефлеком, Сармат.

Принцип работы иммунохроматографических тестов – взаимодействие комплекса антиген – антитело. Метод является косвенным по отношению к анализам, могут возникать перекрестные реакции. Но метод не требует пробоподготовки и является экспрессным.

Причинами систематической ошибки может являться высокая или низкая чувствительность, соответственно дающая ложноположительные



и ложноотрицательные результаты. В первом случае тест срабатывает на антитела, выработанные на определяемое вещество и множество аналогичных антител. Во втором случае тест значительно реже дает перекрестные реакции, но и не срабатывает на остаточные и следовые количества. Золотой середины добиться невозможно. Будет избыток ложноположительных с последующими временными и финансовыми затратами на подтверждение, либо полный пропуск искомого вещества, что не допустимо.

Принцип работы оборудования: тест фотографируется, а полученное изображение сравнивается по интенсивности окраски полосок и программа выдает результат. Аппаратное оснащение метода преследовало две цели: документация результата и более точное детектирование. Но на практике более четкого детектирования не происходит.

Для исследования использовали тест-полоски и аппараты трех производителей, сравнивали количество неподтвержденных результатов хроматомасс-спектрометрией на 1000 исследований, а также качество тестов, количество брака изделия, удобство работы персонала.

Производитель тестов и оборудования	Количество ложно положительных результатов	Количество ложноотрицательных результатов	Количество заводского брака	Дополнительное детектирование прибора	Экспрессность. Удобство.
Фактор- Мед. Рефлеком	9,5%	4,2%	4,4%	отсутствует	5 мин удобно
Лига Фарм. Сармат	10,3%	1%	0,3%	отсутствует	5 мин удобно

**Вывод:** 1. Аппараты Сармат и Рефлеком по экспрессности обладают равными характеристиками. 2. Качество тестов наилучшее у Лига Фарм и наименее качественные Фактор Мед. 3. Дополнительное детектирование приборы не обеспечивают. 4. Тесты на синтетические каннабиноиды потеряли свою актуальность по причине отсутствия данных запрещенных веществ в обороте, но приказ МЗ РФ № 933н обязывает их использовать. 5. Наличие брака в тест-системах предполагает повторное тестирование одного объекта, что приводит к среднему удорожанию изделия.

*А.Н. Кузнецов, Н.Н. Махмутова, М.А. Ганюшкина,  
А.В. Демин*

## КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ, НАПРАВЛЕННЫХ ПО РЕШЕНИЮ СУДА В ОТДЕЛЕНИЕ СТАЦИОНАРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ №1 ГУЗ УОКНБ ЗА 3 ГОДА

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая наркологическая  
больница»

**Актуальность.** Снижение уровня наркомании является приоритетной задачей всего наркологического сообщества Российской Федерации. Изучение произошедших изменений в Уголовном кодексе РФ свидетельствует о том, что на сегодняшний день предусмотрены значительные возможности по стимулированию наркозависимых к излечению. Обязанность пройти курс лечения и реабилитации может быть возложена судом наряду с наказанием (ст. 72.1 УК РФ) при условном осуждении и условно-досрочном освобождении осужденного (ч. 5 ст. 73, ч. 2 ст. 79 УК РФ), а также в случае отсрочки отбывания наказания (ст. 82.1 УК РФ).

В связи с активизацией судебной-правовой системы в 2018 году увеличился поток больных, направленных по суду в стационар наркологической больницы.

**Цели, задачи, методы и материал для исследования.** В 2021 г. на базе стационарного отделения медицинской реабилитации № 1 ГУЗ «Ульяновская областная клиническая наркологическая больница» было проведено исследование с целью клинико-социального изучения группы пациентов, направленных по суду, за последние 3 года (с 2019 по 2021 год).

**Задачи исследования.** 1. Выявить тенденции среди лиц, направленных на лечение и прохождение медицинской реабилитации за последние три года. 2. Клиническое исследование группы пациентов с зависимостями, проходящих лечение и медицинскую реабилитацию в отделении стационарной медицинской реабилитации № 1 ГУЗ УОКНБ. 3. Выявить особенности социального статуса данных пациентов.

В исследовании приняли участие 288 реабилитантов, в 2019 г. – 124, в 2020 – 70, в 2021 – 94 человека, находившихся на лечении в ОМРС № 1.

Респондентам была предложена анкета социальной карты, состоящая из 34 вопросов, направленных на получение информации об основных сведениях жизни (возрасте, уровне образования, социальном и семейном положении, отношении к лечению, планах на будущее).

Пол. Все респонденты мужского пола. Возраст. Возрастной диапазон пациентов составил от 18 до 61 года. До 20 лет – 2%, от 20 до 30 – 20%, от 30 до 40 – 48%, от 40 до 50 – 27%, от 50 до 60 лет – 3% исследуемых.

Направлены по приговору – 66% пациентов; направлены по постановлению – 33% больных; первичное или повторное лечение: первично находились на лечении 42%, повторно – 58% респондентов.

Диагноз «синдром зависимости, вызванный употреблением ПАВ» выставлен 21% больных, синдром зависимости, вызванный употреблением нескольких ПАВ – 76%, синдром зависимости, вызванный употреблением алкоголя средней стадии, запойная форма – 2%, пагубное употребление каннабиоидов – 1%.

Наследственная отягощенность. Отягощенная наследственность одного родителя (отца) отмечается у 62%, со стороны обоих родителей – у 21%, отсутствие данного фактора – у 17% мужчин.

Образовательный ценз. Уровень образования пациентов: неполное среднее – 11%, среднее – 36%, среднее специальное – 52%, высшее – 1%.

Семейный статус. По словам респондентов, выросли в полной семье 31%, неполной – 69%. По семейному положению: холостые – 33%, женатые – 29% мужчин, находились в разводе – 38% мужчин.

Место жительства (городские и районные). Проживают в городе – 44%, проживают в районах Ульяновской области – 56% респондентов.

Трудовая деятельность. На момент обследования не работали 89% опрошенных. Остальные 11% имели работу по договору или случайные заработки.

ВИЧ-инфекция. ВИЧ-инфекция была выявлена у 22% исследуемых.

Хронический вирусный гепатит С. – 43% больных.

Повторная судимость. 20% респондентов имели повторную судимость.

Наличие документов. 2% реабилитантов не имели паспорта.

Уровень реабилитационного потенциала. Высокий уровень реабилитационного потенциала не был выявлен ни у одного пациента. 23% пациентов имели средний реабилитационный потенциал. У 77% респондентов выявился низкий уровень реабилитационного потенциала.

Этапы. Средний период реабилитации в отделении ОМРС № 1 составил 30 дней. Пациенты находились на адаптационном этапе реабилитационной программы. Остались на длительную программу в течение 10–12 месяцев и перешли на интеграционный этап 3 человека.

**Полученные результаты.** Проведенное клинико-социальное исследование выявило следующие тенденции: 1. Снижение числа пациентов, направленных по суду и госпитализируемых в стационар, в 2020 году в связи с введением ограничительных антиковидных мер. 2. Среди исследуемых преобладают пациенты с синдромом зависимости, вызванным употреблением ПАВ и нескольких ПАВ, имеющих сопутствовавшие заболевания (ВИЧ-инфекция и хронический вирусный гепатит С у 65% респондентов), с отягощенной наследственностью одного или обоих родителей. 3. Преобладание пациентов, направленных по приговору, в возрастном диапазоне от 30 до 40 лет, со средним и средне-специальным образованием, проживающих в районах Ульяновской области, разведенных, не работающих.

**Вывод.** Проведенное исследование позволило уточнить социальный портрет пациентов, направленных по суду, выявить их основные трудности социальной адаптации и скорректировать реабилитационную программу для данной категории больных.

*И.А. Сабитов, М.В. Белянкин, Э.И. Майер*

## КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ДИНАМИКА АЛКОГОЛЬНЫХ ПСИХОЗОВ В УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ

ФГБОУ ВПО «Ульяновский государственный университет»,  
ГУЗ «Ульяновская областная клиническая наркологическая  
больница»

Алкогольные психозы являются одним из распространенных осложнений проблемного употребления алкоголя, связанных как с длительностью его потребления, возрастом больных, алкогольным стажем, наличием коморбидных заболеваний. Алкогольные психозы служат своеобразным маркером состояния здоровья населения в определенный период времени на конкретной климато-географической территории и обусловлены характером переживаемой «социальной реальности» (Гофман А.Г. с соавт., 2010; Сиволап Ю.П., 2019).

Наблюдаемый патоморфоз как клинических проявлений в условиях пандемии COVID-19, так и характера «почвы» алкогольных психозов (Масленников А.А., Уманский С.М., 2010) заставляет по-новому взглянуть на проблему алкогольных психозов

Данная работа подготовлена на материале 165 клинических случаев АП (85 мужчин и 73 женщины) у больных, находившихся на стационарном лечении в ГУЗ «Ульяновская областная клиническая наркологическая больница» в период с декабря 2017 по февраль 2020 г. Все пациенты поступили в остром состоянии по направлению скорой помощи и были выписаны с улучшением под наблюдение психиатра-нарколога

**Результаты и обсуждение.** Средний возраст пациентов составил  $42,2 \pm 11,8$  года. Первая проба алкоголя в среднем произошла в возрасте 16,5 лет. Отмечался достаточно продолжительный алкогольный стаж –  $16 \pm 2,1$  лет. Длительность запоя была  $2,05 \pm 1,2$  недель. Толерантность к алкоголю у данных пациентов в среднем 1,2 л водки в сутки. Отмечалось практически в 100% случаев употребление крепких алкогольных напитков как у женщин, так и у мужчин. Больные характеризовались доброкачественным эпидемиологическим анамнезом и отсутствием склонности к респираторным заболеваниям.

При оценке распространенности делинквентного поведения отмечался относительно невысокий уровень судимости – 14,5%. Для определения уровня социализации проводилась оценка образования: средне-специальное образование имеют 44%, высшее образование – 6,5%; среди мужчин армейскую службу проходили – 8,5%.

При оценке психического статуса продуктивному контакту были доступны 73,7% больных, отмечалась дезориентировка в пространстве и времени у 73,5%, сниженный фон настроения наблюдался у 76,3% больных. Клиническая картина делирия с обманами восприятия, дезориентировкой или ложной дезориентировкой отмечались у 36,8% больных (систематизированный, с преобладанием слуховых обманов, классический, с психотическим автоматизмом, фантастический); острый галлюциноз с преобладанием тоскливости – у 27,6%; острый галлюциноз с обилием обманов восприятия – у 10,5%. Улучшение от проводимого медикаментозного лечения наступало на 2-3 недели у 90% больных, у 10% больных – к началу 3-й недели. У больных данной группы отмечались сопутствующие заболевания. Наиболее частые из них: алкогольная энцефалопатия – 75%, хронический вирусный гепатит – 30%, посттравматическая энцефалопатия – 21%, эпилептический синдром – 14,5%. Примечательным остается факт отсутствия у анализируемых больных признаков респираторного заболевания.

Несмотря на наличие легкого и среднего уровня когнитивного дефицита, психотерапия проводилась 70,2% больным. Преобладали социально-психологические и психообразовательные тренинги. Больные характеризовались средним реабилитационным потенциалом (96,4%).

Итак, в результате данной работы подтверждаются выводы, сделанные в предыдущих исследованиях: 1. Алкогольные психозы чаще развиваются у мужчин. Низкий уровень образования, склонность к делинквентности, отсутствие службы в рядах Вооруженных Сил России является отягощающим социальным фактором. 2. В структуре алкогольных психозов на начальных этапах чаще всего наблюдались симптомы делирия с многочисленными обманами восприятия и ложной дезориентировкой, нарушения мышления сопровождалась персекуторным бредом. 3. Наиболее частыми коморбидными соматическими заболеваниями являлись алкогольная энцефалопатия и вирусный гепатит.

*Е.Ю. Сошинская, С.А. Колчина, О.В. Гаврилина*

## АНАЛИЗ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ЛИЦ, ПОКОНЧИВШИХ ЖИЗНЬ САМОУБИЙСТВОМ

ГКУЗ «Ульяновская областная клиническая психиатрическая  
больница имени В.А. Копосова»

**Актуальность проблемы.** В последние годы проблема суицидов приобрела колоссальное значение в современном обществе. Возросло количество посмертных судебно-психиатрических экспертиз по уголовным делам для выяснения психического состояния суицидентов в период, предшествовавший смерти. Суицидальное поведение среди подростков обращает на себя особое внимание, поскольку каждый случай является трагичным и чрезвычайным. Самоубийство рассматривается как результат социально-психологической дезадаптации личности в условиях субъективно важного микроконфликта. Суицидогенный конфликт может быть следствием личностной дисгармонии, психотических нарушений, а у здоровых лиц может вызываться реальными причинами. Дезадаптация личности проявляется расстройством поведения и психоэмоциональными изменениями.

**Цель исследования** – анализ выявленных психических нарушений и личностных особенностей у лиц, покончивших жизнь самоубийством.

**Материалы и методы.** Настоящее исследование проводилось на базе отделения амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы ГКУЗ «УОКПБ им. В.А. Копосова». В качестве материалов использовались акты посмертных судебно-психиатрических экспертиз, проведенных в связи со случаями завершённых суицидов.

**Результаты.** В течение 2019–2021 гг. проведены 44 посмертные судебно-психиатрические экспертизы, из них в отношении несовершеннолетних – 23: в 2019 г. – 10 экспертиз (8 – в отношении несовершеннолетних), в 2020 г. – 7 экспертиз (5 – в отношении несовершеннолетних), в 2021 г. – 27 экспертиз (10 – в отношении несовершеннолетних). Распределение по полу выглядит следующим образом: лица мужского пола – 33, женского – 11. Выделено несколько возрастных групп: от 12 до 17 лет – 23 человека; от 20 до 25 лет – 4 человека; от 30 до 49 лет – 9 человек; от 50 до 65 лет – 5 человек; от 70 до 85 лет – 3 человека. Способы самоубийства: повешение – 21 случай, падение с высоты – 9, огнестрельное ранение – 7, взрывная травма – 3, отравление – 2, ножовое ранение – 1, утопление в воде – 1. Анализ экспертных заключений показал, что психически здоровыми, без каких-либо отклонений признаны 16 человек; расстройство адаптации в виде депрессивной реакции в период, предшествовавший смерти, выявлено у 5 подэкспертных; 3 человека страдали синдромом зависимости от алкоголя; депрессивное расстройство личности (дистимия) верифицировано в 2 случаях; 2 случая пришлось на больных с ранее установленным диагнозом «шизофрения»; 2 подэкспертным посмертно выставлен диагноз «хроническое бредовое расстройство»; у 2 человек было эмоционально неустойчивое расстройство личности в стадии декомпенсации; по 1 случаю пришлось на сосудистую деменцию с бредовой симптоматикой, недифференцированное острое психотическое расстройство в старческом возрасте, органическое эмоционально-лабильное расстройство, лёгкую умственную отсталость с сопутствующим злоупотреблением алкоголем, формирующееся эндогенное заболевание. В списке психических нарушений среди несовершеннолетних, покончивших с собой, лидирующую позицию занимает «смешанное расстройство поведения и эмоций» и «социализированное расстройство поведения» – 6 случаев, одному подростку был диагностирован дисгармоничный пубертатный криз. Личностные особенности подэкспертных, повлиявшие на принятие решения о суициде: недостаточно сформированный эмоционально-волевой контроль, замкнутость, мстительность, демонстративность, неустойчивая самооценка, внутренние переживания ненужности, нелюбви, неприятия жизни, аффективная фиксация на неудачах, дисморфофобические и ипохондрические идеи, трудности в выстраивании и поддержании близких, установления доверительных межличностных взаимоотношений, склонность к перепадам настроения, импульсивным поступкам и протестным реакциям, деградация личности вследствие употребления алкоголя. Психотравмирующие ситуации в ряде случаев были весьма печальными и значимыми: смерть супруга, родственника, близкого человека, неустроенная личная жизнь, потеря

работы, кредитные и долговые обязательства, предъявленное обвинение в тяжком преступлении, неизлечимые заболевания, сопровождаемые сильными болями и осознанием своей беспомощности, у подростков – расставание с парнем или девушкой, ссоры с родителями, падение авто-ритета среди сверстников, «бойкот» со стороны одноклассников.

**Выводы.** 1. За последние 3 года отмечается рост попыток суицидов и законченных случаев суицидов, особенно среди подростков. 2. Среди подростков отмечается «омоложение» возраста, регистрируются случаи завершённых суицидов в детском возрасте, что является крайне тревожным фактором. 3. Примерно в 40% случаев суициды были «условно предотвратимыми», отмечались депрессивные реакции, подэкспертные «озвучивали» в той или иной форме свои намерения, интересовались темами, связанными с «окончанием» жизни, суицидами, но были не замечены, «проигнорированы» ближайшими родственниками. Возможно, при своевременно оказанной психолого-психиатрической помощи трагедию можно было бы предотвратить.

*М.В. Сухорукова, В.В. Грибовский, А.Н. Епанчинова,  
О.П. Зашихина*

### ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «АЛИМЕАЗИН» ДЛЯ ДОСТИЖЕНИЯ РЕМИССИИ У ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая наркологическая  
больница»

**Актуальность.** Наличие тревоги, тревожно-депрессивных расстройств способствуют срыву ремиссии у пациентов с синдромом зависимости, вызванный употреблением алкоголя.

**Цель исследования.** Проводилось исследование действия препарата из группы нейролептиков с анксиолитическим и седативным эффектом Алимемазин (Тералиджен). Оценка эффективности препарата в амбулаторной практике для достижения ремиссии у пациентов в рамках диспансерного наблюдения с алкогольной зависимостью.

**Материалы и методы.** Наличие депрессии и (или) тревожных расстройств встречается чаще у лиц с частыми рецидивами и продолжительным потреблением алкоголя. Обследование проходило в диспансерно-поликлиническом отделении ГУЗ УОКНБ. В исследование включали пациентов мужского пола трудоспособного возраста (30–55 лет),

имеющих диагноз «синдром зависимости от алкоголя средней стадии» (F10.2).

Сравнивались результаты группы пациентов, получавших препарат Алимемазин (Тералиджен), с группой пациентов, не получавших препарат.

Обследованы 37 пациентов. Основная группа – 26 человек (средний возраст  $36,6 \pm 3,8$  года) и группа контроля – 11 ( $49,8 \pm 2,2$  года), которые были сопоставимы по возрасту и полу. Пациентов включали в исследование по критериям: неоднократная госпитализация в ГУЗ УОКНБ (более 2 раз за год), отсутствие выраженного интеллектуального дефекта, отсутствие противопоказаний к назначению препарата Тералиджен. Исключался прием иных психотропных препаратов. Тералиджен назначали в суточной дозе 15 мг, разделенной на 3 приема по 5 мг (утро–день–вечер, перед сном), затем увеличивали вечернюю дозировку до 5 мг (1 таблетка) – и так до выхода на прогнозируемую целевую курсовую дозу.

Общее время наблюдения пациентов составило около 8 месяцев, при этом лечение осуществлялось двумя курсами по 60 дней, с перерывом между курсами примерно в 20 дней. Терапия Тералидженом проводилась совместно с психотерапевтической поддержкой. Проводилось обследование пациентов медицинским психологом 1 раз в 2 месяца. Группа контроля находилась без психофармакотерапии и на протяжении наблюдения получала эпизодическое мотивационное психотерапевтическое сопровождение.

**Результаты исследования.** Все пациенты прошли патопсихологическое обследование клиническим психологом, которое позволило выявить особенности эмоционально-волевой сферы пациентов. Положительные изменения состояния у пациентов были выявлены и при исследовании выраженности депрессии по шкале Хадс.

Перед началом лечения у больных была отмечена клинически и субклинически выраженная депрессия. В основной группе субклинически выраженная депрессия диагностирована у 24 пациентов (92,3%), клинически выраженная депрессия у 2 пациентов (7,7%), субклинически выраженная тревога выявлена у 25 человек (96,1%), клинически выраженная тревога у 1 пациента (3,9%).

В контрольной группе субклинически выраженная депрессия диагностирована у 100% – 11 пациентов, пациентов с клинически выраженной депрессией не было, наличие клинически выраженной тревоги – 2 пациента (18,2%), субклинически выраженная тревога – у 3 пациентов (27,3%), у 6 пациентов тревога не выявлена (54,5%).

В процессе терапии наблюдали достоверную положительную динамику в виде снижения симптомов депрессии в заключительный период терапии до нормативных значений (100% – 26 человек), что фактически означало полное отсутствие депрессивных симптомов, произошло снижение тревоги до нормативных показателей у 24 пациентов (81,8%), незначительное превышение по шкале тревоги у 2 пациентов (18,2%). На этом фоне в контрольной группе пациентов с явной положительной динамикой не отмечается. В контрольной группе субклинически выраженная депрессия диагностирована у 7 пациентов (63,7%), пациентов с клинически выраженной депрессией не было, наличие клинически выраженной тревоги у одного пациента (9,1%), субклинически выраженная тревога у 3 пациентов (27,3%), у 7 пациентов (63,6%) тревога не выявлена.

Переносимость тералиджена была оценена исследуемыми как положительная. Наиболее частые нежелательные явления терапии включали повышенную сонливость и снижение концентрации внимания, которые самопроизвольно регрессировали в течение 1-й недели наблюдения.

**Выводы.** Проведенное исследование продемонстрировало эффективность препарата в отношении купирования тревоги при формировании ремиссии у пациентов, эффективность монотерапии препарата Алимемазин (Тералиджен) который обладает седативным, анксиолитическим, вегетостабилизирующим действием. Может быть рекомендован для поддержания ремиссии, снижения потребления или отказа от алкоголя пациентам с алкогольной зависимостью.

*И.С. Космынин*

## КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ ДЕЛИНКВЕНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ЛИЦ С ОРГАНИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ГОЛОВНОГО МОЗГА РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА

ГКУЗ «Ульяновская областная клиническая психиатрическая  
больница имени В.А. Копосова»

**Актуальность темы.** Психические расстройства, связанные с сосудистыми и нейродегенеративными заболеваниями головного мозга, злоупотреблением психоактивными веществами, общее старение населения Российской Федерации указывают на необходимость ранней диагностики, лечения, реабилитации и ресоциализации данной категории лиц, среди которых остро стоит проблема асоциального поведения,

бродяжничества, алкоголизации, преступлений на бытовой почве, резкого снижения социальной адаптации. Учитывая специфику психических нарушений данной нозологической группы, в виде эмоциональной неустойчивости, трудности в контроле над аффектом и снижении волевой регуляции, лица с органическим поражением головного мозга зачастую являются фигурантами уголовных дел или госпитализируются в психиатрический стационар с поведенческими расстройствами асоциальной направленности.

**Цель исследования** – системно изучить клинико-психологические детерминанты делинквентного поведения у лиц с органическим поражением головного мозга с ранжированием социально-демографических, индивидуально-личностных, клинико-психопатологических предикторов асоциальности в данной категории лиц. Разработать и создать на основе выявленных криминогенных предикторов диагностический алгоритм вероятностного прогноза совершения общественно опасного деяния лицами с органическим поражением головного мозга.

Выявить наиболее общие автобиографические, профессиональные, семейные, патопсихологические коморбидные факторы риска делинквентного поведения.

**Материалы и методы.** Материалом для исследования служили клинические данные и результаты обследований лиц, проходивших амбулаторную судебно-психиатрическую экспертизу в ГКУЗ «УОКПБ им. В.А. Копосова», у которых были выявлены психические расстройства органической природы, а также пациенты психиатрического диспансера, наблюдающиеся у врача-психиатра с аналогичными расстройствами. При проведении исследований использованы клинико-anamnestический, клинико-психопатологический и экспериментально-психологические методы (тест MMPI, шкала SCL, опросник FPI, тест Басса-Дарки, метод пиктограмм, тест тревожности).

**Результаты.** Доля подэкспертных, прошедших амбулаторную судебно-психиатрическую экспертизу в 2020 году, у которых было выявлено органическое поражение головного мозга, составила 6,5%. Был проведен ретроспективный анализ данных, на основании которого были получены сведения о том, что уровень образования у данной категории лиц, совершивших преступления, ниже, чем у пациентов, не совершавших общественно опасного деяния. Основным источником существования у большинства делинквентов – пенсия, причем больше половины из них получали пенсию вследствие инвалидности по психическому заболеванию. Около 5% подэкспертных не работали, проживали на иждивении родственников, и немногие занимались малоквалифицированным трудом или являлись разнорабочими. Подавляющее большинство

проживали в отдельной квартире. У 40% исследуемых круг общения был чрезвычайно узок и ограничивался лишь ближайшим окружением, родственниками. Более чем в половине случаев выявлен дефицит социальных контактов. Только четверть лиц с органическими психическими расстройствами, совершивших общественно опасное деяние, состояли в браке, 35% – разведены, а более 40% вообще никогда не были женаты. Досуг делинквентов характеризовался бедностью и однообразием, преобладанием пассивных форм. Структура и характер опасных действий у больных свидетельствовали о высоком удельном весе общественно опасных деяний против здоровья и жизни граждан, далее следуют имущественные правонарушения и действия против общественной безопасности (хулиганство). Проведя сравнительный анализ делинквентов с контрольной группой, представленной пациентами психиатрического диспансера, не совершавших преступлений, можно сделать вывод о том, что больные органическими психическими расстройствами, совершившие опасные деяния, отличались от больных, никогда не совершавших преступлений, воспитанием в неполной семье, в условиях бесконтрольности и безнадзорности, наличием криминального опыта.

**Выводы.** В настоящем исследовании установлено, что существенное влияние на совершение общественно опасного деяния у лиц с органическим поражением головного мозга оказывает «субъективная неудовлетворенность различными сторонами жизни». Поскольку совершение деликта у больных органическими психическими расстройствами статистически достоверно коррелирует с «неудовлетворенностью жизнью», можно считать, что субъективная неудовлетворенность различными сторонами своей жизни является риском совершения общественно опасного деяния. В формировании делинквентного поведения у лиц с органическим поражением головного мозга, важную роль занимают не только тяжесть и длительность психопатологических нарушений (памяти, мышления, эмоциональных сферы), но и неблагоприятный социальный анамнез (бедность, безработица, злоупотребление алкоголем) и преморбидные специфические черты личности (тревожность, высокий уровень экстернальности, алекситимия, тенденции к аутоагрессии, высокий уровень аддиктивности).

*Е.А. Панкратов*

## ФЕНОМЕН ТРЕВОГИ В ПОСТКОВИДНОМ СИНДРОМЕ

ГКУЗ «Ульяновская областная клиническая психиатрическая больница имени В.А. Копосова»

**Актуальность.** Известно, что среди всего разнообразия психопатологических нарушений тревога является наиболее частой. Диапазон её проявлений от лёгких до развёрнутых психотических форм. Она является базовой, первичной реакцией организма на угрозу «ядру» личности и проявляется активизацией, заторможенностью поведения и различными соматическими симптомами.

Риск развития тревожного состояния в течение жизни в популяции около 25%. В условиях сегодняшней пандемии COVID-19 он значительно повышается, обостряя течение соматических и психических расстройств.

**Цель исследования** – изучение феномена тревоги у пациентов дневного психиатрического стационара в постковидном периоде (от 1 до 3-х месяцев).

**Материал и методы.** Наблюдалось 19 пациентов за период 5 месяцев 2021–2022 гг. Из общего количества 7 пациентов (36%) повторные, остальные (64%) – первичные. У всех пограничное психическое расстройство развилось в период от 1-го до 3-х месяцев после перенесённого COVID-19. Женщин – 15, мужчин – 4; возраст от 45 до 75 лет. У трети пациентов (6) – сахарный диабет; у всех – АГ, 2 пациента с перенесённым ОНМК, ожирение – у 13 человек.

В работе применялись госпитальная шкала тревоги (HADS), анкета – самооценки, психологическое тестирование.

Регистрировались разновидности тревоги, сопряженной с постковидным периодом (лёгкое и среднее течение, 5 пациентов пролечились в стационаре).

**Результаты.** У всех пациентов выявлен клинически выраженный уровень тревоги (Т), по сумме баллов более 10 (HADS), по анкете и в психологическом тесте. Особенности тревоги выразились в следующем: 1. У всех имелось сочетание тревоги с нарушением сна (засыпание и непродуктивность сна) – диссомнический вариант тревоги. 2. У 14 пациентов (73%) выраженные когнитивные нарушения (рассеянность, снижение памяти, внимания, трудности анализа жизненной ситуации) – когнитивный вариант тревоги. 3. У 11 человек значительные колебания АД с кризовым течением, нарушение кардиоритма – кардиальный вариант

тревоги. 4. У всех отмечалось снижение настроения от субдепрессивного до среднего уровня – аффективный вариант.

**Выводы.** Полученные результаты свидетельствуют об «обязательном» появлении тревоги в постковидном периоде, в различных вариантах сочетания с психическими, соматическими, вегетативными нарушениями.

Учитывая малую обращаемость пациентов к психиатрам, данный феномен требует тщательного дальнейшего изучения врачами-интернистами и более тесного сотрудничества с психиатрами на этапах лечения пациентов с постковидным синдромом.

*М.М. Шевалдов, М.В. Сидорова, О.В. Гаврилина*

## ОТНОШЕНИЕ ПОДРОСТКОВ К ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ, СОЦИО-КУЛЬТУРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И СТЕРЕОТИПЫ

ГКУЗ «Ульяновская областная клиническая психиатрическая больница им. В.А. Копосова»

**Актуальность:** психические расстройства до сих пор являются табуированной темой среди взрослого населения, полной стереотипов и необоснованных страхов. Наличие данного факта существенно затрудняет процесс проведения психопрофилактики среди детей и подростков, особенно в стенах образовательных учреждений, где данная тема практически не рассматривается. В то же время (по данным статистики диспансерного отделения ГКУЗ «УОКПБ им. В.А. Копосова») отмечается повышение числа случаев самообращений к психиатрам среди лиц подросткового возраста. Это наталкивает на мысль о том, что подростки, не получив поддержки или помощи среди родителей и педагогов, самостоятельно обращаются к врачам, ищут объяснение своего состояния, пытаются решить свои психологические трудности, предпочитая не замалчивать патологические симптомы.

**Цель исследования** – посредством анкетирования подростков 13–18 лет выявить основные социокультурные установки и стереотипы, характерные для данной возрастной группы, относительно психических заболеваний и психиатрической помощи в целом.

**Материал и методы:** анонимный опросник для подростков 13–18 лет (ученики школ, студенты ССУЗов и ВУЗов г. Ульяновска).

**Результаты:** очно и через онлайн-форму было опрошено 500 подростков. По данным анкет было выявлено, что среди близкого окружения 50% опрошенных есть люди, которые когда-либо обращались за психолого-психиатрической помощью. 24,2% респондентов сами обращались за данным видом помощи. Среди тех, кто не обращался за помощью, 28% ответили, что обратились бы сразу при появлении симптомов, 55% – если симптомы станут мешать, будет невыносимо их терпеть, 14% не обратились бы даже в случае серьезных неудобств. Основными причинами необращения называли: боязнь осуждения; веру в то, что справятся сами; а также недоверие к врачам и низкое качество медицинской помощи. Эти причины напрямую пересекаются с выявленными стереотипами: переоценкой своих сил; избеганием проблемы («со мной не случится»); ограничением в социальных правах после установки диагноза. Сами подростки в 85% ответов отмечают, что проводимые профилактика и психообразование недостаточны и малоинформативны, и нужно больше информировать молодежь о психических расстройствах и о том, куда можно обратиться за помощью. Рассказывать об этом стоит в учебных учреждениях. Основными темами для образовательных бесед были названы депрессии (70% ответов); вопросы общей психологии – взаимоотношения и общение; самодиагностика, с указанием симптомов для обращения за помощью.

**Выводы:** 1. У детей и подростков (13–18 лет), несмотря на увеличение случаев обращений, сохраняется настороженность к психиатрической помощи, а также переоценка сил и возможностей своего здоровья, в случае возникновения болезни (что может являться частью нормального «протестного» поведения, характерного для подросткового возраста). 2. Отмечается схожесть основных стереотипов подростков о психических расстройствах с теми же стереотипами среди взрослых, что в случае недостаточной психопрофилактики создает сценарий, повторяющийся для каждого нового поколения. 3. Несмотря на закрытость и малую информативность темы психопросвещения, отмечается значительный интерес к ней. Подростки хотели бы чаще слышать и говорить, как о симптомах заболеваний, так и об их профилактике, основах психологии, самодиагностике. Интересен и тот факт, что большая часть опрошенных заинтересована темой «депрессии», которая, согласно ВОЗ, является одной из самых частых и быстро растущих психопатологий XXI века.

*М.В. Белянкин, Д.В. Волков, О.В. Ширинов, А.А. Юдин*

## СОПУТСТВУЮЩАЯ ПАТОЛОГИЯ У НАРКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ №1

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая наркологическая  
больница»

**Актуальность рассматриваемой проблемы.** Значимость сопутствующей патологии соматического и неврологического профиля обусловлена, прежде всего, ее клинической и прогностической значимостью – установлено, что коморбидность является независимым фактором риска летального исхода и существенно влияет на прогноз заболевания и жизни. Кроме того, обращает на себя внимание высокая социально-экономическая значимость сопутствующей патологии – с увеличением количества заболеваний у пациента затраты на диагностику и лечение вырастают в геометрической прогрессии. Вместе с тем, наличие сопутствующей патологии у наркологических пациентов обуславливает сложность диагностики, выбора первоочередной стратегии лечения, тактики ведения таких коморбидных больных и профилактики осложнений сочетанных заболеваний.

**Цель исследования** – провести оценку результатов осмотра пациентов наркологического отделения № 1 ГУЗ УОКНБ за 2021 г. и оценить распространенность сопутствующей патологии соматического и неврологического профиля 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».

**Результаты.** За период 2021 года количество выписанных больных составило 1 699 человека при средней длительности пребывания больных на койке 15,6 к/д. Из указанного количества больных 1 282 пациента имели диагноз «синдром зависимости, вызванный употреблением алкоголя, средней стадии», 2 пациента имели диагноз «синдром зависимости, вызванный употреблением алкоголя, начальной стадии», пациентов с диагнозом «синдром зависимости, вызванный употреблением алкоголя, конечной стадии» не было, 378 пациентов имели диагноз «синдром зависимости, вызванный употреблением наркотических веществ, средней стадии», 20 пациентов имели диагноз «алкогольные психозы», один пациент имел диагноз «токсикомания», 2 пациента имели диагнозы



«наркотические психозы», 4 пациента имели диагноз «пагубное употребление наркотических веществ».

В результате осмотра пациентов наркологического отделения № 1 за отчетный период штатными терапевтом и неврологом было выставлено 526 диагнозов «алкогольная болезнь печени», 60 диагнозов «язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки», 13 диагнозов «цирроз печени», 282 диагноза «хронический панкреатит», 120 диагнозов «алкогольная энцефалопатия», 51 диагноз «токсическая энцефалопатия», 243 диагноза «энцефалопатия смешанного генеза», 501 диагноз «алкогольная полинейропатия», 22 диагноза «токсическая полинейропатия», 203 диагноза «последствия ЧМТ», 499 диагнозов «эпилептический синдром на фоне отмены алкоголя». Кроме того, было выставлено 233 диагноза «артериальная гипертензия», 97 диагнозов «ишемическая болезнь сердца», 312 диагнозов «хронический бронхит». Штатным инфекционистом было выставлено 566 диагнозов «хронический вирусный гепатит С», 45 диагнозов «хронический вирусный гепатит В». За отчетный период выявлено 220 случаев положительного анализа на а/т к ВИЧ, с последующим направлением данных больных в ГУЗ «Центр-СПИД»

В результате наличия в наркологическом отделении штатных врачей терапевта и невролога осуществляется охват больных в соответствии со стандартами лечения по профилю «психиатрия-наркология», не допущено возникновения летальных случаев в наркологическом отделении № 1 ГУЗ УОКНБ, значительно снизилось количество осложнений в процессе лечения, увеличилось количество переводов в другие медицинские организации.

**Выводы:**

1) наркологическим больным наркологического отделения № 1 свойственен широкий спектр сопутствующей патологии неврологического и соматического профиля, вместе с тем, превалирует поражение желудочно-кишечной (51,9% выписанных больных) системы, центральной (24,4% выписанных больных) и периферической (30,8% выписанных больных) нервной системы, и в меньшей степени поражение сердечно-сосудистой системы (19,4% выписанных больных) и дыхательных (18,4% выписанных больных) систем;

2) каждый пациент имеет возможность осмотра терапевтом, неврологом и инфекционистом на базе ГУЗ УОКНБ;

3) в случае необходимости консультации узкими специалистами пациенты наркологического отделения № 1 имеют возможность беспрепятственного и бесплатного использования транспортных средств ГУЗ УОКНБ для перевозки в ближайшую медицинскую организацию, оказывающую данные консультации;

4) медицинская помощь оказывается в соответствии со стандартами и федеральными клиническими рекомендациями по профилю «психиатрия-наркология»;

5) предоставляется гарантированный объем медицинской помощи в соответствии с территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи за счет средств бюджета Ульяновской области;

6) штатное расписание соответствует потребностям населения;

7) обеспечена транспортная доступность для всех групп населения, в том числе инвалидов и других групп населения с ограниченными возможностями передвижения;

8) наркологическое отделение № 1 имеет возможность оказания медицинской помощи с учетом особых потребностей инвалидов и других групп населения с ограниченными возможностями здоровья.

*И.Б. Виноградова, О.И. Сихарулидзе*

**РЕЗУЛЬТАТЫ ВАКЦИНАЦИИ ОТ НОВОЙ  
КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ  
(НКВИ) У ВЗРОСЛЫХ БОЛЬНЫХ  
С ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ  
РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ  
(ПО МАТЕРИАЛАМ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОГО  
ЦЕНТРА ГУЗ «УЛЬЯНОВСКАЯ ОБЛАСТНАЯ  
КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»)**

**ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»**

**Актуальность.** Согласно официальной статистике ВОЗ, к февралю 2022 г. зарегистрировано 434 миллиона случаев НКВИ; 5,94 миллиона летальных исходов. По данным отечественных исследователей, в 2020 г. пациенты с ИВРЗ составили около 3% среди 3 480 больных, госпитализированных по поводу COVID-19 и 1,3% – среди 1097 пациентов ОРИТ. Эти факты подчеркивают важность вакцинации НКВИ среди пациентов с ИВРЗ. Опубликован ряд работ отечественных исследователей, в которых показана безопасность вакцины Гам-ковид-вак у пациентов из г. Москвы и Владимира. В этом исследовании мы оценили переносимость и безопасность вакцины Гам-ковид-вак у пациентов с ИВРЗ в Ульяновской области.

**Цель** – изучить переносимость и безопасность вакцины Гам-Ковид-Вак (Спутник V) у взрослых больных с иммуновоспалительными ревматическими заболеваниями (ИВРЗ).

**Материал и методы.** Было проведено одномоментное исследование путем последовательного сплошного включения больных, поступивших на лечение в круглосуточный и дневной стационар ревматологического центра ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница», а также пациентов, участвующих в многоцентровых клинических исследованиях, проводимых на этой базе, с декабря 2021 г. по февраль 2022 г. Информация о нежелательных явлениях собрана врачом при исследовании анамнеза со слов пациентов. Контрольная группа в данном исследовании не была предусмотрена.

**Результаты.** Получена информация о результатах вакцинации 75 пациентов. Все пациенты получили оба компонента вакцины. Мужчины – 38%, женщины – 62%. Возраст – от 20 до 80 лет. Нозологические формы ИВРЗ у привитых пациентов: ревматоидный артрит – 45 больных;

анкилозирующий спондилит – 13 больных; псориатический артрит – 12 больных; системные васкулиты – 2 больных; болезнь Шегрена – одна больная. Препараты, применяемые для лечения ИВРЗ в период вакцинации у привитых пациентов: Тоцилизумаб-9; Абатацепт-8; Метотрексат-7; Упадацитиниб-7; Секукинумаб-6; Ритуксимаб-5; Сульфасалазин-4; Инфликсимаб-3; Голимумаб-3; Бимекизумаб-3; Цертолизумаба пэгол-2; Олокизумаб-2; Отилимаб-2; Устекинумаб-1; Барицитиниб-1; Рисанкизумаб-1; Иксекизумаб-1; Хлорамбуцил-1; Монотерапия НПВП-1.

Нежелательные явления: в целом нежелательные явления (НЯ) после вакцинации были зарегистрированы всего у 4 больных (5,3%), что соответствует инструкции и литературным данным, степень выраженности – легкая у 3 пациентов, средней тяжести – у 1 больного; у трех пациентов НЯ выразались в кожных реакциях, усиление артралгии зарегистрировано у 1 больного.

**Заключение.** У пациентов с ИВРЗ вакцинация от НКВИ характеризуется хорошей переносимостью. Не выявлена зависимость НЯ от применяемых медикаментов.

*Л.И. Блохина, Н.Ф. Абдуллова*

## РОЛЬ СРЕДНЕГО МЕДПЕРСОНАЛА В ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В УСЛОВИЯХ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19

ГУЗ «Областной Центр профилактики и борьбы со СПИД»

**Актуальность.** Оказание помощи пациентам с ВИЧ-инфекцией в условиях пандемии новой коронавирусной инфекции COVID-19 внесло ряд изменений в работу не только врачебного, но и среднего медперсонала ГУЗ Центр СПИД. Данные изменения связаны с увеличением дистанционной работы, направленной на снижение контактов пациентов с пониженным иммунитетом с возможными источниками инфекции и сохранение приверженности к лечению ВИЧ-инфекции.

Новая коронавирусная инфекция COVID-19 является серьезным заболеванием, и каждый человек, живущий с ВИЧ, должен принять все рекомендуемые профилактические меры, чтобы минимизировать воздействие и предотвратить заражение вирусом COVID-19. Как и в общей популяции, пожилые люди, живущие с ВИЧ, или люди, живущие с ВИЧ с проблемами сердца или легких, могут подвергаться более высокому риску заражения вирусом и иметь более серьезные симптомы. Все пациенты, принимающие высокоактивную антиретровирусную терапию (ВААРТ), должны быть обеспечены лекарственными препаратами для лечения ВИЧ-инфекции.

**Цель исследования** – улучшение качества оказания помощи пациентам с ВИЧ-инфекцией во время пандемии новой коронавирусной инфекции COVID-19.

**Методы исследования.** Анализ работы персонала ГУЗ Центр СПИД в первые месяцы пандемии новой коронавирусной инфекции COVID-19.

В связи с тем, что Ульяновская область продолжает находиться на первых местах в Приволжском Федеральном округе по поражённости населения ВИЧ-инфекцией, оказание помощи пациентам с ВИЧ-инфекцией, даже в период пандемии новой коронавирусной инфекции COVID-19, является одной из важнейших задач, для решения которой в первые месяцы пандемии администрацией ГУЗ Центр СПИД, при поддержке Правительства Ульяновской области, была организована мобильная доставка препаратов ВААРТ пациентам с ВИЧ-инфекцией, проживающим в районах Ульяновской области. Для определения количества нуждающихся в препаратах для продолжения лечения ВИЧ-инфекции

средним персоналом ГУЗ Центр СПИД было осуществлено более 1000 звонков пациентам, в ходе которых ЛЖВ (лицам, живущим с ВИЧ) задавались вопросы об их самочувствии, потребности в лекарственных препаратах на ближайшие 3 месяца. В ряде случаев были проведены консультации по приверженности к лечению и профилактике новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Выездная работа осуществлялась врачами и средним медперсоналом на автомобилях, предоставленных Правительством Ульяновской области и ГУЗ Центр СПИД. Было осуществлено более 26 выездов в 23 района Ульяновской области. Было доставлено около 3 000 упаковок препаратов для лечения ВИЧ-инфекции 376 пациентам.

**Вывод.** Учитывая актуальность распространения ВИЧ-инфекции и высокий риск заражения пациентов с ВИЧ-инфекцией новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), работа персонала в начале пандемии новой коронавирусной инфекции (COVID-19) показала высокую эффективность. Была оказана помощь пациентам с ВИЧ-инфекцией, проживающим в районах Ульяновской области в период карантина, что благоприятно отразилось на поддержании приверженности пациентов к лечению и улучшении их самочувствия, а также снижении рисков инфицирования COVID-19.

*Н.А. Ведяева, В.В. Туркевич, Т.Н. Емельянова,  
Н.Ф. Абдуллова*

## ОСОБЕННОСТИ ПРЕАНАЛИТИЧЕСКОГО ЭТАПА ДЛЯ ИФА-ДИАГНОСТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

ГУЗ «Областной Центр профилактики и борьбы со СПИД»

**Актуальность** данной статьи возникла в результате участвовавших случаев ложноположительных результатов исследований ИФА для обнаружения антител/антигена к ВИЧ из-за нарушений на преаналитическом этапе.

Долабораторный преаналитический этап в наименьшей степени находится под контролем лаборатории, т.к. значительная его часть осуществляется сотрудниками других подразделений ЛПУ.

Подготовка пациента к взятию крови из вены для исследования: пациент должен быть информирован заранее о планируемом заборе биоматериала, о правилах подготовки к сдаче крови.

Форма направления включает: дату и время назначения исследования; дату и время взятия материала на исследование; наименование вида исследования; наименование ЛПУ и отделения, направившего на исследование; данные о пациенте: ФИО, пол, дата рождения, адрес по прописке и фактическому проживанию, паспортные данные, СНИЛС, номер телефона; код обследования и диагноз; фамилию и подпись лечащего врача, назначившего исследование; должность, фамилию, номер телефона, подпись лица, проводившего взятие биоматериала.

Направление оформляется в 2-х экземплярах тёмно-синей или чёрной шариковой ручкой, разборчивым почерком печатными буквами, без сокращений и исправлений. Можно распечатать на компьютере.

Фамилию пациента, его инициалы и вид исследования медицинские процедурные сёстры прочитывают вслух и получают утвердительный ответ пациента. Для пациентов без сознания информация проверяется по данным истории болезни.

Кровь собирается в вакуумную пробирку с разделительным гелем (жёлтая крышка) или без геля (красная крышка) строго до метки. Длительность наложения жгута не должна быть более 2 минут. Следует избегать повторного сжимания и разжимания кулака. Категорически запрещается забирать кровь шприцем и переливать в вакуумную пробирку в связи с опасностью возникновения гемолиза. Перемешать 5–6 раз аккуратным переворачиванием (не встряхивать!).

Кровь можно хранить при комнатной температуре не более 12 часов или при +4 – +8°C не более 1 суток. При более длительном хранении во избежание гемолиза сыворотку лучше отобрать во вторичную пробирку в количестве не менее 1 мл.

Интервал времени от момента взятия крови до центрифугирования для пробирки с гелем должен быть при комнатной температуре – 30 мин., без геля – 60 мин., но не более 2 часов. Центрифугировать при ускорении 2000g (примерно 3000 об./мин.) 10 мин. При использовании пробирок с разделительным гелем необходимо исключить повторное центрифугирование.

Правила отбора сывороток: соблюдение идентификации, использование одноразовых наконечников и одноразовых пробирок типа эппендорф. Применение пробирок и наконечников для дозаторов многократного пользования экономически не выгодно и имеет неблагоприятные последствия.

Допускается хранение сывороток до доставки в лабораторию при +4 – +8°C в течение 3 суток; при более длительном хранении сыворотки следует заморозить до -20°C. В пробирке с разделительным гелем

сыворотку после центрифугирования можно хранить до 48 часов при +4 – +8°C.

Транспортировать биоматериал должен обученный и проинструктированный персонал, желательно медработник. Доставлять в штативе, помещённом в термоконтейнер, в строго вертикальном положении. Рядом вложить направления, упакованные в полиэтиленовый пакет. Образцы не должны подвергаться тряске, нагреванию, охлаждению, воздействию прямого солнечного света.

**Вывод.** Таким образом, появление даже незначительных ошибок на преаналитическом этапе ИФА-диагностики ВИЧ-инфекции приводит к искажению качества окончательных результатов лабораторных исследований. Как бы хорошо лаборатория ни выполняла исследования в дальнейшем, ошибки на преаналитическом этапе не позволят получить достоверные результаты.

*М.В. Волобуева, Н.Н. Черняева, Т.В. Исакова*

## ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С АУТИЗМОМ

ГУЗ «Детская специализированная психоневрологическая больница № 1»

**Актуальность** темы обусловлена тем, что в современном мире растет заболеваемость детей расстройствами аутистического спектра (РАС). Специалисты называют аутизм эпидемией 21 века. Сегодня расстройством аутистического спектра страдает каждый 100-й ребенок на планете, это более 67 миллионов человек во всем мире.

**Цель исследования** – изучение особенностей сестринского процесса при уходе за детьми с РАС. Разработать рекомендации по уходу и общению за такими детьми и сделать выводы. Объектом исследования являются дети с синдромом раннего детского аутизма. В Ульяновске и Ульяновской области в 2020 году зарегистрирован 371 ребенок с аутизмом.

**Методы исследования:** обзор литературных источников и анкетирование. Приступая к исследованию, мы исходим из гипотезы, что методы диагностики и коррекции для детей с РАС будут более эффективными, если будут опираться на специфику развития аутичного ребенка.

Аутизм – результат генетического заболевания, связанного с нарушением социальной адаптации человека, речевой функции, психического

развития. В большинстве случаев, к сожалению, дети с РАС остаются без коррекционной поддержки и «за бортом» социального мира. Но, как считают эксперты, основной недостаток – затруднение в понимании той действительности, когда чувства, мысли и потребности остальных людей отличаются от их собственных. У аутичных детей формируется так называемое слепое сознание: они предполагают, что другие должны разделять их мысли и чувства. Им не свойственно подражание поведению взрослых. Аутичным людям не удается понять состояние внутреннего мира другого человека, благодаря которым обычные люди с легкостью находят контакт друг с другом. На данный момент не ясно, появляется ли аутизм в единственном отделе головного мозга, а потом поражает и остальные, или это изначально проблема для мозга.

В уходе за детьми с РАС велика роль медсестры, которая проводит с ними значительную часть времени, оказывая помощь в уходе за ребенком (кормление, переодевание, контроль физиологических отправлений, подготовка к процедурам, проведение лечебно-диагностических манипуляций и т.д.). В основу её работы положен принцип, щадящий психику больного ребенка – максимальное ограждение ребенка от отрицательных эмоций, связанных с медицинскими манипуляциями. Следует избегать насилия над ребенком при обследовании, проведении разных медицинских процедур.

Насколько удастся снизить проявления аутизма у ребенка, напрямую зависит от старания его родителей. У ребенка должен быть строгий распорядок дня, который родителям нельзя нарушать. Запрещена резкая смена обстановки и привычек ребенка. Нужно как можно чаще общаться с ребенком, проводить с ним много времени, брать за руку, обнимать, говорить ласковые слова. Нельзя подавлять инициативу ребенка и торопить его в выполнении действий. В большинстве случаев у таких детей наблюдаются страхи, поэтому в систему коррекционной работы входит работа по преодолению страхов. Для этого используется постепенное привыкание к пугающему предмету. Необходимо использовать все возможные методы, позволяющие снять состояние страха у маленького пациента (игровая терапия). Игра является важной частью жизни ребенка, поэтому помогает ему преодолевать беспокойство и депрессию.

**Результаты:** работа с семьей и близкими родственниками ребенка. Установление контакта с ребенком частым обращением к нему или общением через картинки – карточки, если речевое взаимодействие затруднено.

**Вывод:** практическая значимость работы состоит в возможности использования результатов исследования для развития и ухода за детьми с аутизмом.

*Е.А. Кандрюнина, Т.В. Лебедева*

## ОПЫТ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ ЦЕНТРАЛИЗОВАННОЙ СЛУЖБЫ НАРКОТИКОВ

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

С целью обеспечения мер по улучшению учета, хранения и использования наркотических лекарственных средств и психотропных веществ в структурных подразделениях медицинской организации пациентам, находящимся на стационарном лечении, в марте 2002 года на базе ГУЗ БСМП было создано отделение централизованной службы наркотиков.

В течение многих лет хранение и учет НС и ПВ в отделениях больницы осуществлялись в четырнадцати кабинетах старших медицинских сестер, где хранился трехсуточный запас НС и ПВ. Кроме этого, суточный запас хранился в процедурных кабинетах отделений. Это требовало значительных затрат, как материальных, так и временных. В ходе проверок надзорных органов выявлялись нарушения в ведении документации, проблемы в организации работы.

В настоящее время в состав медицинской организации входит 20 подразделений, из них 14 профильных отделений, рассчитанных на 562 койки, в том числе 462 хирургического профиля и 100 коек терапевтического профиля. Ежегодно наше лечебное учреждение оказывает стационарную медицинскую помощь, в том числе высокотехнологичную (ВМП).

Коллектив больницы включает 863 сотрудника; из них 405 специалистов со средним медицинским образованием, более 60% медицинских сестер имеют высшую квалификационную категорию.

Операционный блок состоит из 11 операционных залов с операционно-анестезиологическим оборудованием. За последние годы количество госпитализаций увеличилось на 4,9% с 18 674 в 2018 году до 21 950 в 2021 году, в том числе увеличилось количество ВМП с 770 в 2018 году до 1157 в 2021 году.

Для работы в отделении централизованной службы наркотиков проводится тщательный отбор медицинского персонала из числа опытных и ответственных сотрудников больницы, поскольку деятельность, связанная с оборотом НС и ПВ, строго контролируется надзорными органами и требует целого ряда законодательных норм. Сотрудники

отделения имеют допуск к работе с НС и ПВ в соответствии с постановлением Правительства РФ от 06.08.1998 г. № 892 «Об утверждении Правил допуска лиц к работе с наркотическими средствами и психотропными веществами», а также в соответствии с постановлением Правительства РФ от 22.12.2011 № 1085 «О лицензировании деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений». В круглосуточном режиме отделения работают 13 медицинских сестер.

**Целью** работы отделения является обеспечение своевременного и качественного выполнения врачебных назначений НС и ПВ. В связи с увеличением количества обращений и оперативных вмешательств в период с 2018 до 2021 гг. количество инъекций НС и ПВ увеличилось с 17 922 до 21 196. Важно подчеркнуть, что в неотложных случаях от момента вызова процедурной медицинской сестры отделения централизованной службы наркотиков до момента инъекции проходит от 5 до 10 минут.

Двадцатилетний опыт работы отделения показал, что благодаря централизации работы с НС и ПВ удалось упорядочить учет, хранение и использование НС и ПВ, ограничить допуск лиц к работе с НС и ПВ, значительно снизить материальные затраты на оборудование кабинетов старших медицинских сестер, процедурных кабинетов в структурных подразделениях, освободить процедурных медицинских сестер отделений от работы с НС и ПВ и тем самым улучшить качество оказания медицинской помощи пациентам.

*Н.В. Кочурова, К.С. Кобелев*

## ВЛИЯНИЕ СИСТЕМЫ НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ НА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска»

**Актуальность.** Необходимость повышения качества и безопасности медицинской помощи пациентам потребовала реформирования постдипломного образования медиков Российской Федерации. Реформа медицинского образования, предполагающая переход от сертификации к аккредитации медиков и непрерывному мед. образованию, описанная в ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан», фактически стартовала 1 января 2016 года – сначала только для специальностей «стоматология»

и «фармация», а затем и для всех остальных. Внедрение системы непрерывного медицинского образования (НМО) рассчитано на то, что улучшение результатов оказания медицинской помощи будет возможным при интеграции планирования обучения и его оценки на протяжении всей профессиональной деятельности. В то же время, в силу ряда объективных и субъективных причин (отсутствие времени на обучение, низкая компьютерная грамотность), медицинское сообщество весьма сдержанно отреагировало на нововведения в постдипломном образовании.

**Целью** нашего исследования было изучение влияния системы непрерывного медицинского образования на психоэмоциональное состояние среднего медицинского персонала.

**Материалы и методы.** Проведена оценка уровня личностной и реактивной тревожности с помощью опросника Ч.Д. Спилбергера (1972) (в адаптации Ю.Л. Ханина) у 41 медработника среднего звена ГУЗ ЦГКБ, в период с сентября по декабрь 2019 года (период традиционного постдипломного образования) и с января по апрель 2020 года (период внедрения системы НМО). Статистическую обработку проводили с помощью пакета прикладных программ IBM Statistics 20. Для сравнения количественных параметров уровня тревожности в исследуемой группе до и после внедрения системы НМО, использовали непараметрический ранговый Т-критерий Уилкоксона. Пороговый уровень значимости при проверке статистических гипотез принимали равным 0,05.

**Результаты и обсуждение.** Результаты исследования представлены в таблице 1.

Таблица 1

Показатель	Традиционное постдипломное образование	Система НМО	р-значение
Реактивная тревожность, баллы Me[Q1; Q3]	29[27;32]	35[29;37]	<0,05
Личностная тревожность, баллы Me[Q1; Q3]	22[18;25]	30[27;34]	<0,05

Анализ полученных результатов исследования показывает достоверный рост уровня реактивной и личностной тревожностей после внедрения системы непрерывного медицинского образования на 6 и 8 баллов соответственно ( $p < 0,05$ ). Известно, что тревога и тревожность тесно связаны со стрессом. При этом реактивная тревожность характеризует уровень стресса в данный момент, а личностная тревожность – уязвимость

(или устойчивость) к воздействию различных стрессоров в целом. Таким образом, результаты исследования выявили, что введение системы НМО косвенно повысило уровень стресса у среднего медицинского персонала.

**Выводы.** Несмотря на имеющиеся плюсы – возможность для обучающегося в максимально удобное время осваивать учебный материал, получать консультации преподавателей по всем возникающим вопросам, проверять уровень усвоенного материала – введение системы непрерывного медицинского образования требует времени и адаптации, с учетом реальных возможностей обучающихся. Резкая смена предметной образовательной среды на информационную, как совокупность технических и программных средств хранения, обработки и передачи информации, повышает уровень тревожности у среднего медицинского персонала, что снижает работоспособность и эффективность обучения.

*Н.Н. Кузнецова, Н.Г. Кузьмина, Н.О. Соломянная*

## ОПТИМИЗАЦИЯ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ОТДЕЛЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ГОСПИТАЛЯ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска»

**Актуальность** темы обусловлена распространенной проблемой при оформлении документов в «красной» зоне и передаче информации между медработниками. Оказание медицинской помощи пациентам в госпитале организуется с выполнением максимально возможного числа процедур при использовании переносного оборудования в палатах. Вместе с тем, самым распространённым оборудованием для работы медицинских сестёр функциональной диагностики в начале пандемии COVID-19 были переносные кардиографы с выдачей результата на термобумагу, что усложняло передачу результата из «красной зоны» в «чистую» до кабинета врача, так как рекомендованный режим дезинфекции документов воздушным методом не подходит для термобумаги.

**Цель исследования** – повышение уровня мобильности при снятии электрокардиограммы в условиях работы госпиталя для больных с новой коронавирусной инфекцией, безопасная передача результатов.

**Методы исследования:** наблюдение, обобщение опыта.

**Результаты исследования:** отсутствие адекватного режима дезинфекции электрокардиограмм на термобумаге, затруднение

при мобильном перемещении кардиографов по палатам в связи с громоздкостью, большие затраты времени от момента исследования до получения результатов.

В интернет-ресурсах был проведён мониторинг рынка оборудования, позволяющего обеспечить качественную, максимально достоверную диагностику, комфортный и облегченный процесс работы.

Подобрано и приобретено беспроводное оборудование с программой автоматической интерпретации и поддержкой интернет-телеметрии электрокардиограммы, что в разы повысило эффективность получения своевременного результата. Это достигается путём автоматической обработки и размещения электрокардиограммы в базе данных Кардиосервера под логином. Результат электрокардиограммы открыт всем врачам, которым разрешили к ней доступ.

**Выводы:** приобретённое оборудование позволило:

1. Оптимизировать работу медицинских сестёр отделения функциональной диагностики.
2. Увеличить скорость проведения исследований.
3. Обеспечило автоматические измерения и интерпретацию ЭКГ непосредственно у постели больного.
4. Обеспечило высокое качество электрокардиограмм при цифровой, безопасной, с точки зрения санитарно-противоэпидемического режима, передаче данных.
5. Обеспечило доступ неограниченного числа врачей к хранящимся на интернет-сервере электрокардиограммам.

*В.В. Никиташенко, Е.Ю. Спирина, Н.Е. Чечерина*

## ВЛИЯНИЕ ЛОГИСТИКИ И ЭРГОНОМИКИ РАБОЧЕГО МЕСТА НА КАЧЕСТВО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

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

**Актуальность проблемы.** Качество медицинской помощи – это эффективность обследования и лечения пациента. В условиях пандемии новой коронавирусной инфекции всё чаще выявляются потери в ряде компонентов качества оказания медицинской помощи, таких как: максимальное выполнение медицинским работником профессиональных функций (обоснованность, своевременность, адекватность

и безопасность), оптимальное использование кадровых, технологических, лекарственных и других ресурсов в конкретных условиях оказания медицинской помощи; минимальный и обоснованный риск для пациента. Как следствие – увеличение затрат времени, наличие очередей, смещение потоков, низкое удовлетворение пациентов результатами оказания медицинской услуги. Поэтому работа над логистикой по диагностике и лечению новой коронавирусной инфекции на амбулаторном этапе весьма актуальна.

**Цель исследования** – проанализировать возможность сокращения потерь в оказании медицинской услуги по диагностике и лечению новой коронавирусной инфекции посредством логистики и эргономики рабочего места.

**Методы исследования.** При выполнении работы были использованы наблюдение, опрос, хронометраж временных затрат, выявление потерь, моделирование и анализ. Границами исследования было получение результата оказания медицинской услуги от входа пациента в поликлинику до постановки диагноза и выдачи (при наличии в МО) лекарственных препаратов для лечения новой коронавирусной инфекции на дому.

**Результаты.** В связи с высокой контагиозностью и интенсивным распространением омикрон-штамма коронавируса резко увеличилась нагрузка на амбулаторное звено по первичному приёму пациентов с признаками респираторных инфекций, не исключая наличие COVID-19. Пиковая нагрузка составила 236 обращений по вызову врача на дом и 119 посещений в поликлинике в течение одних суток. Приём температурающих пациентов был организован в две смены в отдельном кабинете в изолированном крыле первого этажа здания поликлиники с отдельным входом. Пациенты осматривались врачом, минуя запись через регистратуру, производился отбор проб биологического материала на ПЦР-диагностику, назначалось лечение, по необходимости выписывался листок нетрудоспособности. Результат ПЦР-диагностики пациент получал в течение 24 часов (чаще 12 часов) посредством смс-оповещения. В случае подтверждения наличия у пациента новой коронавирусной инфекции производилась корректировка схемы лечения, выдача лекарственных препаратов. При увеличении потока пациентов резко возросла нагрузка на кабинет, увеличилось время ожидания приема, снизилась возможность соблюдения социальной дистанции, встала острая необходимость расширения зоны обслуживания пациентов в поликлинике, а также внедрение нового алгоритма оказания услуги по диагностике и лечению новой коронавирусной инфекции. Зона первичного приема перемещена на первый этаж в отдельный отремонтированный корпус

(зона ожидания увеличилась с 40 до 95 м<sup>2</sup>, что обеспечило соблюдение социальной дистанции). В непосредственной близости от входной группы организован кабинет экспресс-тестирования на COVID-19 с пропускной способностью 24 человека в час за счет эргономики рабочего места. По результатам экспресс-тестирования пациенты распределяются на два пересекającychся потока (с подтвержденным и неподтвержденным диагнозом) для осмотра врачом (организовано 3 кабинета), пациенты с подтвержденным диагнозом получают лекарственные препараты непосредственно на приеме.

**Выводы.** С введением нового алгоритма оказания услуги по диагностике и лечению новой коронавирусной инфекции время ожидания результата диагностики снизилось с 1-2 дней до 30 минут, время ожидания в очереди у кабинета врача – с 60 до 10 минут. Как следствие, общее время на получение результата оказания медицинской услуги снизилось с 1-2 дней до 40 минут. Удовлетворенность пациентов увеличилась с 20 до 75%.

*Н.Ю. Пятакова, Е.А. Алмакаева, А.С. Пугин*

## **ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЕ. ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ РЕНТГЕНОПЕРАЦИОННОЙ**

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

Рентгеновская ангиографическая диагностика и интервенционная хирургия – это новое перспективное направление клинической медицины. Суть его заключается в проведении малоинвазивным способом внутрисосудистых, внутривенных и внутривенных диагностических и лечебных вмешательств с помощью различных катетеров под рентгенологическим контролем. Это метод контрастного рентгенологического исследования кровеносных сосудов, изучающий состояние сосудов, окольного кровотока и протяжённость патологического процесса.

Благодаря возможности исследовать и получать достаточно точную информацию о состоянии сосудов, ангиография часто называется методом «золотого стандарта», то есть наиболее качественным методом диагностики заболеваний сосудов. Ангиографический метод исследования позволяет выявить практически любую патологию сосудов.



Возможность обеспечить экстренную кардиохирургическую помощь является важным моментом для отделения, которое выполняет диагностические и лечебные вмешательства у нестабильных больных или у пациентов высокого риска.

Через небольшой кожный прокол в области бедренной, лучевой или подмышечной артерии производится катетеризация периферического сосуда. Затем выполняется контрастирование необходимого артериального бассейна. Информация регистрируется ангиографической установкой, позволяющей с помощью компьютерной обработки усиливать получаемый сигнал и даже преобразовывать его в трехмерное изображение сосуда. Высокий профессиональный уровень отделения позволил внедрить в работу практически весь современный арсенал медицинской помощи больным с сосудистой патологией.

Наиболее часто выполняемые оперативные вмешательства: коронарография, вентрикулография, коронарошунтография, баллонная ангиопластика коронарных артерий, стентирование коронарных артерий.

Роль операционной медицинской сестры во внедрении современных технологий хирургического лечения заключается не только в качественной подготовке инструментария и расходного материала, но и в полномочном участии в ходе оперативного вмешательства, ответственности за его исход.

С учетом современного развития медицинской науки, самостоятельная работа медицинских сестер по многим методикам требует профессионализма, качественных теоретических и практических навыков. Существует множество технических и медицинских аспектов, которые необходимо знать операционной медицинской сестре в рентгенхирургии.

Важнейшей особенностью деятельности сестринского персонала является недопустимость даже малейшей ошибки или небрежности во время оперативного вмешательства. С развитием рентгенхирургии появилось много вспомогательных устройств, необходимых в повседневной работе (внутрисосудистый ультразвук, внутриаортальный баллонный контрапульсатор, аппарат измерения фракционного резерва кровотока и ряд других), предназначение и принцип работы которых квалифицированная операционная медицинская сестра должна знать.

Таким образом, создано новое перспективное направление медицины на основе интеграции рентгеноэндоваскулярной хирургии с другими направлениями медицины, сочетающее в себе диагностические и лечебные вмешательства, осуществляемые в процессе одного эндоваскулярного вмешательства.

*В.А. Шмойлова, Л.А. Сосина*

## **РОЛЬ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА В СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ И ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЕ**

**ГУЗ «Областной врачебно-физкультурный диспансер»**

Медицинское обслуживание населения – одна из основ общественного благополучия. В нашей стране из года в год расширяется функционал и улучшается качество института здравоохранения. Отдельной, но немаловажной отраслью медицины является спортивная медицина. Имея свою нормативную базу, спортивная медицина по праву является уникальной составляющей медицины.

Спортсмены и лица, занимающиеся лечебной физкультурой, обращаясь в медицинскую организацию, взаимодействуют как со старшим, так и со средним медицинским персоналом. Особая роль в этом взаимодействии – у среднего медицинского работника.

В отделении лечебной физкультуры № 1 ГУЗ «Областной врачебно-физкультурный диспансер» трудится 6 инструкторов по лечебной физкультуре, 2 инструктора-методиста и 6 медсестёр по массажу. Инструкторы по лечебной физкультуре и медицинские сестры по массажу осуществляют следующие функции:

- профилактика и коррекция отклонений в состоянии здоровья детей на выходах в дошкольных образовательных учреждениях и школах города Ульяновска и Ульяновской области;
- проведение лечебно-профилактических мероприятий, направленных на определение состояния здоровья, физического развития и уровня функциональных возможностей; оказание помощи лицам, перенесшим острые заболевания и травмы, больным хроническими заболеваниями, инвалидам, нуждающимся в восстановительном лечении с применением средств и методов лечебной физкультуры;
- решение вопросов соответствия физических нагрузок функциональным возможностям организма лицам, перенесшим острые заболевания и травмы, больным хроническими заболеваниями, инвалидам, нуждающимся в восстановительном лечении с применением средств и методов лечебной физкультуры;
- проведение процедур лечебной физкультуры, массажа, физиотерапевтических процедур;
- профилактика отклонений, состояния здоровья и травм во время применения средств и методов лечебной физкультуры.

Основной контингент пациентов спортивной медицины составляют дети с нарушениями со стороны опорно-двигательного аппарата. За 2021 год в курируемых образовательных учреждениях выявлено 2019 случаев патологии опорно-двигательного аппарата, в том числе: нарушения осанки – 1 243 человека, что составило 41,4%; сколиозы – 51 человек, что составило 1,7%; уплощение стоп – 703 человека, что составило 23,4%; плоскостопие – 680 человек, что составило 22,7%.

Инструкторы по лечебной физкультуре, инструкторы-методисты и медсестры по массажу используют в своей работе как традиционные методики ЛФК (индивидуальные и групповые занятия лечебной гимнастикой, сеансы массажа), так и гимнастику для профилактики и коррекции миопии. Имеет место также дыхательная гимнастика, коррекция функциональных нарушений позвоночника по методикам ветреброневрологов А. Лукаша, Б. Ситтеля, И. Борщенко, доктора Шишонина, точечный массаж для профилактики ОРВИ по А. Уманской, релаксационная гимнастика. На базе детских дошкольных учреждений дополнительно проводится гимнастика на фитболах, мягких модулях, занятия в сухом бассейне.

В условиях новой реальности дистанционного обучения и карантинных мероприятий меняется формат занятий ЛФК. Занятия лечебной физкультурой проводятся в онлайн-режиме, создаются видео-комплексы лечебной гимнастики для применения в домашних условиях.

За 2021 год оздоровление методом ЛФК прошли 3 308 детей, из них 3 063 человека – пациенты ортопедического профиля, 162 – пациенты педиатрического профиля и 83 – пациенты с прочей патологией. Проведено 13 291 групповое и 4 001 индивидуальное занятие. Курс лечебного массажа прошли 2 149 человек.

Оздоровительная работа продолжается и в летний период в пришкольных лагерях.

Инструкторы по лечебной физкультуре и медсестры по массажу проводят открытые уроки и мастер-классы по методикам оздоровления детей, участвуют в заседаниях педсоветов, родительских собраниях и проводят индивидуальные консультации с родителями по вопросам сохранения здоровья детей.

Таким образом, специалисты учреждения со средним медицинским образованием играют важную роль в формировании здорового образа жизни населения. Путем пропаганды и привлечения населения к занятиям физической культурой и спортом работники сферы спортивной медицины способствуют сохранению и укреплению здоровья, ведению здорового образа жизни, обеспечению физически активного долголетия.

*Р.В. Спиридонова, Е.В. Горовая*

## О ПРИМЕНЕНИИ МЕДИКО-ТЕХНОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ОБРАЩЕНИЯ С ОБРАЗУЮЩИМИСЯ ОТХОДАМИ КЛАССА Б

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

**Актуальность.** Спектр медицинских отходов класса Б достаточно широк. По данным ВОЗ, около 15% отходов, которые образуются в процессе медико-санитарной деятельности представляют опасность для человека и окружающей среды. Объем медицинских отходов растет. Это связано с тем, что организации внедряют одноразовые медицинские изделия и увеличивают объем инвазивной медицинской помощи населению. Отходы медицинского назначения класса Б, согласно ФККО, относят к 3 и 4 классу опасности. Это значит, что они представляют собой среднюю/умеренную угрозу для экологии и здоровья людей.

Список медицинских отходов класса Б: использованные одноразовые шприцы, иглы, системы; остатки пищи из инфекционных отделений; органические отходы в операционных блоках; загрязненные биологическими жидкостями перевязочный материал и одноразовое медицинское белье; одноразовые изделия из латекса и резины (перчатки, дренажи, катетеры).

**Цель работы** – обосновать утилизацию медицинских отходов класса Б децентрализованным методом. Предотвратить распространение возбудителей инфекционных и паразитарных болезней в окружающей среде.

**Материалы и методы:** проведен ретроспективный анализ: интервьюирование 250 младших и средних медицинских работников; анализ экономических затрат по данным планово-экономического отдела за 2019–2021 гг.

Проведено исследование. Организация производит обеззараживание на своей территории в блоке утилизации медицинских отходов класса Б децентрализованным методом физического воздействия. Отходы класса Б образуются в лечебных и лабораторных помещениях в количестве в среднем за сутки 50 кг. В месяц – в среднем 1500–1600 кг. Все отходы в отделениях собираются в герметичную одноразовую упаковку, закрепленную на специальной стойке. Затем доставляются на отдельно выделенном лифте на цокольный этаж в блок утилизации отходов, где проводится дальнейшее термическое обеззараживание на утилизаторе

медицинских отходов «Балтнер – Ш 150» (дезинфекция паром под давлением в условиях вакуума) с последующей механической деструктуризацией путем измельчения режущими ножами. Данный метод обеспечивает полное обеззараживание всех видов медицинских отходов и деструктуризацию их товарных свойств. При дезинфекции паром 114 градусов в течение 20 минут в условиях вакуума обеспечивается проникновение пара во все полости дезинфицируемого материала, что обеспечивает равномерное уничтожение болезнетворных бактерий.

При использовании данной технологии отходы первично дезинфицируются в специальных полупроницаемых пакетах с индикатором, что позволяет контролировать эффективность проведенной дезинфекции, а потом вручную перегружаются в шредер (измельчитель).

Для работы на утилизаторе не требуется предварительная дезинфекция отходов в отделениях, что позволяет: 1) упростить процесс утилизации отходов класса Б (отсутствие потребности в дезинфицирующих средствах); 2) исключение прямого контакта сотрудников с биологическими жидкостями и дезинфицирующими средствами, как следствие уменьшение аварийных ситуаций.

**Выводы:** проведенное исследование показало, что при использовании данного метода утилизации отходов класса Б существуют преимущества: осуществляется в любой медицинской организации; контролируется процесс обращения с медицинскими отходами класса Б на всех этапах следования; корректируется по объему и виду обеззараживания; адаптируется к изменениям в организационной и штатной структуре организации; имеется экономическая выгода; предотвращается попадание необработанных отходов в окружающую среду.

*С.А. Степанова, Е.Л. Садкова, Н.Г. Кузьмина*

## ИЗМЕНЕНИЯ В РАБОТЕ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЁР-АНЕСТЕЗИСТОВ ПРИ УХОДЕ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ПОРАЖЕНИЕМ ЛЁГКИХ В ГОСПИТАЛЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска»

Современная пандемия COVID-19 привела к массовому появлению пациентов с дыхательной недостаточностью, примерно у 13% поступающих на госпитализацию пациентов отмечается тяжелая гипоксемия

с необходимостью интенсивной терапии. Для лечения таких пациентов стали широко применять неинвазивную вентиляцию лёгких.

**Актуальность** данной темы обусловлена преимуществом неинвазивной вентиляции лёгких перед традиционной искусственной вентиляцией лёгких за счёт снижения риска присоединения нозокомиальных инфекций, уменьшением потребности медикаментозной седации пациента, более физиологическим типом дыхания, сохранением самостоятельного механизма откашливания мокроты, наличием возможности более ранней мобилизации пациента, сотрудничеством с персоналом. До пандемии COVID-19 в отделении этот метод лечения применялся крайне редко, и навыков у среднего медицинского персонала по работе с этой категорией пациентов было сформировано недостаточно, а также отсутствовал чёткий алгоритм действий медицинской сестры-анестезиста при этом способе лечения.

**Цель исследования** – усовершенствовать практические навыки медицинских сестёр-анестезистов при работе с пациентами, нуждающимися в неинвазивной вентиляции лёгких для профессионального ухода и профилактики осложнений.

**Задачи исследования:** 1. Провести анализ исходного уровня знаний и практических навыков специалистов по использованию масок для неинвазивной вентиляции лёгких, определить темы обучения по направлению. 2. Разработать алгоритм безопасности и успешного применения неинвазивной вентиляции лёгких. 3. Оценить знания и навыки сотрудников после занятий, скорректировать дальнейшие планы по обучению специалистов.

**Методы исследования:** наблюдение, обобщение опыта, беседы, анкетирование.

**Результаты исследования.** В исследовании принимали участие 64 медицинских сестры-анестезиста со стажем работы от 1 года до 20 лет. Была разработана анкета с вопросами по основным направлениям: подготовка маски к работе, подключение к контуру, действиям при отдельных ситуациях (при случайной экстубации, разгерметизации контура и т.п.), оценке эффективного использования неинвазивной вентиляции лёгких и др. У 45% сотрудников выявлены доминирующие затруднения по причине недостаточного владения теоретическим материалом по работе с масками для неинвазивной вентиляции лёгких, 98% сотрудников хотели бы дополнительно получить необходимые практические навыки. Был разработан алгоритм безопасности и успешной неинвазивной вентиляции лёгких:

1. Обработка рук персонала перед и после манипуляций с пациентом.

2. Обеспечение удобного положения дыхательного контура относительно головы пациента, при котором исключается натяжение шлангов, затекание конденсата в дыхательные пути.
3. Постоянный мониторинг состояния влагосборников и шлангов, своевременное их опорожнение от конденсата.
4. Смена бактериальных фильтров каждые 24 часа и по мере загрязнения.
5. Подготовка пациента к санации: преоксигенация, небольшое увеличение дыхательного объема.
6. Адекватный уход за полостью рта не реже 2 раз в сутки.
7. Профилактика нарушений герметичности дыхательного контура.
8. Использование систем согревания и увлажнения дыхательной смеси.
9. Регулярное использование прона-позиции и смены положения тела.
10. Лабораторный мониторинг параметров газообмена не менее одного раза в сутки.
11. Постоянный мониторинг оценки параметров легочной механики.
12. Смена дыхательного контура каждые 72 часа.
13. Мониторинг параметров неинвазивной вентиляции лёгких и основных жизненно важных функций организма не реже чем один раз в час.

Обучение проводилось врачами анестезиологами отделения. Обучено 100% персонала среднего звена отделения. После занятий 98% респондентов были удовлетворены полученной на занятиях информацией. 2% удовлетворены частично, причиной этого явилось недостаточное количество времени для приобретения практических навыков.

**Выводы.** Специалисты отличаются познавательной потребностью, желанием повысить уровень своей квалификации. Для качественного профессионального ухода и профилактики осложнений при использовании неинвазивной вентиляции лёгких практические навыки медицинских сестёр-анестезистов должны быть отработаны максимально в полном объёме.

*М.В. Фофанова, Т.В. Лебедева, А.А. Полякова*

## РОЛЬ СТАРШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПОДДЕРЖКЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19

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

Пандемия COVID-19 стала одним из самых тяжёлых кризисов системы мирового здравоохранения, затронувшая людей всех континентов, наций, рас и социально-экономических групп. Медицинские работники всех уровней оказались на передовой борьбы за жизни тысяч пациентов. В этой борьбе за жизни людей, участвуют не только медицинские работники, которые непосредственно работают с вирусной инфекцией, но и те, кто продолжают трудиться в обычных поликлиниках и стационарах. В этих условиях риск, что к тебе придёт на приём пациент с инфекционным заболеванием, весьма вероятен. Поэтому очень важно проявлять особенную настороженность и неукоснительно соблюдать свои обязанности.

В начале пандемии с медицинскими работниками проводились устные беседы о причинах их беспокойств. Все мнения разделились на две группы: беспокойство за свое здоровье и беспокойство за здоровье своих родственников.

В работе по предотвращению стрессов у медицинских сестер, были использованы «Рекомендации для медицинских работников, находящихся в условиях повышенных психоэмоциональных нагрузок в период пандемии COVID-19», выпущенные научно-образовательным центром современных медицинских технологий в мае 2020 года.

В рамках практической части исследования был проведён опрос медицинских сестёр поликлинического отделения ГУЗ УОКЦСВМП, в анкетировании приняли участие 25 респондентов. Сестринский персонал отделения по возрасту делится на две большие группы: от 30 лет до 49 лет – 16 человек (64%) и старше 50 лет – 9 человек (36%), из них 32% медицинских сестёр трудятся в отрасли более 30 лет. В официальном браке состоят 20 медсестер.

В результате тестирования получены следующие результаты: 88,9% респондентов считают, что медицинским работникам нужна психологическая поддержка, 44,4% опасались возникновения тяжелого

заболевания у себя и 33,3% боялись заразить других людей и стать причиной их смерти, 22,2% не боялись заразиться коронавирусом.

По уровню тревоги 71,5% опрошенных отметили свой уровень в границах от 5 до 7 (по 10 бальной шкале); по данным субъективной оценки 50% отмечают нарушения качества сна; у 100% респондентов субъективное ощущение подавленности отмечалось не выше 5 баллов (по 10 бальной шкале).

Больше половины опрошенных отметили, что оценивают свое состояние здоровья после начала пандемии почти без изменений. Самым оптимальным элементом в сохранении своего психологического состояния 77,8% медсестер сказали, что это обеспечение средствами индивидуальной защиты.

Старшей медицинской сестре необходимо четко понимать, что проблемы в сфере психического здоровья сильно влияют на качество работы персонала. Проявив внимание к эмоциональному состоянию медицинских сестер, можно сохранить необходимый настрой и эффективность работы всего коллектива. Важно понимать, что текущая ситуация не пройдет в одночасье и необходимо сосредоточиться на долгосрочных стратегиях организации работы, стараясь минимизировать краткосрочные антикризисные меры (ВОЗ, 2020). Как уже неоднократно говорилось, вспышка COVID-19 и ее последствия – это не спринт, а марафон.

Из полученных результатов тестирования сделаны выводы с изменением тактики действий в сложившейся ситуации:

- по возможности максимально быстро обеспечивать необходимыми средствами индивидуальной защиты всех сотрудников подразделения;
- предоставлять своевременную и правдивую информацию о происходящем;
- отдавать четкие инструкции, предпочтительно в письменном виде;
- обеспечивать ротацию сотрудников – от мест работы с высоким напряжением и риском заражения к местам менее интенсивной работы с низким риском заражения;
- инициировать, поощрять и контролировать перерывы в работе;
- информировать сотрудников о том, где и как они могут получить психологическую помощь и поддержку.

*Е.В. Яикова, Н.Г. Кузьмина, Н.О. Соломянная*

## ПРОБЛЕМЫ СРЕДНЕГО И МЛАДШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА, ВОЗНИКАЮЩИЕ ПРИ ПЕРЕПРОФИЛИРОВАНИИ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА В ГОСПИТАЛЬ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска»

**Актуальность** данной темы обусловлена тем, что в целях организации оказания своевременной и качественной медицинской помощи пациентам с подтверждённым диагнозом «новая коронавирусная инфекция» (COVID-19) или подозрением на COVID-19 многие лечебные учреждения были перепрофилированы для оказания медицинской помощи пациентам этой категории. В короткие сроки необходимо было сформировать коллективы медицинских сестер, младшего медицинского персонала из сотрудников разных отделений, подготовить их к работе в особых условиях труда, к оказанию медицинской помощи гражданам с инфекционными болезнями, отнесенными санитарным законодательством Российской Федерации ко II группе патогенности.

**Цель исследования** – выявить проблемы, возникшие при изменении условий труда среднего и младшего медицинского персонала, принять своевременно меры по их устранению.

**Задачи исследования:** 1. Провести анкетирование сотрудников с целью выявления основных проблем, с которыми сталкиваются медицинские работники, после одного месяца работы в условиях госпиталя для больных новой коронавирусной инфекцией. 2. Провести анализ полученных сведений. 3. Найти пути решения выявленных проблем для максимального использования потенциала сотрудников.

**Методы исследования:** наблюдение, обобщение опыта, беседы, анкетирование.

**Результаты исследования.** В процессе работы были выявлены и изучены основные проблемы медицинских работников госпиталя для больных с новой коронавирусной инфекцией. Была разработана анкета с вопросами по основным направлениям работы медицинских работников госпиталя: лечебно-охранительному режиму, организации лечебного процесса, знаниям техники использования средств индивидуальной защиты, профилактики инфицирования на рабочем месте, этике

и деонтологии при общении с пациентами. В опросе приняли участие 32 медицинские сестры со стажем работы от 5 до 30 лет и 15 санитарок со стажем работы от 0 до 8 лет. **В ходе исследования** были выявлены основные четыре группы проблем:

1. Социально-психологические – такие как знакомство с новым коллективом, установление межличностных и деловых коммуникаций, формирование неформальных групп общения. У 60% респондентов были опасения по поводу возможности в максимально короткие сроки наладить успешную, слаженную работу с совершенно незнакомыми друг другу людьми, 20% респондентов отметили значительные затруднения в общении с пациентами, у которых имеются когнитивные нарушения на фоне гипоксии. 60% отмечали агрессию от пациентов и их родственников по отношению к медицинскому персоналу из-за необходимости соблюдения особых условий лечебно-охранительного режима, недостатка общения с родственниками. 100% опрошенных сотрудников заявили о невозможности без эмоций принять смерть пациентов.

2. Организационные, такие как маршрутизация при различных рабочих ситуациях. У 10% опрошиваемых были проблемы запомнить пути перемещения биологического материала в лабораторию, доставку пищи из пищеблока, транспортировку белья, вывоз отходов. 35% респондентов отметили невозможность быстрого передвижения, как было раньше из-за тяжести резиновых сапог, неудобства работы в бахилах, постоянной боязни запутаться в многочисленных проводах от оборудования.

3. Профессиональные. Повторение ранее полученных знаний, знакомство с новыми видами исследований, стандартами диагностики, лечения, ухода за пациентами с учетом инфекционного профиля работы. 90% респондентов отметили необходимость персональной ответственности за соблюдением всех требований по применению средств индивидуальной защиты. 25% испытывали трудности в освоении новой специфики работы инфекционного профиля. 45% сотрудников отметили увеличение доли манипуляций сестринского ухода в работе в связи с тем, что большинство пациентов находятся в тяжёлом и крайне тяжёлом состоянии, много маломобильных пациентов пожилого возраста.

4. Психофизиологические. Перестраивание своего организма на режим работы в новых условиях труда, приспособление к новому рабочему месту, комнатам отдыха и т.д. 40% сотрудников отмечали плохую слышимость, так как уши закрыты капюшоном от комбинезона и резинкой от очков. 95% респондентов отмечали плохую видимость так как сжаты поля зрения, запотевают защитные очки и экраны. 25% опрошиваемых обозначили проблему с физиологическими отправлениями. 45%

отметили у себя наличие признаков гипоксии из-за долгого нахождения в респираторе. 95% – снижение тактильной чувствительности из-за использования при проведении ряда манипуляций трех пар перчаток.

**Выводы.** На основании полученных результатов исследования были приняты следующие организационные решения: 1. Обеспечение максимальной, стопроцентной укомплектованности персоналом, рациональная расстановка кадров, формирование рабочих смен с учетом межличностных коммуникаций. 2. Организация обучения, дополнительное инструктирование сотрудников по выполняемому объему работы, практические отработки навыков. 3. Совершенствование системы логистики в госпитале. 4. Поддержание здорового психологического климата в коллективе.

Практика показывает, что специалисты максимально раскрывают свой потенциал тогда, когда они теоретически и практически подготовлены, понимают свою роль в решении общих задач и получают хорошую оценку со стороны коллег и руководителей.

*Е.Д. Берч, А.М. Имангулов*

## **РАБОТА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ**

**ГУЗ «Ульяновская областная клиническая станция скорой  
медицинской помощи»**

Пандемия коронавируса стала серьезнейшим испытанием для здравоохранения. Значительно увеличилась нагрузка практически на все отрасли медицинской системы, потребовался быстрый и кардинальный пересмотр привычных алгоритмов работы.

Многие люди до сих пор не верят в то, что коронавирус – это реальная угроза. В конце декабря 2019 года мы слышали о месте первой вспышки коронавируса, и даже не могли подумать, что вирус доберется и до Ульяновской области. Всемирная организация здравоохранения 11 марта 2020 года объявила распространение коронавируса пандемией. Для того чтобы адаптироваться к новым реалиям пандемии COVID-19, пришлось оперативно перестраивать работу службы. За эти два года были подготовлены серии регламентирующих приказов, алгоритмов и обучающих материалов по оказанию помощи пациентам с новой коронавирусной инфекцией и организации защиты сотрудников от заражения.

В городе Ульяновске с 7 апреля 2020 года ПСМП № 1 ГУЗ УОКССМП полностью перепрофилирована для оказания скорой медицинской помощи пациентам с симптомами новой коронавирусной инфекции. Разделение потока пациентов начинается при приеме вызова.

В подготовительный период: 1. Изменен алгоритм приема вызова. При приеме вызова у пациентов с жалобами на признаки респираторной инфекции обязательно уточняется наличие контакта с заболевшими и результаты тестов на COVID-19 (при наличии). При выявлении симптомов, не исключающих новую коронавирусную инфекцию, вызов передается инфекционной бригаде. 2. Создан запас средств индивидуальной защиты и дезинфицирующих препаратов. 3. Проведены занятия с медицинским персоналом по клинике, диагностике и тактике оказания скорой медицинской помощи пациентам с подозрением на коронавирусную инфекцию.

За два года сотрудниками инфекционных бригад ПСМП № 1 оказана помощь 35 264 пациентам, из них 26 147 пациентов доставлены на госпитализацию. Средняя нагрузка на бригаду составила 12 вызовов в сутки.

Можно с уверенностью сказать, что в самом начале пандемии станция скорой медицинской помощи выступила своеобразным сдерживающим барьером на пути распространения COVID-19, поскольку была организована целая система инфекционной безопасности на догоспитальном этапе. В рамках образовательных мероприятий обучили медицинский персонал тому, как правильно надевать и снимать защитные костюмы, очки, перчатки, бахилы. Научили грамотно утилизировать их. Рассказали об алгоритмах действий и лечении при выявлении у пациента новой коронавирусной инфекции или подозрении на нее. Научили правильно брать мазки.

После каждого вызова машины скорой помощи проходят санитарную обработку специальными дезинфицирующими средствами. В наших автомобилях для этого все бригады скорой медицинской помощи готовы к любым вызовам. Вопросы оформления документации, маршрутизации пациентов, также входят в круг обязанностей скорой помощи. Кроме того, в автомобилях скорой помощи постоянно работает бактерицидный облучатель. После каждой госпитализации пациента в ковидный стационар машины скорой помощи проходят дезинфекцию, которая проводится по специально разработанным алгоритмам и инструкциям.

На данный момент работа сотрудников скорой медицинской помощи отлажена и четко построена, так же хорошо отлажен алгоритм взаимодействия между различными ведомствами. Наши сотрудники преданы своей профессии, обладают знаниями и умениями, которые помогают им не растеряться в нестандартной ситуации, а быть максимально собранными и действовать профессионально, чтобы оказать медицинскую помощь пациенту вовремя и в полном объеме.

*А.Е. Горбач, Н.П. Новикова, А.Л. Станишевский,  
А.Н. Волошенюк*

## **СИНДРОМНЫЙ ПОДХОД ПРИ ОКАЗАНИИ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ**

**ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного  
образования»**

**Актуальность.** Идеальной характеристикой пострадавшего является развернутый нозологический диагноз. В условиях жестокого ограничения по времени врачом скорой помощи нозологический диагноз

не всегда может быть установлен при первичном контакте с пострадавшим в критическом состоянии. В реальных условиях действует сложившаяся система – врач отслеживает не отдельные параметры пострадавшего, а их определённые совокупности – синдромы. Наличие или выраженность синдрома определяется врачом «на глаз», однако наиболее важная характеристика ведущего синдрома – это динамика его развития. Такой подход к диагностике получил название «интенсивная диагностика». Не имея возможности в короткий промежуток провести детальную диагностику, врач скорой помощи, как правило, руководствуется небольшим кругом критериев для определения в экстренной ситуации. Динамика ведущего синдрома является определяющим критерием для управления лечебно-диагностическим процессом. Поэтому интенсивное наблюдение за состоянием больного нередко принимает форму мониторинга, т.е. отслеживание одних и тех же параметров через определенные промежутки времени.

**Цель** – анализ синдромального подхода для повышения качества помощи пострадавшим с тяжелой механической травмой при чрезвычайных ситуациях.

**Методы исследования:** нами были изучены карты скорой помощи и истории болезни 177 пострадавших, поступивших в УЗ ГКБСМП г. Минска за 2018 г. (10 месяцев). Изучалось качество, объем помощи на догоспитальном этапе.

**Результаты исследования.** При оценке качества догоспитальной диагностики изучено соответствие клинического диагноза врачей СМП, при этом учитывался лишь факт догоспитальной диагностики тяжелых повреждений, без учета степени детализации. Особенности диагностики на догоспитальном этапе: наличие повреждения при политравме не диагностируется (как обычно), а исключается в процессе осмотра пострадавшего «с головы до пят».

Если повреждение в анатомической области было указано правильно и подтверждено в окончательном диагнозе – диагноз считался верным. Если фигурировавшее в догоспитальном диагнозе повреждение не подтверждалось – это считалось гипердиагностикой. Повреждение считалось не диагностированным если не было указано на догоспитальном этапе.

Проведенный анализ показал следующие результаты: повреждение диагностировано – 53,1%; повреждение не диагностировано – 23,7%; гипердиагностика повреждения – 23,2%.

Следует отметить, что установленный на догоспитальном этапе диагноз иногда не находит подтверждения в стационаре. Это связано

с тем, что требование современных стандартов нацелено на установление максимально подробного диагноза.

**Выводы.** Проблема синдромального подхода заключается не в недостаточной точности диагностики, а в учете и локализации тех повреждений, которые крайне необходимо своевременно выявить, предупредить серьезные осложнения как в очаге, так и в ходе транспортировки. Синдромный подход находит своё отражение в концепции первичного и вторичного осмотра при оценке критических состояний чрезвычайных ситуаций.

*С.А. Зязянов, А.М. Имангулов*

## СТРУКТУРА ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая станция скорой медицинской помощи»

**Актуальность проблемы.** Вопросы современной диагностики и лечебной тактики острой кишечной непроходимости (ОКН) крайне актуальны в связи с неуклонным ростом числа больных и высокой послеоперационной летальностью. Доля ОКН составляет до 10% среди всех неотложных заболеваний органов брюшной полости. Наиболее часто встречается острая тонкокишечная непроходимость – в 60–70%, реже – толстокишечная непроходимость – в 30–40% случаев. Причинами острой тонкокишечной непроходимости могут быть спаечная (63%), странгуляционная (28%), обтурационная непроходимость неопухолевого генеза (7%), прочее (2%); острой толстокишечной непроходимости – опухолевая непроходимость (93%), заворот толстой кишки (4%), прочее 3%. Летальность при этой неотложной патологии остаётся высокой, достигая 15–40%.

**Цель исследования** – анализ причин острой кишечной непроходимости на догоспитальном этапе, по данным Центральной подстанции скорой медицинской помощи ГУЗ УОКССМП.

**Материал и метод.** Были проанализированы карты вызовов за период с 2017 по 2021 гг. с диагнозом «острая кишечная непроходимость», либо с подозрением на данную патологию. Всем пациентам оказывалась медицинская помощь согласно приказу Минздрава России от 24 декабря 2012 года № 1410н «Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при остром животе». (Зарегистрировано в Минюсте России



25.03.2013 г. №27877). В 12% случаев на вызов направлены врачебные бригады, в 88 % – фельдшерские. Все исследуемые пациенты были доставлены в дежурные хирургические отделения стационаров г. Ульяновска согласно графику дежурств медицинских организаций по оказанию экстренной и неотложной медицинской помощи взрослому населению в г. Ульяновске. В период с 2017 по 2021 гг. была оказана помощь 424 больным с острой кишечной непроходимостью. Среди них мужчин было 258 (60,8%), женщин – 166 (39,2%). Возраст больных варьировал от 19 до 83 лет. 292 пациентов (68,8%) находились в трудоспособном возрасте (21–60 лет). Лица пожилого и старческого возраста составили 31,2% (132). Большинство больных (356 пациентов, 83,9%) были доставлены в больницу бригадами скорой медицинской помощи, остальные (68 больных, 16,0%, отказались от госпитализации, либо самостоятельно обратились в приемное отделение.

С целью анализа расхождения диагнозов, выставленных бригадами скорой помощи и клиническими диагнозами стационаров изучены талоны к сопроводительным листам (учетная форма № 114/у, утвержденная приказом № 942 МЗ СР РФ от 02.12.2009 г.).

**Результаты.** Диагноз ОКН на догоспитальном этапе был установлен у 235 (55,4%) больных. В остальных случаях (189 пациентов, 44,6%) в направительном диагнозе имелись указания на другие острые хирургические заболевания органов брюшной полости (панкреатит, аппендицит, холецистит и др.). Среди них истинное заболевание было выявлено лишь у 46 пациентов в хирургическом отделении при дополнительном обследовании в ходе динамического наблюдения, а у 9 – только во время операций, предпринятых по поводу других ошибочных диагнозов (ущемленная грыжа – 5, острый аппендицит – 2, острые заболевания женских половых органов – 2). В первые 6 часов от момента появления признаков заболевания были 43 (10,1%) больных, в сроки от 6 до 12 часов – 126 (29,7%), от 12 до 24 часов – 64 (15,0%), и позже 24 часов – 191 (45,0%) пациентов. Основная причина поздней госпитализации – поздняя обращаемость за медицинской помощью в связи с: попытками домашнего самолечения при отсутствии настороженности в отношении возникновения абдоминальных болей; схожестью клинической симптоматики между кишечной непроходимостью и пищевыми отравлениями; алиментарными погрешностями; последствиями злоупотребления алкоголем. Среди жалоб больных с ОКН преобладали абдоминальные боли, которые у 346 (81,4%) больных носили схваткообразный, а у 78 (18,3%) – постоянный характер. Болевой синдром отсутствовал в 5 наблюдениях (1,1%). У 350 (82,5%) больных отмечена многократная рвота, у 328 (77,3%) – задержка стула и газов, у 296 (69,8%) – вздутие живота, у 245 (57,7%) выслушивался «шум

плеска». Признаки перитонита были четко выражены в 85 (20,0 %) наблюдениях. **Выводы:** 1. На догоспитальном этапе нет необходимости во что бы то ни стало выяснить этиологию острой кишечной непроходимости. Сам факт острой кишечной непроходимости является показанием к проведению неотложных лечебных мероприятий и срочной госпитализации больного в хирургический стационар. 2. Более глубокое выяснение жалоб больного и анамнеза заболевания позволяет установить диагноз у 50% больных, тем самым снизив процент ошибок диагностики, поздней госпитализации и неадекватного лечения больных с острой кишечной непроходимостью. 3. При оказании медицинской помощи больным с острой кишечной непроходимостью необходимо строго придерживаться приказа Минздрава России от 24 декабря 2012 года № 1410н «Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при остром животе» (Зарегистрировано в Минюсте России 25.03.2013 г. № 27877).

*А.Л. Станишевский, А.Л. Суковатых, Н.П. Новикова,  
В.Н. Бордаков*

## АЛГОРИТМ ПРОВЕДЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО ОСМОТРА ПОСТРАДАВШЕГО НА МЕСТЕ ПРОИСШЕСТВИЯ

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

**Актуальность.** По официальным данным ВОЗ, до 10% всех случаев смерти и до 15% всех случаев инвалидности происходит из-за травм. Травмы и увечья являются основной причиной гибели людей в возрасте от 15 до 45 лет, 20 из 100 погибших в результате несчастных случаев в мирное время могли быть спасены, если первая помощь была бы оказана им своевременно. И если при травме счет времени идет на минуты, то при внезапной сердечной смерти оказание первой помощи должно начинаться незамедлительно (число таких случаев в мире составляет около 4,25 миллиона в год).

**Цель исследования** – оптимизировать алгоритм проведения первичного осмотра пострадавшего на месте происшествия.

**Методы исследования.** На основании анализа собственных исследований, данных национальной нормативной правовой базы, международных рекомендаций, наиболее значимых публикаций последних лет проведена оптимизация алгоритма проведения первичного осмотра пострадавшего на месте происшествия.

**Результаты.** Алгоритм изложен на рисунке 1 и включает 6 этапов: оценка места происшествия, обзорный осмотр пострадавшего на предмет наличия жизнеугрожающего наружного кровотечения и травмы шейного отдела позвоночника, определение наличия сознания, одномоментное определение наличия пульса и самостоятельного дыхания, вызов скорой медицинской помощи (других специальных служб), переход ко вторичному осмотру.

**Выводы.** Применение предлагаемого алгоритма позволит максимально снизить время принятия решения, улучшить качество и увеличить объем оказываемой экстренной медицинской и первой помощи на догоспитальном этапе, что крайне необходимо для снижения уровня смертности и является залогом дальнейшего успеха при лечении пострадавших.



Рис.1. Алгоритм проведения первичного осмотра пострадавшего на месте происшествия

Д.А. Золотарёв

## ПРИМЕНЕНИЕ НЕБУЛАЙЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая станция скорой медицинской помощи»

Применение небулайзерной терапии на этапе скорой медицинской помощи позволяет получить быстрый и устойчивый результат при лечении бронхиальной обструкции у больных бронхиальной астмой. Преимуществом использования небулайзерной терапии на догоспитальном этапе является отсутствие побочных эффектов, снижение количества повторных вызовов и госпитализации.

Своевременная и качественная терапия обострения БА на догоспитальном этапе позволяет предотвратить прогрессирующее ухудшение состояния, сократить частоту и длительность стационарного лечения, улучшить качество жизни пациента и его семьи.

Так, экспертами Британского торакального общества доказано, что отсутствие адекватной терапии на амбулаторном этапе является причиной госпитализации 74% больных с тяжелой формой астмы.

Небулайзерная терапия растворами бронхолитиков позволяет быстро создать высокую концентрацию лекарственного вещества в дыхательных путях при минимальном системном воздействии на организм.

**Цель проведенного исследования** – сравнительная оценка эффективности применения небулайзерной и парентеральной терапии купирования приступов удушья у больных бронхиальной астмой в условиях скорой медицинской помощи.

**Материалы и методы исследования:** Показанием для применения небулайзера являлся приступ удушья у больных бронхиальной астмой.

Диагностическими критериями обострения бронхиальной астмы считались симптомы, указанные в Глобальной стратегии лечения и профилактики бронхиальной астмы, (GINA 2010): удушье, выраженная одышка экспираторного характера, свистящие хрипы, ощущение сдавления в грудной клетке и кашель, усиливающиеся в ночные и ранние утренние часы.

В своей работе использовали ингалятор компрессорный портативный для аэрозольной терапии мелко- и крупнодисперсными аэрозолями Wi.Neb go (Италия). Применяли лекарственные препараты: беродуал, будесонид. Длительность сеанса ингаляции 15–20 мин, при необходимости повторение.

В исследование были включены 50 больных, обратившихся за скорой медицинской помощью с легкими и среднетяжелыми приступами бронхиальной астмы. Средний возраст обследованных составил  $62,7 \pm 9,1$  лет, при этом женщин – 16, мужчин – 34.

Контрольную группу сравнения составили 18 больных, получавших терапию с применением препаратов эуфиллина 2,4% – 10,0 и преднизолона 60–90 мг внутривенно.

Эффективность проведенной неотложной терапии оценивали по купированию острого приступа удушья, количеству повторных обращений за СМП, частоте госпитализаций больных.

**Результаты исследования и их обсуждение.** В 91,7 % случаев у больных бронхиальной астмой проведенная небулайзерная терапия позволила купировать приступы удушья в течение 10–15 минут. Только 8,3% больным потребовалось дополнительное внутривенное введение бронхолитиков (эуфиллин 2,4% – 10,0) и глюкокортикостероидов (преднизолон 60–90 мг), при этом больные в госпитализации не нуждались, побочных эффектов не наблюдалось.

В сравнении, у больных контрольной группы, получавших терапию без применения небулайзера, наблюдали такие побочные эффекты, как повышение артериального давления (11,1%), аритмии (3,5%), тахикардия (10,3%). В госпитализации нуждались 4,8% из них.

Повторные вызовы – вызов к одному и тому же больному в течение 24 часов после первого посещения бригадой СМП. При применении небулайзерной терапии повторная обращаемость составила 1,2%, тогда как у больных в группе сравнения она была в 3 раза больше (3,6%).

**Выводы:** применение небулайзерной терапии на этапе скорой медицинской помощи позволяет получить быстрый и устойчивый результат при лечении бронхиальной обструкции у больных бронхиальной астмой; преимуществом использования небулайзерной терапии на догоспитальном этапе является отсутствие побочных эффектов, снижение количества повторных вызовов и госпитализации.

*С.Н. Дылевский, Н.П. Новикова, А.В. Борисов,  
В.Н. Бордаков*

## ОПТИМИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ

ГУ «Республиканский клинический медицинский центр Управления делами Президента Республики Беларусь», ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи», г. Минск

**Введение.** Эффективность оказания медицинской помощи на стационарном этапе в значительной степени определяется организацией работы приемного отделения (ПО), играющего ключевую роль в постановке первичного диагноза, определении степени тяжести состояния и решении вопроса о необходимости госпитализации пациента. Увеличение числа пациентов, направляемых в стационары по экстренным показаниям, требует жесткой обоснованности госпитализации.

**Цель** – оптимизация системы медицинской сортировки на уровне ПО.

**Материал и методы.** В ПО УЗ «Больница скорой медицинской помощи» г. Минска ведут прием врачи-специалисты по 12 специальностям. Такая многопрофильность диктует необходимость рациональной организации труда медицинского персонала. Пропускная способность ПО – до 300 человек в сутки, причем одновременно в ПО могут находиться до 60 пациентов. Сроки пребывания на данном этапе – до 1 часа, в случае необходимости проведения дополнительных инструментальных методов обследования – не более 2 часов. В настоящее время дежурный врач ПО выполняет пять основных функций: организационная, диагностическая, лечебная, противоэпидемическая и статистическая.

**Результаты и обсуждение.** Распределение потоков пациентов начинается с догоспитального этапа, когда служба скорой медицинской помощи информирует о доставке тяжелого пациента, что позволяет заблаговременно привести в готовность соответствующие службы и отделения. По показаниям пациент, минуя ПО, поступает непосредственно в отделение реанимации соответствующего профиля. Остальные пациенты распределяются по тяжести состояния, профилю заболевания, полу. Отдельно выделяется поток пациентов, нуждающихся в изоляции.

Для организации процесса сортировки необходим быстрый, удобный и качественный инструмент, позволяющий разделить пациентов на категории, в зависимости от тяжести состояния, тем самым определяя

приоритет для конкретного пациента в оказании медицинской помощи. Таким инструментом стала предложенная нами модифицированная сортировочная шкала, в которой совмещено цветовое кодирование, отражающее тяжесть состояния пациента, и установлено время ожидания оказания экстренной помощи. В соответствии с новой моделью сортировка разделена на четыре зоны:

Анестезиолого-реанимационный блок (**красная зона**) предназначен для оказания экстренной помощи тяжелым пациентам, нуждающимся в безотлагательном вмешательстве врача. Красная зона имеет прямую связь со службой скорой помощи, помещения оснащены необходимым оборудованием для реанимации и противошоковой терапии, связаны напрямую с оперблоком, профильным госпитальным отделением.

В **желтую зону** поступают пациенты средней степени тяжести, которые нуждаются в госпитализации и постоянном наблюдении врачей. Помощь в этой зоне должна начаться в течение 20 минут.

В **оранжевой зоне** оборудованы помещения для осмотра и пребывания граждан, находящихся в состоянии алкогольного опьянения.

**Зеленая зона** – для тех, чье состояние не требует принятия срочных мер.

**Выводы.** Реализация предлагаемой модифицированной сортировочной шкалы позволяет эффективно обеспечить сортировку пациентов, способствует рациональному использованию лечебно-диагностического потенциала для приоритетного оказания скорой медицинской помощи, повышает доступность и качества оказания медицинской помощи.

*Ю.А. Ляльченко, Н.Н. Колонтай*

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ФЕЛЬДШЕРСКИМИ ЛИНЕЙНЫМИ БРИГАДАМИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая станция скорой медицинской помощи»

Современная эра тромболитической терапии началась в 1976 г., когда сотрудники ВКНЦ АМН СССР во главе с академиком Е.И. Чазовым продемонстрировали возможность растворения тромба при инфаркте миокарда путем внутрикоронового введения фибринолизина.

В настоящее время наиболее эффективными, патогенетически обоснованными методами лечения острого инфаркта миокарда являются тромболитическая терапия (ТЛТ) и коронарная ангиопластика.

**Актуальность.** По данным НМИЦ им. В.А. Алмазова, в 2020 году от болезней системы кровообращения умерло 944 843 человека, что соответствует 643,9 случая на 100 тыс. населения, что превышает показатели 2014 года (по этой причине скончалось 940 489 человек, 653,9 случая на 100 тыс. населения).

Смертность от проявлений ИБС продолжает оставаться крайне острой и актуальной проблемой как в работе выездных линейных бригад скорой медицинской помощи, так и в работе профильных специализированных выездных бригад скорой медицинской помощи.

**Цель исследования** – оценка эффективности проведения тромболитической терапии у пациентов с инфарктом миокарда на догоспитальном этапе.

**Задачи исследования.** 1. Определить необходимость проведения тромболитической терапии у пациентов с инфарктом миокарда на догоспитальном этапе. 2. Провести сравнительную оценку жизненно важных показателей пациентов до проведения ТЛТ и после. 3. Оценить эффективность оказанной помощи пациентам после тромболитической терапии.

**Материалы и методы исследования.** На базе ГУЗ УОКССМП ПСМП № 2 было проведено обследование 17 пациентов с диагнозом «ишемическая болезнь сердца, острый инфаркт миокарда на догоспитальном этапе». На момент первичного контакта с пациентом оценивались жалобы, анамнез, объективные данные, данные ЭКГ, пульсоксиметрия, глюкометрия, выписные эпикризы из стационаров, амбулаторные карты больных, заключения осмотра и консультаций профильных медицинских специалистов.

Для оценки состояния пациента до оказания помощи, во время и после оказания экстренной медицинской помощи производился контроль витальных функций пациента: контроль артериального давления, ЭКГ-мониторинг, пульсоксиметрия, глюкометрия (по показаниям).

**Результаты.** В результате проведенного анализа были установлены следующие данные: во всех исследуемых случаях пациенты имели диагноз «ишемическая болезнь сердца, острый инфаркт миокарда» различных локализаций. Среднее время прибытия бригады СМП до места вызова составило 10–15 минут.

Наиболее часто острый инфаркт миокарда развивался у мужчин – 11 случаев (64,71%), у женщин – 6 случаев (35,29%).

Таблица 1. Гендерно-возрастная структура пациентов

№	Возрастная категория	Пол	
		Мужской	Женский
1	30-39	0	0
2	40-49	1	0
3	50-59	2	0
4	60-69	3	3
5	70-79	5	3
6	80-89	0	0

У мужчин инфаркт миокарда наиболее часто наблюдался в возрастной категории 70–79 лет – 5 случаев (29,41%), в возрасте 40–49 лет – 1 случай (5,88%). У женщин инфаркт миокарда наблюдался в возрастной категории 60–69 лет – 3 случая (17,65%), и в возрастной категории 70–79 лет – 3 случая (17,65%).

Нарушения ритма отмечалось у 4 больных (23,53%): синусовая брадикардия в 2 случаях (11,76%), у 2 пациентов имелась постоянная форма ФП (11,76%). Кардиогенный шок зафиксирован в 2 случаях (11,76%).

**Особенности клинических проявлений.** В 13 случаях (76,46%) пациенты предъявляли типичные жалобы, характерные для инфаркта миокарда: боль в грудной клетке давящего, сжимающего характера, продолжительностью более 30 минут; с иррадиацией в левую руку, плечо, лопатку, отсутствие эффекта от приема нитратов.

Атипичные формы острого инфаркта миокарда наблюдались в 4 случаях (23,53%), у 2 пациентов – безболевого вариант (11,76%), 2 пациента имели абдоминальную атипичную симптоматику острого инфаркта миокарда (11,76%).

В результате анализа установлено наличие у 10 пациентов хронических кардиологических заболеваний (58,82%), 4 пациента имели эндокринологическую патологию (23,53%), 3 пациента не имели хронических заболеваний (17,65%).

Тромболитическая терапия проведена 17 пациентам с учетом показаний для тромболизиса: типичные боли в грудной клетке, возникновение симптомов в течение 12 часов и соответствующей ЭКГ-картины. Во всех случаях относительных и абсолютных противопоказаний не было.

**Время проведения тромболитической терапии.** Тромболитическая терапия проводилась пациентам в среднем не позднее 2,5–11 часов от начала возникновения ангинозного приступа.

**Эффективность** оказанной помощи. Во всех 17 случаях помощь оказывалась согласно стандартам оказания скорой и неотложной

медицинской помощи, всем пациентам производилась тромболитическая терапия лекарственным препаратом Метализе.

В 17 случаях отмечалась эффективность от проводимой терапии: пациенты отмечали купирование болевого приступа, улучшение общего состояния. На ЭКГ отмечалась положительная динамика в виде снижения элевации сегмента ST, стабилизации гемодинамических показателей.

**Выводы.** В результате проведенного исследования установлена эффективность проводимой тромболитической терапии и положительная динамика применения на догоспитальном этапе.

*Н.П. Новикова, А.Е. Горбач, А.Л. Станишевский,  
В.Н. Бордаков*

## РОЛЬ ВРЕМЕННОГО ФАКТОРА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИ ДТП

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

**Введение.** Современная станция скорой медицинской помощи в г. Минске – это 167 бригад и 11 подстанций и более 2 тыс. сотрудников. В сутки совершается от 1,5 до 2,5 тыс. выездов (количество зависит от времени года).

**Цель исследования** – определить роль временного фактора на догоспитальном этапе при ДТП.

**Материалы и методы.** Анализ данных о сроках доставки пострадавших в стационар за период 2018–2020 гг.

**Результаты исследования.** С 2004 года ведется фиксация показателя срока выезда машины скорой помощи к месту происшествия. Полученные данные свидетельствуют о том, что в 100% случаев выезды осуществлялись в течение 4-х минут после получения вызова. Частота выездов отдельной машины зависит от времени, расходуемого на один вызов. Анализ результатов показал, что фельдшерские или врачебные специализированные бригады прибывают на место происшествия в течение  $20 \pm 5$  мин, затраты времени на диагностическую и лечебную работу медицинским персоналом составили  $10 \pm 5$  мин, доставка пострадавшего в стационар –  $25 \pm 5$  мин. Общие затраты времени бригады по обслуживанию одного человека –  $50 \pm 10$  мин.

Все автомобили оборудованы необходимой аппаратурой, медикаментами и оснащением для оказания экстренной помощи пациентам

при любом состоянии. В случае, где требуются меры реанимационного характера, 7 реанимобилей оборудованы и оснащены специальной аппаратурой 33 БИТ (бригады интенсивной терапии). Одна бригада за сутки выполняет до 15 выездов к месту несчастных случаев. Для оказания помощи при авариях значительному числу пострадавших бригада скорой помощи доукомплектовывается специальной укладкой, рассчитанной для 4-х пострадавших. Данные о сроках доставки пострадавших в стационар за период 2018–2020 гг. представлены на диаграмме.



При тяжелой механической травме определяющими факторами являются время и качество оказания медицинской помощи. Стандартом на сегодняшний день считается правила «золотого часа», которое включает:

- для пострадавших временной фактор имеет огромное значение, если пострадавший доставляется в операционную в течение первого часа после получения травмы, то достигается самый высокий уровень выживаемости;
- «золотой час» начинается с момента получения травмы, а не с момента, первичного медицинского контакта;
- любые действия на месте происшествия должны носить жизнепасающий характер, т.к. удлинение оказания медицинской помощи замедляет сроки доставки в стационар и оказания специализированной помощи,
- судьба пострадавшего во многом зависит от оперативности и мастерства действий медицинских работников на месте происшествия,
- шансы пострадавшего на выживание увеличиваются, если помощь оказывается согласно заранее продуманной тактике и последовательности действий.

**Выводы.** На сегодняшний день 83,4% пострадавших поступают в стационар в течение 30 минут. В исключительных случаях среднее время доставки пострадавших в стационар в летний период составило  $47 \pm 10$  мин ( $70 \pm 10$  мин в зимнее время).

*К.Е. Никишин, Ю.А. Ляльченко, О.В. Логинова, В.В. Машин*

## АНАЛИЗ СИМПТОМОВ ТАХИКАРДИИ И КРОВОХАРКАНЬЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТКОВИДНЫМ СИНДРОМОМ

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая станция скорой  
медицинской помощи»  
ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»

Новая коронавирусная инфекция (COVID-19) вызывает полиорганное поражение организма человека. Одна из особенностей данного заболевания – наличие серьёзных осложнений, которые присутствуют длительное время, либо принимают хроническую форму [1]. Согласно имеющимся сегодня данным, комплекс патогенетических механизмов, вызванных вирусом SARS-CoV-2, приводит к развитию мультиорганной патологии различной степени тяжести от бессимптомных до фатальных форм [2]. Таким образом, появился новый термин – «постковидный синдром», описывающий признаки и симптомы, которые развиваются в течение или после заболевания COVID-19 и продолжаются более 12 недель, возникают волнообразно или на постоянной основе и не имеют альтернативного диагноза. Он получил официальный статус болезни и появился в новой редакции Международной классификации болезней как «post-COVID-19 condition» под кодом U09.9 [3].

**Цель исследования** – выявление симптомов нарушения ритма и кровохарканья у пациентов с постковидным синдромом на основе анализа карт вызова скорой медицинской помощи.

**Методы исследования.** На базе ГУЗ УОКССМП и медицинского факультета УлГУ было проведено обследование 42 пациентов, переболевших COVID-19 (16 мужчин и 26 женщин).

**Результаты.** Средний возраст обследованных пациентов составил 60 лет.

Анализируя карты вызовов скорой медицинской помощи, было выявлено, что существуют обращения пациентов с наличием новых мало изученных и относительно редких симптомов в постковидном периоде. Данные проявления входят в состав общего понятия «постковидный синдром».

У 1,2% (3 пациентов) переболевших COVID-19 от общего числа опрошиваемых присутствовало кровохарканье, что послужило поводом для вызова скорой медицинской помощи. Данная симптоматика имела эпидемиологическую сезонность – присутствовала у пациентов,

переболевших в период сентябрь–ноябрь 2021 года. Причинами данного патологического проявления можно предположить нарушение эндотелия стенок кровеносных сосудов из-за пролиферации вируса, что является мутационной особенностью вируса (другой штамм) и приём антикоагулянтов.

У 4,6% (11 пациентов) переболевших COVID-19 от общего числа опрошиваемых присутствовало нарушение ритма, что также послужило поводом для вызова скорой медицинской помощи. Молодым пациентам было присуще синусовая тахисистолия. Людям среднего и пожилого возраста было свойственно нарушение ритма в виде впервые возникшей или пароксизмальной фибрилляции предсердий. Причинами данного патологического проявления можно предположить нарушение иннервации сердечной мышцы, а конкретнее поражение блуждающего нерва.

**Вывод:** данное исследование показало, что эволюционирование новой коронавирусной инфекции приводит к проявлению новейшей симптоматики – это ухудшает реабилитационный процесс пациентов, перенёсших COVID-19, а также данные симптомы являются поводом для создания лечебной тактики на базе скорой медицинской помощи пациентам с «постковидным синдромом».

*С.Г. Хорошенин, О.И. Прузан*

## ОПЫТ РАБОТЫ ПО ВЗАИМОДЕЙСТВИЮ ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО ЦЕНТРА МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ С РОСТОВСКИМ ОБЛАСТНЫМ ЦЕНТРОМ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ И ЦЕНТРОМ САНИТАРНОЙ АВИАЦИИ И ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ФЕДЕРАЛЬНОГО ЦЕНТРА МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ ПО ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ЭВАКУАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ИЗ ДРУГИХ РЕГИОНОВ РФ

АУЗ УР «Станция скорой медицинской помощи Министерства  
здравоохранения Удмуртской Республики»

Медицинская эвакуация жителей Удмуртской Республики, пострадавших в дорожно-транспортном происшествии в Ростовской области:



В июне 2021 года отработано взаимодействие Территориального центра медицины катастроф Удмуртской Республики (далее – ТЦМК УР) с Ростовским областным центром медицины катастроф ГБУ Ростовской области «Ростовская областная клиническая больница» по организации медицинской эвакуации двух жителей Удмуртской Республики, пострадавших в дорожно-транспортном происшествии, произошедшем 17.07.2021 года в Ростовской области, и находящихся на стационарном лечении в МБУЗ «Центральная районная больница» Орловского района Ростовской области.

В соответствии с распоряжением Минздрава Удмуртии 26.07.2021 года из г. Ижевска силами двух бригад скорой медицинской помощи (врачебной и фельдшерской) АУЗ УР «Станция скорой медицинской помощи МЗ УР» на двух машинах скорой медицинской помощи класса «С» организована медицинская эвакуация пострадавших из поселка Орловский Ростовской области в г. Ижевск. Протяженность маршрута в один конец составила 1700 км.

Все мероприятия по медицинской эвакуации пострадавших проведены в течение трех суток, пострадавшие благополучно доставлены в г. Ижевск и госпитализированы в травматологическое отделение БУЗ УР «Первая республиканская клиническая больница МЗ УР». Оплата командировочных расходов сотрудникам бригад СМП произведена по основному месту работы.

Совместные мероприятия по организации авиационной медицинской эвакуации пациента из Анталии (Турция) в г. Ижевск:

В декабре 2021 года отработано взаимодействие ТЦМК УР с ФЦМК по авиационной медицинской эвакуации пациента 49 лет, находящегося на постоянной кислородной поддержке, из Анталии (Турция) в г. Ижевск, пострадавшего в результате падения с 10-го этажа здания отеля.

На воздушном рейсовом судне по маршруту Анталия – Москва – Казань в сопровождении реанимационной бригады ФЦМК на постоянной кислородной поддержке 14.12.2021 года организована доставка пациента в аэропорт Казани, откуда бригадой специализированной медицинской помощи Республиканского центра экстренной медицинской помощи пациент в стабильно тяжелом состоянии эвакуирован в г. Ижевск, доставлен в БУЗ УР «Первая республиканская клиническая больница МЗ УР» и госпитализирован в реанимационное отделение Регионального сосудистого центра.

Оплата перелета пациента на воздушном судне из Анталии до аэропортов в Москве и Казани произведена за счет средств родственников пострадавшего, услуги сопровождающей реанимационной бригады ФЦМК организованы на безвозмездной основе.

Совместные мероприятия по организации авиационной медицинской эвакуации пациентов, жителей Удмуртской Республики, из г. Новосибирска в г. Ижевск:

В декабре 2021 года также отработано взаимодействие ТЦМК УР с ФЦМК по авиационной медицинской эвакуации трех пациентов, жителей г. Ижевска, находящихся на стационарном лечении в Национальном медицинском исследовательском центре имени академика Е.Н. Мешалкина Минздрава России.

Учитывая тяжесть состояния пациентов, обусловленную глубоким неврологическим дефицитом, дыхательной недостаточностью, толерантностью к транспортировке санавиацией на воздушном судне МЧС России по маршруту Москва – Новосибирск – Ижевск в сопровождении реанимационной бригады ФЦМК в условиях искусственной вентиляции легких и непрерывной подачи кислорода 22.12.2021 года организована доставка трех пациентов в аэропорт Ижевска, откуда двумя бригадами специализированной медицинской помощи Республиканского центра экстренной медицинской помощи и одной бригадой скорой медицинской помощи АУЗ УР «ССМП МЗ УР» пациенты с осложнениями аневризм мозговых артерий в стабильно тяжелом состоянии доставлены в профильные отделения БУЗ УР «Первая республиканская клиническая больница МЗ УР» и БУЗ УР «Городская клиническая больница № 1 МЗ УР» для проведения дальнейшей консервативной терапии и реабилитационных мероприятий.

Оплата воздушного судна для авиационной медицинской эвакуации пациентов произведена за счет средств бюджета Удмуртской Республики по заключенному договору с исполнителем услуг по организации медицинской экстренной эвакуации по маршруту: Москва – Новосибирск – Ижевск – Москва, авиационным транспортом силами третьих лиц (Авиакомпания). Услуги сопровождающей реанимационной бригады ФЦМК проведены на безвозмездной основе по поручению Минздрава России во исполнение государственного задания по заявке Минздрава Удмуртии.

**Вывод:** опыт работы по взаимодействию Территориального центра медицины катастроф Удмуртской Республики с Ростовским областным центром медицины катастроф и Центром санитарной авиации и экстренной медицинской помощи Федерального центра медицины катастроф по организации медицинской эвакуации пациентов из других регионов РФ считаю актуальным и необходимым. Задачи по экстренной медицинской эвакуации пациентов выполнены в полном объеме.



*В.Е. Черевко*

## **ОПЫТ ПРИВЛЕЧЕНИЯ СИЛ И СРЕДСТВ УЛЬЯНОВСКОГО ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО ЦЕНТРА МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 (2020-2021 ГГ.)**

**ГУЗ «Ульяновский территориальный центр медицины катастроф»**

**Актуальность проблемы.** Третий год мы живем в состоянии активного противодействия распространению новой коронавирусной инфекции COVID-19. За это время службой медицины катастроф Ульяновской области наработан определённый практический опыт.

Пандемия COVID-19 показала низкую готовность большинства современных систем здравоохранения по всему миру к оперативному реагированию на возникающие угрозы. Многие годы они были нацелены преимущественно на плановое оказание медицинской помощи и не смогли быстро перестроиться для организации единовременного оказания медицинской помощи большому количеству пациентов с тяжелым течением коронавирусной инфекции.

С марта 2020 года все медицинские службы работают в режиме повышенной готовности. Необходимые ресурсы ГУЗ «Ульяновский территориальный центр медицины катастроф» мобилизованы на сдерживание распространения коронавируса и оказание медицинской помощи заболевшим COVID-19.

Медицинская помощь пациентам с COVID-19 осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения России от 19.03.2020 г. № 198н «О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19» (в ред. От 27.03.2020 г. и от 02.04.2020 г.) в виде скорой, первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в медицинских организациях и их структурных подразделениях, а также в амбулаторных условиях (на дому).

Скорая медицинская помощь, согласно этому приказу, оказывается следующими выездными бригадами: фельдшерскими; врачебными; специализированными; экстренной медицинской помощи территориальных центров медицины катастроф

В нашем регионе оказание медицинской помощи пациентам с COVID-19 регламентировано распоряжением Министерства

здравоохранения УО № 308-р от 04.02.2020 г. «О готовности региона к недопущению распространения коронавирусной инфекции в Ульяновской области».

Для того, чтобы адаптироваться к новым реалиям пандемии COVID-19, пришлось оперативно и динамично перестраивать работу всех медицинских служб. За эти два года принята к исполнению серия регламентирующих приказов, алгоритмов и обучающих материалов по оказанию помощи пациентам с новой коронавирусной инфекцией и подозрением на нее. Из-за эпидемиологической обстановки в области бригады ГУЗ УТЦМК выполняют дополнительные функции. Организована система инфекционной безопасности на догоспитальном этапе. Проводятся обучающие лекции, семинары, мастер-классы на образовательных порталах. В рамках образовательных мероприятий медицинский персонал обучен тому, как правильно надевать, снимать защитные костюмы, очки, перчатки, бахилы. Научили грамотно утилизировать их. Используем актуальные алгоритмы действий и лечения при выявлении у пациента новой коронавирусной инфекции или подозрении на нее. Все совещания, семинары, конференции проводятся в онлайн-формате.

Сотрудники ГУЗ УТЦМК не только оказывают скорую медицинскую помощь и проводят медицинскую эвакуацию в специализированные стационары, но и доставляют в КТ-центры для проведения компьютерной томографии легких.

После каждого вызова машины БЭР проходят санитарную обработку специальными дезинфицирующими средствами. В автомобилях для этого есть все самое необходимое. В автомобилях БЭР постоянно работает бактерицидный облучатель.

В период пандемии COVID-19 каждый день бригады скорой помощи выполняют в среднем 500-600 выездов в сутки, что на 20–25% больше по сравнению с таким же периодом 2019 года, до эпидемии.

Благодаря разработанным алгоритмам оказания скорой помощи нам удавалось выполнять правильную маршрутизацию пациентов. Те люди, которым в экстренном порядке нужна была скорая помощь, ее незамедлительно получали. У нас ни разу не было ситуации, чтобы стационары были переполнены, и нам некуда везти тяжелого пациента. Ни одно обращение в ГУЗ УТЦМК не осталось без внимания.

Сравнительные показатели работы бригад экстренного реагирования ГУЗ УТЦМК в 2019–2021 годах.

	2019 год	2020 год	2021 год
<b>Выездов БЭР</b>	<b>568</b>	<b>553</b>	<b>1253</b>
<b>в том числе на тяжёлое течение COVID-19 и осложнённые пневмонии</b>	<b>0</b>	<b>238</b>	<b>599</b>
<b>Средняя степень тяжести дыхательной недостаточности</b>	<b>0</b>	<b>136</b>	<b>428</b>
<b>Тяжёлая степень дыхательной недостаточности</b>	<b>0</b>	<b>102</b>	<b>171</b>
<b>Смерть в машине БЭР от дыхательной недостаточности</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
<b>Медицинских эвакуаций в ЛПУ с дыхательной недостаточностью</b>	<b>0</b>	<b>231</b>	<b>590</b>
<b>Затраты на закупку кислорода (рубль)</b>	<b>0</b>	<b>66200,0</b>	<b>136700,0</b>
<b>Пройдено километров с пациентами с ДН</b>	<b>0</b>	<b>54 400</b>	<b>140 594</b>
<b>Время работы в красной зоне (часы)</b>	<b>0</b>	<b>679</b>	<b>1942</b>

Основной вклад БЭР в борьбе с коронавирусной инфекцией – это экстренная медицинская эвакуация тяжёлых нестабильных пациентов из районных больниц в специализированные ЛПУ областного центра. Таким образом снималась нагрузка с персонала перегруженных отделений реанимации РБ, а пациент получал медицинскую помощь более высокого уровня от специалистов конкретной направленности. Для обеспечения этого медработники ГУЗ УТЦМК от 2 до 8 часов были в контакте с инфицированными пациентами, требующими кислородной и инфузионной поддержки в замкнутом пространстве салона реанимобиля. Работа сотрудников медицины катастроф отлажена и четко построена, так же хорошо отлажен алгоритм взаимодействия между различными ведомствами. Наши сотрудники преданы своей профессии, обладают особыми знаниями и умениями, которые помогают им не растеряться

в нестандартной ситуации, а быть максимально собранными и действовать профессионально, чтобы оказать медицинскую помощь пациенту вовремя и в полном объеме. Выделить какие-то особые навыки, необходимые для борьбы с COVID-19, непросто, поскольку этими навыками наши сотрудники уже обладают.

В период пиковых нагрузок на бригады скорой помощи г. Ульяновска ГУЗ УТЦМК никогда не отказывал в выездах на ковидных и «простых» тяжёлых пациентов с показаниями для экстренной медицинской помощи.

Одновременно ГУЗ УТЦМК продолжает полноценно выполнять поставленные профильные задачи без выделения дополнительных кадровых (недоукомплектованность врачами) и материально-технических ресурсов (закупки топлива, СИЗ, кислорода, техобслуживание реанимобилей).

Территориальный центр медицины катастроф, как областная экстренная служба, по праву считается одним из ключевых звеньев, обеспечивающих экстренную медицинскую помощь в круглосуточном режиме по всей Ульяновской области.

*М.А. Шимина*

## **РЕСПИРАТОРНАЯ ПОДДЕРЖКА ПРИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

**ГУЗ «Ульяновская областная клиническая станция скорой  
медицинской помощи»**

За 2 года пандемии COVID-19 скорой медицинской помощью в условиях реанимационной бригады ПСМП № 4 обслужено 6 971 вызов с новой коронавирусной инфекцией.

Для пациентов, у которых SpO<sub>2</sub> менее 93%, проводилась оксигенотерапия через лицевую маску или назальные канюли. Поток O<sub>2</sub> 5 – 10 л в минуту. Проведено 3 478 оксигенаций пациентам, требующим кислородной поддержки. У пациентов с COVID-19 и насыщением гемоглобина кислородом менее 92% при проведении оксигенотерапии достигалась SpO<sub>2</sub> 96–98 %.

При сохраняющейся сатурации < 90%, рекомендована оксигенация через СРАР, высокопоточная оксигенотерапия (в т.ч. и в прональной позиции). Проведено 115 НИВЛ. Уровень SpO<sub>2</sub> при использовании НИВЛ достигался 95 – 97%.

Показаниями для неинвазивной вентиляции легких и высокопоточной назальной оксигенации являются: постоянно растущая потребность в кислороде (например, поток  $O_2$  с 5л/мин. До 15 л/мин.); тахипноэ (более 25 движений в минуту) – не исчезает после снижения температуры тела;  $SpO_2 < 75\%$ .

При неэффективности оксигенотерапии ( $SpO_2 < 75\%$ ) переведено на протективную ИВЛ с ПДКВ 20 пациентов. При проведении процедуры отмечалась положительная динамика, стабилизация гемодинамики, повышение сатурации до 90–91%.

Пациентам с гипоксемической ОДН вследствие COVID-19 на первом этапе рекомендовано использовать высокопоточную оксигенацию с потоком 30–60 л/мин вместо стандартной оксигенотерапии или НИВЛ, так как она имеет преимущества в обеспечении адекватной оксигенации и не увеличивает риск передачи инфекции; при использовании высокопоточной оксигенотерапии рекомендовано надеть на пациента защитную маску.

При наличии показаний у пациентов с ОРДС не следует задерживать интубацию трахеи и начало ИВЛ, так как отсрочка интубации трахеи при ОРДС ухудшает прогноз. При этом следует иметь в виду, что прогрессирование дыхательной недостаточности может происходить чрезвычайно быстро. В присутствии бригад скорой медицинской помощи два летальных исхода.

Проведение «безопасной» ИВЛ возможно, как в режимах с управляемым давлением (PC), так и в режимах с управляемым объемом (VC). При этом в режимах с управляемым объемом желательно использовать нисходящую форму инспираторного потока, так как она обеспечивает лучшее распределение газа в разных отделах легких и меньшее давление в дыхательных путях. В настоящее время отсутствуют убедительные данные о преимуществе какого-либо из вспомогательных режимов респираторной поддержки. При применении управляемых режимов респираторной поддержки следует как можно быстрее перейти к режимам вспомогательной вентиляции.

Таким образом, своевременное использование оксигенотерапии, НИВЛ, протективную ИВЛ с ПДКВ в условиях скорой медицинской помощи при транспортировке пациентов в стационар благоприятно влияет на исход заболевания новой коронавирусной инфекцией COVID-19.

*Е.В. Романовский, А.Н. Волошенюк*

## ТЯЖЕЛАЯ МЕХАНИЧЕСКАЯ ТРАВМА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

**432 ордена Красной Звезды главный военный клинический медицинский центр Вооруженных Сил Республики Беларусь, ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи»**

**Актуальность.** Тяжелая механическая травма является одной из трех основных причин смерти, причем у населения в возрасте до 40 лет эта причина выходит на первое место. Если считать смертность от травм по годам «недожитой» жизни (по рекомендациям ВОЗ), то она превышает смертность от сердечно-сосудистых, онкологических и инфекционных болезней, вместе взятых

**Материалы и методы исследования.** Исследование проведено на основе ретроспективного анализа с использованием массива клинических наблюдений, состоящего из:

467 пострадавших с тяжелой механической травмой, поступивших в отделение сочетанной травмы УЗ «9-я городская клиническая больница» г. Минска в 2005–2006 гг. (I группа);

449 пострадавших с тяжелой механической травмой, поступивших в отделение сочетанной травмы УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» г. Минска в 2014–2015 гг. (II группа).

Условием включения пострадавших в массив клинических наблюдений являлось: наличие тяжелой механической травмы с тяжестью полученных повреждений  $\geq 18$  баллов по шкале ISS; возраст от 18 до 60 лет; отсутствие тяжелой соматической патологии, которая могла бы конкурировать с полученной травмой: инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, недостаточность кровообращения 3 ст., цирроз печени 3 ст., хроническая почечная недостаточность 3 ст.

Критериями исключения являлись монообластные повреждения с тяжестью повреждения по шкале ISS < 18.

**Результаты.** В массиве наблюдений I группы средний индекс тяжести повреждений по шкале ISS составил  $21,8 \pm 2,8$  балла, при этом от 18 до 25 баллов имели 297 (63,6%) человек, от 26 до 40 баллов – 106 (22,7%), свыше 40 баллов – 64 (13,7%). Во II группе средний индекс тяжести повреждений по шкале ISS составил  $28,6 \pm 3,2$  балла, при этом от 18

до 25 баллов имели 197 (43,9%) человек, от 26 до 40 баллов – 156 (34,7%), свыше 40 баллов – 96 (21,4%).

Изучение распределения пациентов по характеру полученных повреждений в I и II группах показало, что в период с 2014 по 2015 годы, по сравнению с периодом с 2005 по 2006 годы, чаще встречались сочетание таких повреждений, как «Голова (ЧМТ) + конечности + таз + грудь или живот» (на 1,4%), «Голова (ЧМТ) + конечности» (на 1,4%), «Голова (ЧМТ) + таз» (на 1,5%), «Таз + живот» (на 0,2%) и «Конечности + живот» (на 0,1%).

Число оперированных пациентов во II группе было больше, чем в I группе: в I группе оперативное лечение было проведено у 420 (89,9%) пострадавших, во II группе – у 437 (97,3%). Количество оперативных вмешательств во II группе было на 138 операций больше, чем в I: всего было выполнено 715 хирургических вмешательств в I группе, что составило 1.7 операций на одного пациента. Среди них по неотложным показаниям – 332 (46,4%) операции, срочным – 236 (33,1%), отсроченным – 126 (17,6%) и в плановом порядке – 21 (2,9%). Во II группе – у 437 (97,3%) пострадавших, всего было выполнено 853 хирургических вмешательства, что составило 1.9 операций на одного пациента. Среди них по неотложным показаниям – 471 (55,2%) операция, срочным – 274 (32,1%), отсроченным – 93 (10,9%), и в плановом порядке – 15 (1,8%). При этом в обеих группах сохранялась высокая оперативная активность.

**Выводы.** 1. Результаты указывают на то, что произошло «утяжеление» травмы и, соответственно, тяжести состояния пострадавших после травмы. 2. В последние годы у пациентов с тяжелой механической травмой, поступавших в отделение сочетанной травмы, в целом не произошло существенных изменений в частоте сочетаний повреждений различных областей тела пострадавших. 3. Наблюдается увеличение тяжести полученных травм, требующих множественных оперативных вмешательств.

*И.Ф. Валитов, Г.Г. Физюкова, М.В. Филиппов, А.А. Семенов*

## СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ ИМПЛАНТАТОВ CORTEX DENTAL IMPLANTS (ИЗРАИЛЬ) И SGS DENTAL SYSTEM (ЛИХТЕНШТЕЙН) В ГБУЗ «СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА ГОРОДА УЛЬЯНОВСКА»

ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника г. Ульяновска»

**Актуальность проблемы.** Восстановление зубного ряда с помощью дентальной имплантации находит всё более широкое применение в практической стоматологии, на основе фундаментальных исследований и клинического опыта (Миргазизов М.З. 2002, Робустова Т.Г. 2003, Renouard F, Rangert B. 2004, Emiliano Alfaro 2006, Fouad Houry 2013, Ueli Grunder 2017, У. Мартин, В.Шаппюи 2019, Томас Линкявичус 2020, German O. Gallucci 2020, Enrico Agliardi 2021). Развитие и успехи дентальной имплантологии последних лет привели к формированию самостоятельного раздела стоматологии. Дентальная имплантация, позволяющая создать искусственные опоры для укрепления различных типов зубных протезов, стала одним из наиболее перспективных методов ортопедического лечения больных с дефектами зубных рядов и открывает новые возможности повышения качества и эффективности протезирования.

Применение дентальной имплантации позволило расширить диапазон лечебных мероприятий, а также улучшить качество жизни пациентов, при полной и частичной адентии (К 08.1, МКБ-10). Эффективное лечение адентии решает целый комплекс жизненно важных для пациента проблем: функциональных, эстетических, психологических, социальных. В настоящее время накоплен достаточный материал, свидетельствующий о том, что протезирование с использованием имплантатов является высокоэффективным, а в некоторых случаях единственным методом, дающим положительный результат, особенно при использовании внутрикостных цилиндрических имплантатов из титана и его сплавов с нанесением гидроксиапатита. При строгом соблюдении показаний к имплантации, квалифицированном выполнении операции и последующего протезирования цилиндрические типы имплантатов позволяют получить долговременный эффект с устойчивой остеоинтеграцией.

Но достигнутые успехи не решают все клинические проблемы применения метода. Анализ литературы показывает, что существует много практических вопросов, не до конца получивших научное обоснование. Предстоит решить ряд тактических задач, касающихся рационального

применения имплантатов в различных анатомических условиях. В этом отношении особое внимание заслуживают вопросы топографической анатомии, архитектоники, возрастных изменений, динамики атрофии челюстных костей. Возникает ряд проблем предоперационного планирования, формирования ложа имплантата, его размещения в кости. Всё это в комплексе определяет долгосрочный эффект лечения. Индивидуальные и возрастные особенности также определяют уникальность каждого клинического случая.

В связи с этим перед клиницистами встаёт ряд практических вопросов хирургического и ортопедического характера, с решением которых связан успех или неудача имплантации. Только индивидуальный подход к каждому клиническому случаю, с учётом конкретных анатомических условий и антропометрических данных позволяет получить положительные результаты имплантации.

**Целью** работы является повышение эффективности зубопротезирования путём использования различных систем имплантатов.

**Материала и методы.** Использовались имплантационные системы Cortex Dental Implants (Израиль) и SGS Dental System (Лихтенштейн).

Протезирование с применением имплантатов проводилось:

- пациентам молодого возраста, 18–44 года (I группа);
- пациентам среднего возраста, 45–59 года (II группа);
- пациентам пожилого возраста, 60–74 года (III группа);
- пациентам старческого возраста, 75–90 лет (IV группа).

Протезирование данных пациентов проводилось согласно клиническим рекомендациям при полной и частичной адентии, утвержденным Постановлением № 15 Совета Ассоциации общественных объединений «Стоматологическая Ассоциация России» от 30 сентября 2014 года.

**Результаты и обсуждения.** За 2019–2021 годы в ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника города Ульяновска» было проведено 138 операций по установке имплантатов пациентам различного возраста. Установлено 172 имплантата.

Из общего числа пациентов, после проведения операции, запротезировано 112 пациента.

Таблица 1

Имплантационная система	I группа		II группа		III группа		IV группа		Всего
	н/ч	в/ч	н/ч	в/ч	н/ч	в/ч	н/ч	в/ч	
Cortex Dental Implant	34	24	31	17	12	7	7	3	135
SGS Dental System	15	5	7	8	-	2	-	-	37
<b>Итого</b>	<b>49</b>	<b>29</b>	<b>38</b>	<b>25</b>	<b>12</b>	<b>9</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>172</b>

Все пациенты были информированы о данном методе протезирования, о возможных как положительных, так и отрицательных результатах (Имплантационная карта пациента, Информация для пациента и форма согласия на дентальную имплантацию, Анкетный лист, договор на оказание услуг). Пациенты предупреждены о необходимости явки на контрольный осмотр через 3, 6, 12 месяцев после операции и протезирования.

На этапах наблюдения, в т.ч. в послеоперационный период осложнений и обострений со стороны операционного поля и в виде отторжения имплантата не наблюдалось.

**Выводы.** В ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника города Ульяновска» активно и успешно используется дентальная имплантация при частичной и полной адентии с дальнейшим изготовлением несъёмных и съёмных конструкций.

Полученные данные подтвердили эффективность применения имплантационных систем Cortex Dental Implant (Израиль) и SGS Dental System (Лихтенштейн) по следующим параметрам:

- выбор размера и вида дентального внутрикостного имплантата должен зависеть от анатомических параметров челюстей пациента;
- размеры челюстей варьируют в широких пределах, в зависимости от типа строения черепа и пола пациента, причины и давности потери зубов;
- при расположении имплантатов в различных отделах альвеолярного отростка верхней челюсти и альвеолярной части нижней челюсти параллельность обеспечивается путем индивидуального подбора абатментов;
- применение имплантационных систем Cortex Dental Implant (Израиль) и SGS Dental System (Лихтенштейн) обеспечивает устойчивую остеоинтеграцию у различных возрастных групп населения и успешный подбор абатментов с различной степенью атрофии костной ткани.

*Т.Г. Галыгина*

## ОСОБЕННОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника города Ульяновска»

**Актуальность.** По данным Федерального реестра инвалидов, на 1 февраля 2022 года в РФ насчитывается около 11,3 млн инвалидов, из них 728 тыс. детей, что составляет 6,4% от общего их числа. В Ульяновской области, количество лиц, имеющих инвалидность, составляет около 103 тысяч взрослого населения, 5 613 детей, в том числе с диагнозом аутизм 371 человек.

За последние 5 лет выявляемость расстройств аутистического спектра (РАС) выросла в России более чем в 2,5 раза.

**Число рождающихся с аутистическими расстройствами детей.**

Аутизм встречается у 30–40 из 10 000 новорожденных и наблюдается в 4 раза чаще у мальчиков, чем у девочек.

Родителям сложно поддерживать достаточный уровень гигиены полости рта, в связи с чем стоматологическая заболеваемость выше, чем у обычных детей.

Особенностью заболеваний полости рта у пациентов с расстройствами аутистического спектра является высокая интенсивность поражения зубочелюстной системы, одновременное наличие нескольких самостоятельных видов патологии: кариозного поражения зубов, воспалительных заболеваний пародонта, зубочелюстных аномалий.

**Цель исследования** – обследование и изучение стоматологического статуса детей с расстройствами аутистического спектра, определение нуждемости в лечении и объёма стоматологического вмешательства.

**Материалы и методы исследования.** Исследование проводилось в 2017–2021 гг. на базе детского стоматологического отделения ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника города Ульяновска».

При оценке стоматологического статуса использовались клинические индексы (индекс распространенности и интенсивности кариеса зубов КПУ+кп и кп, индекс оценки тяжести воспалительных изменений пародонта РМА, индекс гигиены полости рта Федорова-Володкиной), позволяющие оценить уровень стоматологического здоровья и объем санационных мероприятий.

Было проведено стоматологическое обследование и дальнейшая санация 147 детей с расстройствами аутистического спектра в возрасте от 3 до 17 лет.

**Результаты исследования.** В структуре индекса КПУ+кп нелеченные зубы преобладали над пломбированными в соотношении 4:1.

Полученные данные свидетельствуют о высокой нуждемости детей с РАС от 3 до 17 лет в оказании квалифицированной стоматологической помощи. На одного ребенка приходилось 5–8 пораженных кариесом зубов. Из всех обследованных компенсированную форму кариеса имели 61%, субкомпенсированную – 34%, декомпенсированную – 5%. Сравнительный анализ индекса КПУ+кп у детей с РАС в сравнении со здоровыми детьми аналогичного возраста отличались на 30 %.

В проведении профессиональной гигиены полости рта и терапевтической санации нуждались 96% пациентов. Хирургическая санация по поводу удаления молочных зубов требовалось 57% больных в возрастной группе от 7 до 11 лет, в период смены прикуса. Ортодонтическая помощь показана в 53% случаях.

После проведения санации полости рта родителям давались рекомендации по правилам ухода за полостью рта ребенка, с двукратной чисткой зубов фторидсодержащими пастами в зависимости от возраста ребенка и степени активности кариеса, гигиенические полоскания в течение дня. Профилактическая работа в сроки, с поддерживающим лечением заболеваний, обучением гигиене полости рта, проведением реминерализующей терапии, аппликацией фторлака и запечатыванием фиссур моляров, в условиях стоматологического кабинета.

**Выводы.** Установлено, что уровень стоматологического здоровья у данной группы детей и объем стоматологических вмешательств у них минимизирован по объективным причинам. Это связано с низким мотивационным потенциалом к формированию и развитию мануальных навыков самообслуживания и гигиены полости рта. Наблюдаются сенсорные расстройства, обусловленные гиперчувствительностью к щетинкам зубной щетки и непереносимостью вкуса пасты или зубного порошка, что заставляет детей избегать чистки зубов, способствуя ухудшению гигиены полости рта. Полученные данные свидетельствуют о высокой нуждемости детей с РАС в оказании квалифицированной стоматологической помощи. Стоматологическая помощь детям с расстройствами аутистического спектра должна обязательно включать широкие профилактические мероприятия среди детей и родителей, осуществляться в рамках постоянного диспансерного наблюдения с кратностью 1–4 раза в год по медицинским показаниям.

Наряду с комплексом лечебно-профилактических мероприятий, направленных на своевременную диагностику, лечение и профилактику кариеса, необходимо проводить стоматологическую просвещенность родителей о роли питания в профилактике кариеса и формировании прикуса у детей в целом.

*Г.Г. Физюкова, Г.М. Гафурова, Ф.Ф. Низамова*

## АНАЛИЗ ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника города Ульяновска»

До 2020 года демографическая ситуация характеризовалась снижением рождаемости и увеличением доли лиц пожилого возраста в большинстве стран мира, в том числе в России. В Ульяновской области указанная тенденция сохранялась.

На 01.01.2020 года население Ульяновской области составило всего 1 229 824 чел. На 01.01.2021 года население Ульяновской области составило 1 218 319 чел. (-11505 чел.), в т.ч. мужчин 560 497 (46,0%), женщин 657 822 (56,0%). Всего лиц пожилого возраста (65+) 320 065 чел. – 26,3%. В т.ч. мужчин 115 749 чел. – 36,2%, женщин – 204 316 чел. – 63,8%.

А на 01.01.2022 года население Ульяновской области составило всего 1 202 811 чел.

Таким образом, с 01.01.2020 года по 01.01.2022 года произошло снижение числа жителей Ульяновской области на 27 013 человек.

Ранее Всемирной организацией здравоохранения были разработаны и апробированы во многих странах мира универсальные измеримые критерии стоматологического здоровья населения, которые были предложены в качестве долгосрочных целей, на последующие годы. Для пожилых людей в возрасте 65–74 лет предложены следующие показатели стоматологического здоровья, которые должны быть достигнуты:

1. Среди пожилых лиц беззубых челюстей должно быть не более 10%.
2. Иметь 20 или более функционирующих зубов, должны 75% пожилых.
3. У пожилого человека должно быть не более 0,5 секстанта с глубокими пародонтальными карманами (код CPI «4»).

На современном этапе стоматологическое здоровье пожилого населения в целом характеризуется невысоким уровнем, основные

показатели которого далеки от целевых показателей, определенных ВОЗ как цели стоматологического здоровья населения.

Пандемия COVID-19 внесла коррективы на демографическую ситуацию, в связи с высокой заболеваемостью и смертностью населения, в т.ч. среди лиц пожилого возраста. Произошло изменение и снижение объемов стоматологической помощи населению в период активного распространения COVID 19 и особенностями работы стоматологической службы в условиях сложной эпидемиологической ситуации, вынужденных ограничений в целях профилактики распространения инфекции.

Высокая распространенность стоматологических заболеваний среди пожилого населения обусловлена прежде всего тем, что в челюстно-лицевой системе с возрастом происходят как морфологические, так и физиологические изменения. Многие изменения являются не первичными возрастными изменениями, а вторичными – вследствие функциональных нарушений, болезней и привычек. К наиболее важным изменениям челюстно-лицевой области относятся: заболевания твердых тканей зубов и пародонта, изменения слизистой оболочки, потеря зубов, проявления системных заболеваний в полости рта, побочных воздействий медикаментов, различные симптоматические проявления в челюстно-лицевой области.

Самыми распространенными стоматологическими заболеваниями у пожилых людей являются кариес зубов, заболевания пародонта и слизистой оболочки полости рта, частичная или полная адентия.

В период пандемии произошел подъем грибковых заболеваний слизистой оболочки полости рта, на фоне приема населением высоких доз противовирусных, антибактериальных препаратов и подавленного иммунитета.

В целях предупреждения более грозных осложнений кариеса у разных слоев населения, оказание неотложной стоматологической помощи в непрерывном режиме в период эпидемиологических ограничений позволила сохранить стоматологическое здоровье населения.

По анализу обращений установлено, что основной причиной обращений оказалась потеря зубов в результате осложнений кариеса и болезней пародонта, которая определяет высокую потребность в протезировании.

При этом встречаются все виды дефектов зубных рядов, требующие их замещения, хотя значительно чаще концевые дефекты 1 и 2 классов по Кеннеди, достаточно часто на челюсти остаются одиночно стоящие зубы или корни зубов при 4 классе по Гаврилову. Сложность изготовления несъемных и съемных конструкций зубных протезов обусловлена подвижностью зубов, оголением корней, отсутствием значительного

числа зубов, особенно моляров. Протезирование съемными протезами затруднено ввиду возрастных патологических изменений альвеолярного отростка.

В настоящее время необходимо принять все меры к сохранению зубов и использованию для фиксации протезов, в том числе с применением замковых креплений, аттачменов и установки имплантатов при отсутствии противопоказаний, с последующим протезированием, что потребует значительных финансовых вложений.

*Н.Н. Соломатина*

## КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО АПИКАЛЬНОГО ПЕРИОДОНТИТА

ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника города Ульяновска»

**Актуальность.** Зубы с воспалением периодонта могут быть причиной одонтогенных воспалительных процессов, в том числе острого одонтогенного сепсиса, одонтогенного медиастинита, внутричерепных воспалительных процессов. Проблема лечения хронического периодонтита, несмотря на значимые успехи современной стоматологии, и в настоящее время сохраняет свою актуальность. Для терапии хронического апикального периодонтита предложено большое количество лекарственных препаратов, пломбирочных материалов, методов лечения. Однако частоту и степень излечения этой патологии нельзя расценить как удовлетворительные. Особые трудности возникают при лечении многокорневых зубов с труднопроходимыми каналами, когда невозможно удалить либо обезвредить содержимое канала корня зуба. При всех формах и стадиях течения хронического воспаления периодонта возникают проблемы с созреванием рубца. При этом восстановление околоверхушечных тканей становится длительным и одонтогенный очаг способствует развитию сенсibilизации организма. В связи с вышеизложенным, вспомогательным методом лечения хронического периодонтита предлагается использование светового фактора, способствующего регенерации. **Целью** настоящего исследования явилось изучение эффективности применения светотерапии в комплексном лечении хронического апикального периодонтита.

**Материалы и методы.** Изучены результаты лечения у 94 пациентов (122 зуба с различными формами хронического периодонтита). Пациенты разделены на две группы: основную и группу сравнения.

В основную группу вошли 63 пациента (75 зубов), которым помимо традиционного лечения проводили внутриканальную светотерапию. Группу сравнения составил 31 пациент (47 зубов) – только традиционное лечение. Светотерапию осуществляли светодиодным устройством (патент №91871, 2010), разработанным на основе арсенид-галлий-алюминиевого светодиода красного света ( $\lambda=0,62-0,68$  мкм). Подготовку зубов проводили традиционным методом. После высушивания в каналы корней вводили светоизлучающее устройство, доводя до верхушечного отверстия с экспозицией 2 минуты. Курс лечения 1-3 сеанса в зависимости от размеров очага. По окончании obtурировали каналы методом латеральной конденсации гуттаперчи с силлером и установкой прокладки и пломбы. Результаты оценивали на основании жалоб через 7 дней, а также на основании рентгенологических данных через 6, 12, 18 и 24 месяцев. Обработку проводили методом вариационной статистики (Statistica for Windows 5.5).

**Результаты.** Динамика восстановления при хроническом фиброзном периодонтите более заметна после воздействия света и составила 100% случаев у однокорневых и в 78,6% случаев – у многокорневых спустя 12 месяцев. Во второй группе восстановление составило 75% однокорневых и 63,6% случаев у многокорневых зубов. При деструктивных формах периодонтита в первой группе восстановление в однокорневых зубах произошло в 40%, в многокорневых зубах – в 46,9% случаев. Во второй группе в многокорневых зубах восстановление костной ткани не наблюдалось, уменьшался периапикальный очаг. Через 24 месяца применение светотерапии обеспечило более полное восстановление костной ткани и в многокорневых зубах.

**Выводы.** Таким образом, анализируя отдаленные результаты восстановления костной ткани в периапикальной области зубов, можно отметить, что применение светотерапии в лечении хронического апикального периодонтита позволяет получить положительные результаты раньше и в большем проценте случаев, нежели в изучаемой группе сравнения. После применения светотерапии наблюдалось меньше осложнений, чем при традиционном методе. Результаты, полученные в данном исследовании, подтверждают положительное влияние светотерапии на динамику регенерации костной ткани.



*Г.Г. Физюкова, И.С. Приймак*

## ПРОФИЛАКТИКА ОНКОЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника города Ульяновска»

Существуют определенные закономерности распространения злокачественных новообразований челюстно-лицевой области, связанные с влиянием факторов внешней среды, бытовыми привычками, особенностями питания и т.д.

В России показатель онкозаболеваемости данной локализации за 10 лет вырос с 23,8 до 27,9 на 100 000 населения.

Несмотря на то, что челюстно-лицевая область относится к визуально доступным локализациям (при осмотре можно выявить опухоль у 100% больных), запущенность (3-4 стадии) по России составляет около 70%. Все это свидетельствует о неудовлетворительной работе по профилактике, ранней и своевременной диагностике онкозаболеваемости данной локализации. Наибольшее число заболеваний выявляется у людей трудоспособного возраста от 40 до 60 лет.

Наибольшее значение в появлении и развитии заболеваний слизистой оболочки полости рта придаётся курению и объясняется это прямым воздействием при вдыхании, содержащихся в табаке и сигаретном дыме целого ряда вредных веществ, таких как толуол, фосген, уксусная кислота, пирен, хлор, мышьяковистые соединения в разных соотношениях.

По данным Федеральной службы государственной статистики (Росстат), в России ежедневно курят 22,5% граждан, большинство из них – представители возрастной группы от 40 до 50 лет. 4,8% респондентов ответили, что курят иногда, а 72,5% – что не курили никогда. Эти данные коррелируют с онкозаболеваемостью среди курящих в указанных возрастных группах заболевших.

Учитывая, что нет ни одного органа или места, которое не страдает от негативного воздействия курения, основные последствия курения сигарет для полости рта, горла – это раковые заболевания полости рта и пищевода. Голос курильщика всегда хриплый, а окружающие чувствуют неприятный запах изо рта.

Установлена прямая зависимость между частотой онкозаболеваемости полости рта и интенсивностью, и продолжительностью курения. У курильщиков часто встречаются предопухолевые заболевания, рак легкого и твердого нёба и дна полости рта.

Также ни один другой орган в человеческом организме не подвергается большему воздействию вредных факторов, чем полость рта. Через рот в организм поступает масса бактерий. Поэтому при недостаточном повседневном уходе за полостью рта, легкомысленном отношении к заболеваниям зубов, десен, миндалин создаются условия для развития целого ряда воспалительных процессов – а это тот фон, на котором в дальнейшем развивается онкологический процесс.

Отличительным свойством злокачественных новообразований челюстно-лицевой области является раннее и исключительно лимфогенное метастазирование. Частота регионарных (шейные и надключичные лимфоузлы) метастазов составляет до 80%, определяются через 2-4 месяца после начала заболевания.

Основой профилактики злокачественных опухолей полости рта является раннее выявление и лечение предопухолевых заболеваний.

Большое значение для ранней диагностики представляет метод стоматоскопии, позволяющий выявить ранние стадии предопухолевых и опухолевых заболеваний, а также более точно дифференцировать характер поражения слизистой оболочки полости рта.

С целью ранней диагностики онкозаболеваний визуальной локализации у населения города Ульяновска и Ульяновской области, в ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника города Ульяновска» были приобретены 11 аппаратов АФС (аутофлуоресцентная стоматоскопия) и установлены в 11 отделениях, расположенных в разных районах города Ульяновска. Специалисты обучены. Данная методика широко применяется при профилактических осмотрах населения стоматологами поликлиники.

Для диагностики не визуальных форм заболеваний челюстно-лицевой области 8 стоматологических отделений ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника города Ульяновска» оснащены цифровыми ортопантомографами, в 2021 году установлен стоматологический компьютерный томограф 3D.

Ежегодно на договорной основе с ГУЗ УОКБ проводится лабораторное обследование по гистологии около 40 единиц биопсийного материала из групп риска стоматологических больных.

Стоматологи ежегодно принимают участие в обучающих семинарах, проводимых ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника города Ульяновска» и ГУЗ ОКОД.

Ведется диспансерный учёт больных хроническими заболеваниями слизистых оболочек полости рта. Такие больные периодически вызываются на контрольные осмотры, им проводится консервативное лечение по показаниям.

Проводится реабилитация зубочелюстной системы с помощью ортопедических конструкций после тотальных травматических операций. Восстанавливается функция дыхания, речи, жевания, формирования пищевого комка, глотания.

В настоящее время в регионе имеется достаточное количество современного диагностического оборудования, отработаны методы для обеспечения ранней диагностики заболеваний челюстно-лицевой области, для своевременной маршрутизации с целью оказания квалифицированной помощи больным с предраками и злокачественными новообразованиями челюстно-лицевой области.

*Т.Г. Галыгина, Г.Г. Физюкова, Л.Р. Мифтахутдинова*

## ОРГАНИЗАЦИЯ ГРУППОВОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ОСНОВНЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника города Ульяновска»

**Актуальность.** Групповая профилактика предназначена для населения, с общими характеристиками здоровья и рисков, которая позволяет получать профилактическую помощь одновременно большому числу населения.

**Методы профилактики** рассчитаны на применение в организованных группах детского населения: в детских садах, школах и в женских консультациях.

Особенностью групповых методов профилактики заключается в умении организовать профилактическую работу, выбрать необходимые средства профилактики, обеспечить длительность и постоянство поэтапного их применения.

Этапы: 1. Определение учреждений, где будут проводиться профилактические мероприятия. 2. Получение разрешения от учреждений образования, здравоохранения (заключение договора или издание приказа). 3. Выбор медицинского и педагогического персонала для осуществления профилактической работы. 4. Эпидемиологическое обследование детей для выяснения уровня стоматологической заболеваемости. 5. Выбор и оснащение помещений для профилактических мероприятий, занятий. Выбор наглядных пособий, средств и предметов гигиены полости рта, с обеспечением места их хранения. 6. По результатам данных эпидемиологического обследования, изучения климатических

и географических особенностей местности, состава воды, характера питания, определение характера, объема и последовательности профилактических мероприятий.

При выборе средств профилактики основное значение придается содержанию фтора в воде и ее жесткости, количеству сахара в пище и способу его потребления, уровню естественной инсоляции, наличию в пище солей кальция, естественных витаминов, молока и молочных продуктов, уровню гигиены полости рта, оценке знаний детей о профилактике заболеваний зубов и их причинах.

Групповые профилактические стоматологические методы не исключают индивидуальных и коммунальных методов профилактики.

В качестве групповых мер могут быть использованы: обучение детей различного возраста гигиеническому уходу за зубами (в детских садах, школах и т.д.); для профилактики зубочелюстных аномалий, формирования правильной осанки и положения головы, введение в занятия физической культурой в дошкольных учреждениях и в школе упражнений по дыхательной гимнастике; назначение средств эндогенной профилактики кариеса в виде пищевых добавок, препаратов кальция, витифтора, фторсодержащих таблеток и средств.

Для составления программ профилактики группового воздействия эпидемиологические исследования должны проводиться более углубленно, с учетом возрастных особенностей развития организма, наличия формирующихся или сформированных факторов риска. Программирование групповых мер профилактики должно предусматривать учет возрастных особенностей развития патологии. Например, в связи с высокой интенсивностью зубочелюстных аномалий уже в дошкольном возрасте их профилактика должна начинаться с грудного и раннего возраста.

Профилактика болезней зубов включает комплекс мероприятий, проводимых среди детей педиатрической и стоматологической службами совместно с отделом образования при обязательном участии родителей.

Предупреждение болезней зубов и десен, а также зубочелюстных деформаций у детей очень тесно связано с выработкой у них здоровых привычек. Чем раньше ребенок приобретет здоровые привычки, тем меньше риск возникновения у него заболеваний.

Разделы профилактических мероприятий составляются по возрастным группам: 1. Профилактика стоматологических заболеваний у детей до года. 2. Профилактика стоматологических заболеваний у детей старше 1 года и 2-3 лет. 3. Профилактика стоматологических заболеваний у детей дошкольного возраста. 4. Профилактика стоматологических

заболеваний у детей раннего школьного возраста. 5. Профилактика стоматологических заболеваний у детей школьного возраста.

При выполнении предусмотренных мер профилактики на каждом этапе неизбежно последует снижение заболеваемости населения стоматологическими заболеваниями, что способствует общему оздоровлению населения.

*О.Г. Романеева, В.Ю. Романеев*

## АНАЛИЗ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАБОТНИКОВ ОАО «РЖД» ЗА 2019–2021 ГОДЫ

**ЧУЗ «РЖД – Медицина» г. Ульяновск  
ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»**

ЧУЗ «РЖД – Медицина» г. Ульяновска – многопрофильное учреждение здравоохранения, предназначенное для оказания квалифицированной медицинской помощи работникам ОАО «РЖД», ветеранам и пенсионерам работников железных дорог и прикрепленному населению по обращаемости.

Стоматологическое отделение представлено двумя лечебными кабинетами на два кресла, ортопедическим кабинетом на одно кресло и хирургическим кабинетом с предоперационной. В штате отделения 18 человек. Из них 7 врачей стоматологического профиля, в т.ч. 2 врача стоматолога ортопеда.

Всего к лечебному учреждению прикреплено 12198 человек взрослого населения города Ульяновска. Из них 3068 человек, работники ОАО «РЖД», работников 1 категории (машинисты, помощники машинистов, монтеры путей) – 1827 человек. На диспансерном учете:

- 2019 год – с заболеваниями стоматологического профиля состояло 173 человека (множественный кариес – 167, хирургический кариес – 6).
- 2020 год – с заболеваниями стоматологического профиля состояло 167 человек (множественный кариес – 167, хирургический кариес – 8).
- 2021 год – с заболеваниями стоматологического профиля состояло 168 человек (множественный кариес – 159, хирургический кариес – 7).

Количество лиц, состоящих на диспансерном учете, уменьшилось на 14 человек за три года, что возможно связано с сокращением работников железной дороги, а также с более высоким качеством лечения, использованием современных пломбирочных материалов.

Показатели заболеваемости с временной утратой трудоспособности по стоматологическому профилю за три года:

- в 2019 году работникам ОАО «РЖД» выдано 25 листов нетрудоспособности по поводу острых воспалительных заболеваний с диагнозом «периостит», «острый периодонтит»;
- с диагнозом «абсцесс челюстно-язычкового желобка», «абсцесс твердого неба» – 16 случаев.
- в 2020 году работникам ОАО «РЖД» выдано 22 листа нетрудоспособности, по поводу острых воспалительных заболеваний – 15 случаев.
- в 2021 году работникам ОАО «РЖД» выдан 21 лист нетрудоспособности, по поводу острых воспалительных заболеваний – 14 случаев.

За три года так же наблюдается небольшое снижение случаев временной нетрудоспособности.

Ситуация с санацией работников ОАО «РЖД», следующая:

- В 2019 году – санировано всего 3796 человек, железнодорожников 404 человека, что составило 11% от общего числа санированных.
- В 2020 году – санировано всего 2752 человек, железнодорожников 127 человека, это составило 4,8% от общего числа санированных.
- В 2021 году – санировано всего 3348 человек, железнодорожников 176 человека, это составило 5,2% от общего числа санированных.

Снижение количества санированных железнодорожников обусловлено введением ограничительных мер в связи с COVID-19.

В 90% случаев работники ОАО «РЖД» посещают стоматолога по неотложным состояниям, при наличии боли или же в целях подготовки к протезированию. Это обусловлено несколькими причинами: безразличием к своему стоматологическому здоровью; неверием в эффективность лечения; страхом перед стоматологическими процедурами.

Улучшить показатели по стоматологической заболеваемости помогает санитарно просветительская работа, наглядная агитация, брошюры, индивидуальные беседы, использование в лечении современных пломбирочных материалов и анестетиков, а также работа в контакте с врачами узких специалистов: лор, гастроэнтеролог, кардиолог.

*М.Р. Сафетов, М.Ю. Андряничев, К.А. Мизуков, А.С. Элли*

## АНАЛИЗ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ КОНСЕРВАТИВНОГО И ОПЕРАТИВНОГО МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМА ЛАТЕРАЛЬНОЙ ЛОДЫЖКИ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ КАПСУЛЬНО-СВЯЗОЧНОГО АППАРАТА ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА

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

**Актуальность.** На долю повреждений области голеностопного сустава приходится до 25% от общего количества травм опорно-двигательного аппарата и до 45% переломов костей голени. Разрывы связок составляют до 42% повреждений голеностопного сустава. Рассмотрению подлежат проблемы лечения латеральной лодыжки с повреждением капсульно-связочного аппарата голеностопного сустава.

Данная работа направлена на оценку и выбор метода лечения переломов латеральной лодыжки, осложнённых и неосложнённых повреждением капсульно-связочного аппарата голеностопного сустава.

**Цель исследования** – проанализировать отдаленные результаты проведенного лечения.

**Методы исследования:** за 2018–2019 годы проведено исследование 160 пациентов в условиях травматологического пункта. 58 пациентов – с переломом наружной лодыжки с повреждением дельтовидной связки (из них 6 открытых переломов, 54 закрытых перелома). Оперативное лечение в 21 случае (36%), консервативное лечение в 37 (64%) случаях. Удовлетворительные результаты оперативного метода лечения в 14 случаях (67%). Неудовлетворительные результаты оперативного лечения (в том числе отдаленные) – в 7 случаях (33%). Консервативное лечение – в 33 случаях (89%) удовлетворительные результаты лечения. В 4 случаях развитие вторичного смещения и подвывиха стопы (11%). 55 пациентов – с переломом латеральной лодыжки и повреждением межберцового синдесмоза (из них 9 открытых переломов, 51 закрытый перелом). Оперативное лечение – в 45 случаях (82%), консервативное лечение – в 10 случаях (18%). Удовлетворительные результаты оперативного лечения – в 41 случае (91%). Неудовлетворительные результаты – в 4 случаях (9%). Удовлетворительные результаты консервативного лечения – в 6 случаях (60%). В 4 случаях (40%) – осложнения в виде вторичного смещения перелома. 47 пациентов – с переломом латеральной лодыжки и повреждением

межберцового синдесмоза и повреждением дельтовидной связки (из них 6 открытых переломов, 34 закрытых перелома). Оперативное лечение – в 42 случаях (89%), консервативное лечение – в 5 случаях (11%). Удовлетворительные результаты оперативного метода лечения – в 37 случаях (88%). Неудовлетворительные результаты оперативного лечения – в 5 случаях (12%). Консервативное лечение – в 3 случаях (28%) удовлетворительные результаты лечения. В 8 случаях (72%) – развитие вторичного смещения и посттравматической контрактуры голеностопного сустава.

**Результаты.** Анализ представленных данных показал, что при травмах с переломом наружной лодыжки и повреждением дельтовидной связки частота осложнений выше при оперативном методе лечения. Процентное соотношение осложнений: оперативное – 33%; консервативное – 11%.

При травмах с переломом наружной лодыжки и межберцового синдесмоза частота осложнений выше при консервативном методе лечения. Процентное соотношение осложнений: оперативное – 9%; консервативное – 40%.

При переломах наружной лодыжки, повреждении дельтовидной связки, межберцового синдесмоза частота осложнений выше при консервативном методе лечения. Процентное соотношение осложнений: оперативное – 12%; консервативное – 72%.

**Выводы.** Исходя из вышеприведенных данных, при травмах с переломом наружной лодыжки и повреждением дельтовидной связки предпочтительным методом лечения является консервативный. При травмах с переломом латеральной лодыжки и повреждением межберцового синдесмоза и при травмах с переломом латеральной лодыжки, повреждением межберцового синдесмоза, дельтовидной связки – предпочтительнее оперативное лечение.

*И.М. Ефремов, А.В. Манин, Г.А. Шевалаев, О.И. Сорокин*

## АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПАРАЭНДОПРОТЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО И КОЛЕННОГО СУСТАВОВ

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

**Перипротезная инфекция** (ППИ) является одним из наиболее грозных осложнений артропластики суставов. Лечение данных больных требует длительного стационарного лечения, зачастую – повторных оперативных вмешательств, применения дорогостоящих лекарственных препаратов и, следовательно, значительных материальных затрат. По данным различных авторов, частота развития перипротезной инфекции колеблется от 0,5% до 2%, в зависимости от различных факторов.

**Материалы и методы.** В 2021 году на базе 4 травматологического отделения ГУЗ «УОКЦ СВМП им. Е.М. Чучкалова» выполнено 200 операций по замене крупных суставов нижних конечностей (123 тазобедренных и 77 коленных суставов).

За данный период зафиксировано 10 случаев развития ППИ, из них 7 – после эндопротезирования тазобедренного сустава (ТБС) и 3 – после тотальной артропластики коленного (ТЭК). Из них: мужчин – 5, женщин – 5. Средний возраст больных составил  $68,5 \pm 13,03$  года (min – 37, max – 84). Глубокая перипротезная инфекция отмечена у 8 пациентов, поверхностная – у 1 пациентки, у одной пациентки отмечен абсцесс послеоперационного рубца.

Согласно данным микробиологического исследования (отделяемое из ран и свищей, пунктаты из полости эндопротеза) возбудителем ППИ являлся *Staphylococcus aureus* (MSSA), *Enterococcus faecalis*, *Enterobacter cloacae*, *Staphylococcus capitis*, *Staphylococcus epidermidis*, ассоциация *Staphylococcus aureus* (MSSA) и *Escherichia coli*. Необходимо отметить отсутствие роста микрофлоры в 3 мазках, но данный факт не является подтверждением отсутствия инфекции. Отсутствие роста микрофлоры в мазках у данных пациентов могло быть обусловлено наличием низковирулентных и трудно-излечимых (DTT – Difficult-To-Treat) возбудителей ППИ, которые очень трудно идентифицировать в составе микробной биопленки, а также дефектом забора, хранения и доставки биологического материала.

У всех пациентов в основу комплекса лечения параэндопротезной инфекции включены хирургическая санация очага инфекции и антибактериальная терапия (путем парентерального введения антибиотиков). Коррекцию антибиотикотерапии проводили в зависимости от результатов антибиотикограмм выделенного микробного возбудителя. DAIR (debridement and irrigation, antibiotics and implant retention) проводили при отсутствии признаков сепсиса, стабильной фиксации компонентов эндопротеза (подтвержденной рентгенологически), согласия больного. Лечение больных с поверхностной ППИ было направлено на препятствие распространению инфекции в глубже лежащие ткани и предотвращение инфицирования эндопротеза, купирование воспалительного процесса.

Пациентам с ППИ после артропластики коленного сустава (2 пациента) выполнена DAIR. При этом полиэтиленовый вкладыш во время операции подвергался обработке в растворе антисептика и имплантирован обратно. 4 пациентам с ППИ после артропластики тазобедренного сустава (4 пациента) выполнена DAIR. При этом у 2 пациентов полиэтиленовый вкладыш и головка эндопротеза во время операции подвергались обработке в растворе антисептика и имплантированы обратно. В 2 случаях выполнена замена полиэтиленового вкладыша и головки эндопротеза новыми компонентами.

**Результаты.** Купирование ППИ после проведения DAIR отмечено в 5 случаях. Одна пациентка (84 года) умерла в стационаре в раннем послеоперационном периоде после проведения DAIR ввиду развития тромбоза мезентеральных сосудов и тотального некроза тонкого и толстого кишечника. Смерть наступила на 5 сутки с момента проведения DAIR, при этом отмечена положительная динамика течения раневого процесса (отделяемого не было, гиперемия и гипертермия кожи в зоне п/о раны отсутствовали, дренажи были удалены, купирован болевой синдром).

**Выводы.** Лечение пациентов с ранней перипротезной инфекцией должно проводиться в отделении, где была первично выполнена операция по артропластике сустава. Основу лечения пациентов данной группы составляет ранняя диагностика ППИ, а также агрессивная хирургическая санация очага инфекции (DAIR) в комбинации с антибактериальной терапией.

*Р.К. Мухамметжанов, А.Ю. Земсков, В.В. Гришин,  
З.Э. Экперов*

## АНАЛИЗ СООТВЕТСТВИЯ ДАННЫХ МРТ И АРТРОСКОПИИ ПРИ ТРАВМАХ КОЛЕННОГО СУСТАВА

ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска»

В ортопедии и травматологии долгое время основным методом лучевой диагностики оставался рентгенографический. При этом визуализация мягких тканей всегда была затруднена. Большинство ортопедов-травматологов по-прежнему предпочитают полагаться на клинические данные. Наиболее типичным примером является диагностика повреждений связочного аппарата коленного сустава. С появлением магнитно-резонансной томографии (МРТ) возможности лучевой визуализации мягкотканых структур коленного сустава увеличились. Использование МРТ при диагностике коленного сустава требует от врача, знания механизмов и клинических вариантов повреждений связочного аппарата и менисков коленного сустава.

**Цель исследования:** 1) провести сравнительный анализ данных МРТ и артроскопии при оценке повреждений структур коленного сустава; 2) определить диагностическое значение МРТ при травмах коленного сустава; 3) оптимизировать алгоритм использования МРТ и артроскопии при диагностике повреждений капсульно-связочного аппарата коленного сустава.

**Методы исследования:** МРТ проводили в клинко-диагностических центрах г. Ульяновск. Контрастное усиление не применялось.

Для анализа была проведена выборка 100 пациентов возрасте от 20 до 72 лет, среди которых было 37 женщин и 63 мужчин. Пациенты были оперированы на протяжении 2018 - 2019 годов. Все пациенты были обследованы на МР-томографе. В последующем им была проведена лечебно-диагностическая артроскопия в отделении травматологии и ортопедии ЦГКБ г. Ульяновск. В данную группу вошли только те пациенты, курс лечения которых уже завершен. Анализ проводили путем сравнения описания и заключения МРТ с послеоперационными данными артроскопического обследования коленного сустава.

**Результаты:** По данным артроскопии разрывы передней крестообразной связки (ПКС) были выявлены у 7 больных.

У 10 пациентов по данным МРТ состояние было оценено как неполный разрыв. Еще у 3 больных повреждений ПКС при МРТ-исследовании

обнаружено не было. По данным МРТ у 5 больных были признаки несвежего повреждения внутренней боковой связки в стадии регенерации, что при артроскопии не было обнаружено. Разрывы внутреннего мениска по заключению МРТ были у 100 пациентов. Всего при артроскопии выявлены 92 разрыва внутреннего мениска. МРТ-признаки повреждения наружного мениска наблюдались у 12 пациентов, что было подтверждено при артроскопии. Разрыв переднего рога наружного мениска был обнаружен по данным МРТ у 1 пациента, что не было подтверждено при артроскопии. У 2 больных при МРТ были выявлены участки контузии наружного мыщелка бедренной кости, что не визуализировалось при артроскопии.

**Заключение:** Сравнительный анализ данных показал высокую чувствительность МРТ при изучении внесуставных связок коленного сустава. В то же время при диагностике повреждения крестообразной связки, которая расположена внутрисуставной, МРТ-исследование не обладает столь высокой чувствительностью. При застарелых повреждениях в ряде случаев имеет место регенерат связки, который не выполняет ее функции. Однако при МРТ он дает сигнал, не всегда отличающийся от нормального, что затрудняет интерпретацию изображения. При оценке задней крестообразной связки (ЗКС) МРТ показала отличные результаты. При артроскопии также можно оценить состояние ЗКС.

Неплохие результаты показала оценка данных МРТ при патологии менисков.

Повреждения хряща не удавалось достоверно трактовать по данным МРТ. Эту диагностику лучше проводить на базе артроскопии.

**Выводы:** 1. Выполненный анализ данных МРТ и артроскопии выявил основные преимущества обоих методов. 2. МРТ обладает преимуществами при диагностике внесуставных связок коленного сустава, задней крестообразной связки, оценке состояния менисков коленного сустава. 3. Для диагностики повреждений коленного сустава необходимо сочетание клинического обследования с магнитно-резонансной диагностикой и артроскопической диагностикой внутрисуставных изменений.

*А.С. Савельев, А.А. Кузин, Ю.М. Ниц, Р.Д. Настиев*

## ОПЫТ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ КАМТОДАКТИЛИИ

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

Камптодактилия (кампилодактилия, врожденная сгибательная контрактура пальца кисти) – аномалия, составляющая около 2% от всех пороков развития кисти. Контрактуры могут выявляться при рождении или развиваться позднее. Впервые описана Landauri в 1886 г. Основным клиническим проявлением является сгибательная контрактура в проксимальном межфаланговом суставе, с уменьшением площади кожного покрова по ладонной поверхности пальца. Отмечается сгибательная контрактура на уровне проксимальных межфаланговых суставов 5 пальца, редко 4–5 пальцев и крайне редко 2–5 пальцев. В большинстве случаев данная патология обусловлена генетическим заболеванием и наследуется по аутосомнодоминантному типу. Основными патогенетическими факторами считаются дисбаланс сгибательного и разгибательного аппаратов, укорочение поверхностного сгибателя, сморщивание капсулы и ишемия кисти. Консервативное лечение: лечебная физическая культура, физиотерапевтическое лечение (парафино-озокеритовые аппликации, грязелечение, лазеротерапия, магнитотерапия). При тяжелых и средней тяжести контрактурах может использоваться оперативное лечение: Z-образное рассечение кожи с последующей пластикой, капсулотомия проксимального межфалангового сустава, отсечение ножек поверхностного сгибателя, резекция сухожилия поверхностного сгибателя, корригирующие остеотомии с укорочением средней фаланги, клиновидная остеотомия на уровне шейки основной фаланги, транспозиция поверхностного сгибателя на тыл пальца, трансартикулярная фиксация спицами. После выполнения оперативного лечения есть риск осложнений: образования разгибательной контрактуры, некроза пальца, рецидива образования сгибательной контрактуры более тяжелой степени.

В травматолого-ортопедическом отделении ГУЗ УОДКБ им. политического и общественного деятеля Ю.Ф. Горячева за 5 лет выполнено 12 операций 10 пациентам с камтодактилией пятых пальцев кистей. Из них дети дошкольного возраста – 6 пациентов: 4 мальчика (у одного двусторонняя) и 2 девочки. 4 ребенка школьного возраста – мальчик 9 лет, девочка 8 лет и 2 девочки пубертатного возраста 14 лет (у одной из них двусторонняя деформация пальцев). Вторичных костных изменений

на рентгенограммах не выявлялось, ввиду этого выбрано однотипное оперативное лечение на мягких тканях: Z-образное рассечение кожи, с последующей пластикой, капсулотомия проксимального межфалангового сустава по ладонной и боковым поверхностям, отсечение ножек поверхностного сгибателя, трансартикулярная фиксация спицей. У двух детей 14 лет с тяжелой контрактурой ввиду невозможности создания функционально удовлетворительного объема разгибания пальца оперативным лечением на мягких тканях производилась дополнительно укорачивающая остеотомия фаланги. Фиксация спицей производилась до 1 мес., затем назначались: лечебная физическая культура, физиотерапевтическое лечение (парафино-озокеритовые аппликации, грязелечение, лазеротерапия, магнитотерапия).

**Результаты.** Рецидив сгибательной контрактуры отмечен в двух случаях у детей 14 лет, также у одного из этих детей произошел частичный некроз ногтевой фаланги до бугристости. Признаки субкомпенсированного кровоснабжения отмечались в основном у детей пубертатного периода с более выраженной контрактурой. У других пациентов получены хорошие результаты с допустимым незначительным дефицитом разгибания средней фаланги.

**Вывод:** оперативное лечение показано только при нарушении функции пальца, так как имеется риск осложнений и рецидива, а также результаты лучше при оперативном лечении у детей до пубертатного возраста.

А.А. Спассков, Ельаттар Сальман, А.С. Ермоленко,  
С.В. Адайкин

## РЕСПИРАТОРНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ПЕРЕЛОМАМИ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРА НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ИСТОЩЁННОСТИ

ГУЗ Ульяновский областной клинический центр  
специализированных видов медицинской помощи  
им. заслуженного врача России Е.М. Чучкалова  
ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»

**Актуальность.** Снижение минеральной плотности, а также микроархитектурная деградация костной ткани проксимального отдела бедренной кости являются ведущими патогенетическими факторами при переломах данной локализации, которые наиболее часто встречаются у лиц пожилого и старческого возраста (Barry M.L., Madaу K.R., 2021). В структуре переломов проксимального отдела бедра у пациентов пожилого и старческого наиболее часто встречаются переломы на уровне шейки (Liu P. et al., 2021), общепризнанным методом лечения которых является эндопротезирование (Randelli F. et al., 2021). Однако, периоперационные риски обусловленные коморбидностью и, в частности, наличием хронической сердечной недостаточности (ХСН) у данной группы пациентов чаще всего являются причиной отсроченного выполнения оперативного вмешательства (Fischer H. et al., 2021). Для минимизации развития осложнений необходима всесторонняя оценка факторов риска и определение соответствующих предикторов, чтобы максимально точно определить временной промежуток для выполнения операции и снизить частоту развития осложнений (Д.П. Котова и др., 2021). Развитие респираторных осложнений у пациентов пожилого и старческого возраста в периоперационном периоде пролонгирует сроки стационарного лечения, увеличивает экономические затраты и летальность.

**Цель исследования** – изучить влияние ХСН и ослабленности у пациентов пожилого и старческого возраста с переломами проксимального отдела бедра на частоту респираторных осложнений в периоперационном периоде.

**Материалы и методы.** Проведено обследование 100 пациентов (32 мужчины и 68 женщин) пожилого и старческого возраста

с переломами проксимального отдела бедренной кости, находившихся на лечении в ГУЗ «УОКЦСВМП» в период с 2019 г. по 2021 г. Оценка стадий ХСН базировалась на классификации Стражеско-Василенко (В.Ю. Мареев, И.В. Фомин, 2018). Оценка описания функциональных нарушений при ХСН базировалась на классификации Нью-Йоркской ассоциации кардиологов (New York Heart Association, NYHA) и шкале оценки клинического состояния (ШОКС). Оценка предоперационных рисков осуществлялась при помощи шкалы Американской ассоциации анестезиологов (American Society of Anesthesiologists, ASA). Для определения степени ослабленности использовались Эдмонтонский индекс возрастной изношенности (Edmonton scale of fragility, EFS), краткая шкала оценки питания (Mini Nutritional assessment, MNA) и наличие анемии. Функции внешнего дыхания оценивались при помощи спирометрии, пульсоксиметрии, а также наличия или отсутствия симптомов дыхательной недостаточности. Группу контроля составили пациенты этой же возрастной группы без признаков ХСН и способные к самостоятельному передвижению.

**Результаты.** У всех пациентов контрольной группы выявлены 2 класс по шкале ASA и ХСН 2А-3 стадии. Умеренная «изношенность» (8-9 баллов) выявлена у 52 пациентов, у которых в 64% случаев имелся дефицит питания (<17 баллов по шкале MNA), анемия легкой степени (снижение концентрации гемоглобина до 90 г/л), а также снижение уровня  $SrO_2$  до  $94 \pm 2,6\%$  и  $ОФВ1 < 80\%$  от должного уровня. При сравнительной оценке частоты развития респираторных осложнений выявлено, что у пациентов с комбинацией вышеуказанных признаков респираторные осложнения в периоперационном периоде встречаются в 3 раза чаще, чем у пациентов из контрольной группы. Прогрессирование клинических симптомов дыхательной недостаточности (одышка, хрипы, вынужденное положение) у пациентов с комбинацией ХСН+истощение+анемия в среднем возникало на двое суток раньше, чем у пациентов с наличием только ХСН ( $p < 0,05$ ). Нами установлено, что в среднем длительность диагностических и лечебных мероприятий, направленных на коррекцию проявлений ХСН и истощения в периоперационном периоде, занимает от 7 до 12 дней, что в 2 раза больше, по сравнению с пациентами из контрольной группы, а сроки стационарного лечения увеличиваются до 18 дней.

**Выводы.** Риск развития респираторных осложнений и прогрессирование клинических проявлений у пациентов пожилого и старческого возраста с переломами проксимального отдела бедра в три раза выше на фоне имеющейся ХСН в комбинации с истощением.



*П.А. Асташкин, М.С. Никифоров, В.А. Вечканов,  
В.А. Паршин*

## **НАБЛЮДЕНИЕ СЛУЧАЯ МОЛНИЕНОСНОГО МИОФАСЦИАЛЬНОГО КОМПАРТМЕНТ-СИНДРОМА ПРЕДПЛЕЧЬЯ У ПАЦИЕНТА С ПЕРЕЛОМНОМ ЛОКТЕВОГО ОТРОСТКА ЛОКТЕВОЙ КОСТИ**

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

Миофасциальный компартмент-синдром – это патологическое состояние, которое провоцируется повышением давления в фасциальном футляре, сопровождается ишемией и некрозом тканей вследствие нарушений кровоснабжения. Проявляется ощущением распирания, интенсивной болью, бледностью кожных покровов, ослаблением пульсации периферических артерий, нарушениями чувствительности и движений в пораженной конечности.

Миофасциальный компартмент-синдром впервые был подробно описан немецким хирургом Рихардом Фолькманом, который в 1872 году опубликовал статью, посвященную поражению мягких тканей плеча при надмыщелковом переломе плечевой кости с исходом в ишемическую контрактуру Фолькмана). В российской литературе иногда встречается под названием местного гипертензивного ишемического синдрома. Состояние относится к категории полиэтиологических, может диагностироваться при травмах, быстро растущих опухолях, воспалительных процессах. Точная распространенность неизвестна, предполагается, что нерезко выраженные формы синдрома при травматических повреждениях часто остаются нераспознанными.

Установлен единый механизм формирования компартмент-синдрома, не зависящий от вызвавших его причин. Гематомы, ишемический отек тканей, внешнее сдавление и другие факторы провоцируют повышение интерстициального давления в ограниченном миофасциальном пространстве. В норме давление в капиллярах составляет около 8 мм рт. ст. Когда внутрифасциальное давление превышает данный показатель, возникают грубые нарушения циркуляции крови в капиллярном русле, кислород и питательные вещества перестают поступать в ткани.

Нарушения тканевого обмена усугубляют ишемические явления и вызывают дальнейшее нарастание отека при возможном сохранении кровообращения в магистральных сосудах. Формируется порочный

круг, давление внутри футляра продолжает увеличиваться. Примерно через 12 часов изменения становятся необратимыми. В подфасциальном пространстве образуются участки некроза, которые в дальнейшем замещаются рубцовой тканью, что становится причиной развития контрактур в отдаленном периоде.

Заслуживает внимание случай наблюдения пациента У., 46 лет, находящегося на лечении во 2-м травматолого – ортопедическом отделении ГУЗ УОКЦСВМП с 05.01.2022 по 25.01.2021.

Данный пациент поступил в экстренном порядке, спустя 30 минут после травмы – «упал на левый локтевой сустав». При поступлении пациент предъявляет жалобы на распирающие боли в предплечье и кисти, объективно – левое предплечье отечно, увеличено в объеме (по сравнению с правым предплечьем), отсутствие периферической пульсации и чувствительности на левой кисти, наличие эпидермальных пузырей.

Пациент У. был прооперирован в экстренном порядке (в течение 40 минут после поступления), произведена декомпрессионная фасциотомия.

После проведения данной операции в течение 30 минут восстановилась периферическая пульсация и капиллярный ответ, в течение 2 суток спал отек.

В отсроченном экстренном порядке (спустя 4 суток после поступления) произведено ВХО раны после фасциотомии, открытая репозиция, остеосинтез перелома локтевого отростка по ВЕБЕРУ. Интраоперационно обнаружено сдавление костными отломками V.Basilica, что привело к нарушению венозного оттока и молниеносному течению компартмент синдрома.

Послеоперационный период протекал без особенностей. Периферическая пульсация и чувствительность восстановлены полностью.

Данный случай необычен тем, что миофасциальный компартмент синдром развился через 30 минут, после получения травмы (среднестатистически данный синдром развивается через 6-12 часов после травмы). В мировой литературе описывают единичные случаи молниеносного миофасциального компартмент синдрома.

*А.А. Спассков, В.В. Дашкин, А.В. Манин, П.В. Мусиенко*

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОДЛОПАТОЧНОЙ АРТЕРИИ ПРИ ВПРАВЛЕНИИ ПЕРВИЧНОГО ТРАВМАТИЧЕСКОГО ВЫВИХА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

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

Первичный травматический вывих плеча – весьма частая патология в жизни практикующего травматолога-ортопеда, которая в равной степени поражает людей разных возрастов. Частота встречаемости составляет около 15 случаев на 100 тыс. человек в год. Как правило, такая травма в 80–97% случаев сопровождается повреждением комплекса «суставно-плечевые связки капсулы – суставная губа» в месте их фиксации к краю суставной впадины лопатки; разрывы связок на протяжении или в области их прикрепления к головке плечевой кости [П.В. Филипенко и др., 2014 г.]. В данном случае предметом наблюдения будет являться уникальное повреждение экстракапсулярной структуры – подлопаточной артерии.

Пациентка, 86 лет, поступила в приемное отделение ГУЗ УОКЦСВМП со стандартным диагнозом «закрытый вывих правой плечевой кости». Произведено обследование пациента (осмотр травматолога, R-граммы правого плечевого сустава в 2-х стандартных проекциях – выявлен типичный передний вывих. В условиях малой операционной, под местной анестезией (Sol.Lidocaini-2%) произведено закрытое вправление вывиха тракционным методом, без технических трудностей. По прошествии 3-х минут с момента манипуляции в подмышечной области подкожно возникло объемное образование мягко-эластической консистенции. По результатам УЗИ выявлена гематома клетчатки подмышечной области V = 270 ml. Было принято решение о проведении МСКТ-ангиографии сосудов плечевого пояса, по результатам которого выявлено повреждение подлопаточной артерии. На помощь в текущей экстраординарной ситуации по санавиации были приглашены коллеги из отделения ангиохирургии ГУЗ УОКБ А.А. Максина и И.И. Халимова.

Через подключичный доступ к проксимальному отделу подмышечной артерии выполнена ревизия сосуда, найден источник кровотечения (проксимальный конец подлопаточной артерии). Произведено ушивание проксимального конца подлопаточной артерии с дополнительной

герметизацией шва при помощи лоскута грудоключичной фасции. Прошивное лигирование дистального конца подлопаточной артерии; Эвакуация гематомы; дренирование полости.

**Вывод.** Предположительной причиной данного феномена явилось увеличение сосудистой жесткости. Старение является естественным процессом организма, особо значимым маркером которого будет являться биологический возраст сосудов. Наличие сопутствующих заболеваний (гипертоническая болезнь, ИБС, ХСН, атеросклеротическое поражение сосудов, сахарный диабет) приводит к нарушению строения эластической мембраны, кальцификации сосудистой стенки и увеличению артериальной жесткости. В диапазоне 20–90 лет толщина сосудистой стенки увеличивается в 3 раза, теряя свои эластические свойства. Актуальность данного процесса заключена не только в повышении общего сердечно-сосудистого риска, но также и в развитии хрупкости сосудов при механическом воздействии. Тракционный механизм вправления вывиха основан на достижении расслабления мышц плечевого пояса путем их растяжения – но сосуд, утративший эластичность на такое воздействие, травмировался, что и привело к возникновению данного случая.

*Л.М. Родионова, Н.С. Шаповал*

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОБЩЕЙ МАГНИТОТЕРАПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ МОЗГА

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

Хроническая ишемия мозга (ХИМ) является актуальной проблемой современной ангионеврологии из-за высокой распространенности и тяжести неврологического дефицита. Данная патология часто приводит к временной и стойкой потере трудоспособности, особенно у лиц трудоспособного возраста. Поэтому проблема лечения больных с ХИМ приобретает особое значение, так как оно должно быть направлено не только на профилактику и лечение, но и на реабилитацию пациентов.

При лечении больных с ХИМ приоритет принадлежит методам фармакотерапии, которые включают вазоактивные и нейропротективные препараты. Однако внедрение высокоэффективных немедикаментозных методов лечения, имеющих незначительное число побочных эффектов, является важной задачей современной медицины. К таким методам лечения может быть отнесена общая магнитотерапия. Общая магнитотерапия – одно из перспективных направлений восстановительного лечения больных с сосудистой патологией мозга. Она предусматривает возможность непосредственного воздействия физическими факторами на структуры головного мозга, способствует улучшению микроциркуляции, повышению активности эндотелия микрососудов, вызывает дестабилизацию устойчивого патологического состояния и приводит к перестройке деятельности мозга на новое устойчивое состояние, близкое к норме.

**Целью исследования** является оценка эффективности общей магнитотерапии в комплексной терапии хронической ишемии мозга.

**Методы исследования.** Под нашим наблюдением в Ульяновском областном клиническом медицинском центре оказания помощи лицам, пострадавшим от радиационного воздействия, и профессиональной патологии находилось 57 человек с ХИМ: женщин – 23 чел. (40,3%), мужчин – 34 чел. (59,7%). Средний возраст составил  $53,7 \pm 2,3$  года. Все больные были разделены на 2 группы. I группа (контрольная), в составе 28 человек (49,1%), получала только медикаментозную базисную терапию

(вазоактивные и нейропротективные препараты), II группа (основная) в составе 29 человек (50,9%), наряду с медикаментозной терапией, получала курс общей магнитотерапии. Курс лечения составил № 10 процедур ежедневно, величина магнитной индукции – 1,5–1,8 мТл, частота – 100 Гц, направление вращения магнитного поля – прямое, режим циклический – трапеция, длительность цикла – 60 с, время процедуры – 15 минут. Переносимость процедур у пролеченных больных была хорошей.

Критерием исключения были пациенты, резистентные к магнитотерапии, а также пациенты с ОНМК в анамнезе, имеющие грубый неврологический дефицит. Контроль эффективности лечения осуществлялся по динамике клинических данных.

**Результаты исследования.** У больных I группы, получавших только медикаментозное лечение, после лечения уменьшение проявлений астеноневротического, цефалгического и вестибулоатактического синдромов наблюдалось у 45,6% больных, во основной группе улучшение наступило у 78,2% больных, что 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 12,2%, в системе ПА – на 33,2%. В контрольной группе эти показатели составили 7,8%, 10,1%, 29,1% соответственно ( $p \leq 0,05$ ). По данным РЭГ во 2 группе выявлено достоверное увеличение пульсового кровенаполнения сосудов у 56,7% больных, улучшение церебрального венозного оттока – у 70,1%, уменьшение асимметрии мозгового кровотока – у 73,2% больных, в I группе – 45,8%, 56,7%, 48,2% больных соответственно.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о патогенетической направленности методов общей магнитотерапии при комплексном лечении и реабилитации пациентов с ХИМ, что повышает эффективность медикаментозного лечения и способствует улучшению качества жизни и активности пациентов.

*Ю.М. Егорушин, Н.Г. Тетерина, А.А. Ларова*

## РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФЕКЦИЮ «COVID-19» В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

ГУЗ «Городская поликлиника №5»

В течение двух лет врачи встречаются с загадочной природой «SARS-Covid-2», обладающей выраженной контагиозностью и значительным

триггерным влиянием на иммунную систему человека, становится новым патогеном, приводящим к изменению структуры инфекционных заболеваний на планете. Наши знания о «COVID-19» пока еще не полны, постоянно появляется информация о жизненном цикле вируса, патогенезе, патофизиологии инфекции в сочетании с новыми клиническими данными. Вместе с тем приходит понимание, что симптомы этого нового заболевания или его последствий могут продолжаться очень длительное время. Сегодня можно говорить, что данная инфекция является мультитропной, с поражением многих органов и систем. Выявлено, что перенесенная коронавирусная инфекция выявляет скрытые, клинически не проявляемые заболевания. При выявлении поражений соответствующих органов или систем, необходимо обследование и лечение их, для сохранения качества жизни. К настоящему времени еще не созданы четкие алгоритмы, рекомендации и программа по проведению реабилитации больных. Отсутствует единое мнение ученых о первичном источнике появления данной инфекции и его истинной природе. Уже сегодня необходимо обратить внимание на отдаленные последствия инфекции и методы предупреждения или снижения их до минимума.

В 2021 году одним из ключевых направлений здравоохранения станет реабилитация людей после перенесенной коронавирусной инфекции. Очевидно, что заболевание имеет отложенные негативные эффекты для здоровья и требует длительного срока для восстановления. Особенно в реабилитации нуждаются те, кто перенес инфекцию в среднетяжелой и тяжелой формах.

С 1 января 2021 года, вступили в силу два порядка организации медицинской реабилитации для взрослых и детей. Новые порядки предусматривают индивидуальный и персонифицированный подход к каждому пациенту. Приказами детализованы подходы к маршрутизации пациентов, обсуждены этапы медицинской реабилитации в зависимости от тяжести состояния пациента. Согласно порядкам медицинская реабилитация осуществляется в амбулаторных условиях, в том числе в дневном стационаре, и в стационарных условиях и основывается на трехэтапной системе.

Первый этап – ранняя реабилитация, которая начинается в отделении интенсивной терапии мультидисциплинарной реабилитационной командой в специализированном отделении «ковидного госпиталя».

Второй этап осуществляется также в стационарных условиях в отделениях медицинской реабилитации пациентов с нарушениями функций периферической нервной и костно-мышечной систем, отделениях медицинской реабилитации пациентов с нарушениями функций центральной

нервной системы и отделениях медицинской реабилитации пациентов с соматическими заболеваниями.

Третий этап медицинской реабилитации осуществляется в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара. Соответственно, это либо в амбулаторном отделении, созданном в поликлиниках, либо в отделении медицинской реабилитации дневного стационара, который также может организовываться на базе поликлиник и консультативно-диагностических центров.

Необходимо отметить, что в соответствии с порядками для определения индивидуальной маршрутизации пациента применяется шкала реабилитационной маршрутизации (далее – ШРМ). И в зависимости от проведенной оценки, которой оценивают функции, состояние систем жизнедеятельности, возможности самостоятельного обслуживания человека, выставляется соответствующий балл и пациент маршрутизируется на определенный этап медицинской реабилитации.

Если пациент набирает по ШРМ от 0 до 1 балла, то он не нуждается. Медицинская реабилитация на всех этапах осуществляется посредством взаимодействия мультидисциплинарной реабилитационной команды. Мультидисциплинарная реабилитационная команда формируется персонифицировано, в соответствии с индивидуальным планом реабилитации каждого пациента.

За 2021 год в дневном стационаре терапевтического профиля при «ГУЗ Городская поликлиника №5» пролечено 555 пациентов, из них 54 пациента, или 10%, это пациенты с подтвержденной коронавирусной инфекцией среднетяжелой и тяжелой степени тяжести, перенесшие пневмонию с поражением легочной ткани, подтвержденным выполнением КТ органов грудной клетки и получивших лечение в условиях круглосуточного стационара. При проведении анализа выявлено, что на возраст 60-69 лет и старше, приходилось 57% пациентов, на возраст 50-59 лет – 20%. По половому признаку наиболее подвержены были данному заболеванию женщины – 75,9%, мужчины же составили 24,1%. В зависимости от времени года наибольшее число переболевших пациентов приходилось на осенний период.

На момент начала реабилитации у пациентов присутствовали жалобы на выраженную слабость в 98% случаев, отмечали одышку при физической нагрузке 82% пациентов, неустойчивое психо-эмоциональное состояние – 96% и нарушение сна 92% пациентов.

Коронавирусная инфекция негативно повлияла на когнитивные процессы: пациенты отмечали ухудшение памяти снижение скорости обработки информации в 70% случаев, наличие субдепрессивных симптомов, таких как, потерю сил и отсутствие желания что-либо делать.

Надо учесть, что в большинстве своем больные имели сопутствующие хронические заболевания в стадии обострения, такие как нарушение обмена веществ (75,9%), ожирение (46,2%), гипертоническая болезнь и дисциркуляторная энцефалопатия (48,1%), сахарный диабет (16,6%), вертеброгенные заболевания (11,1%). После применения гормональной терапии на амбулаторном этапе у одного пациента развилось нарушение толерантности к углеводам, у двух пациентов развился сахарный диабет.

При проведении реабилитации в рамках реализации краткосрочной цели мы ставили цель восстановления вентиляционной способности легких, снижения частоты приступов одышки, адаптации легких к увеличению физических нагрузок, расширению двигательного режима, что является немаловажным для стабилизации психоэмоционального состояния.

Комплекс реабилитационных мероприятий подбирался индивидуально в зависимости от исходного состояния пациента, был рассчитан на 12-13 посещений и включал в себя первичную консультацию специалистами мультидисциплинарной бригады на уровне поликлиники. По основному заболеванию пациента осматривал врач-терапевт и при наличии сопутствующих заболеваний профильные врачи специалисты, а также врач-физиотерапевт, врач ЛФК. На уровне амбулаторно-поликлинического звена заполнялась карта реабилитации

В последующем динамическое наблюдение пациента осуществлялось врачом-терапевтом дневного стационара в течение всего курса лечения, индивидуальные или малогрупповые занятия ЛФК и комплекс дыхательных упражнений проводился инструктором-методистом по лечебной физкультуре под контролем врача ЛФК. Нагрузка подбиралась индивидуально с учетом состояния больного и его физических возможностей с учетом сопутствующей патологии и проводилась 5 раз в неделю, средний срок лечения составил 11,6 дня в течение 30 минут. Использовались дыхательные упражнения с постоянным или прерывистым положительным давлением на выдохе с элементами дыхательной гимнастики по А.Н. Стрельниковой.

Из физиотерапевтических процедур с целью противовоспалительного действия, уменьшения бронхиальной обструкции, активации дренажной функции, улучшение эвакуации мокроты и противоотечного воздействия на микроциркуляцию применялись синус-моделированные токи высокой частоты, магнитотерапия; ультразвуковая терапия с лидазой, гидрокортизоном, нестероидными противовоспалительными средствами. С целью иммуномодуляции и активации метаболических процессов на клеточном уровне применялась лазеротерапия, массаж.

Контроль реакции пациента на физическую нагрузку проводился по частоте сердечных сокращений, частоте дыхания, величине артериального давления, сатурации. После окончания курса реабилитации положительный эффект отметили все пациенты. Переносимость физических нагрузок улучшилась у 88% пациентов, 59% пациентов отметили уменьшение выраженности астенического синдрома, и у 15% нормализовался сон.

Восстановление после ковид-ассоциированных пневмоний – процесс небыстрый. Время на восстановление у каждого человека будет разным в зависимости от возраста, общего состояния организма, сопутствующих хронических заболеваний. Выздоровление от инфекции «COVID-19» нужно считать важным этапом в борьбе с болезнью, но понимать, что это лишь начало длинного, но необходимого пути реабилитации наших пациентов.

*В.Н. Утемишева*

## АКТУАЛИЗАЦИЯ БОРЬБЫ С ДЕТСКИМ ТУБЕРКУЛЁЗОМ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19)

ГКУЗ «Областной клинический противотуберкулёзный диспансер имени С.Д. Грязнова»

Первое в мировой истории совещание высокого уровня по туберкулёзу – 73-я Сессия Генеральной Ассамблеи ООН (25.09.2018 г. – 01.10.2018 г. в Нью-Йорке, США) рекомендовало новую «Дорожную карту» по ликвидации детского и подросткового туберкулёза.

Текущая политика в области противотуберкулёзной помощи детскому населению России определяется: Конституцией Российской Федерации, законодательством Российской Федерации, постановлениями Правительства России, главного государственного санитарного врача России, нормативными актами и инструктивными материалами Министерства здравоохранения России и органов управления здравоохранения субъектов Российской Федерации.

Пандемия новой коронавирусной инфекции COVID-19, безусловно, усложнила плановую работу по ликвидации туберкулёза во всём мире. По данным ВОЗ: «...Пандемия COVID-19 привела к глобальному сокращению ожидаемого уровня выявления туберкулёза на 25% в течение последних 3 месяцев...; следует ожидать 13% увеличения смертности от туберкулёза до уровня, который был 5 лет назад...; в период с 2020 по 2025 год может быть зарегистрировано ещё 1,4 миллиона случаев смерти от туберкулёза, как прямое следствие пандемии новой коронавирусной инфекции...».

Дети не должны болеть туберкулёзом, ребёнок имеет право расти здоровым, несмотря ни на какие «особые» обстоятельства! Учитывая, что наиболее опасными источниками инфекции являются больные туберкулёзом легких с наличием бактериовыделения и (или) с деструктивными процессами в лёгких, очень важно, чтобы в окружении беременных, детей и подростков находились здоровые люди, своевременно проходящие профилактический медицинский осмотр на туберкулёз. Регулярное прохождение флюорографии взрослыми гражданами способствует своевременному выявлению туберкулёза у них и проведению защитных мер по предупреждению туберкулёза у окружающих здоровых граждан.

В 2021 году заболеваемость детей Ульяновской области (УО) составила 5,2 на 100 тыс. детского населения. Она снизилась по сравнению с

2020 годом; в 2020 году заболеваемость составила 7,7 (РФ – 6,2, ПФО – 4,8), увеличилась на 26% по сравнению с 2019 годом: УО – 5,7, РФ – 7,7, ПФО – 5,0. Заболеваемость туберкулёзом у подростков за 2021 год в УО составила – 6,5 на 100 тыс. подростков; по итогам 2020 года: УО – 14,9 (РФ – 12,7, ПФО – 4,5) отмечался рост на 69,7% по сравнению с 2019 г.; в 2019 году: УО – 3,1, РФ – 16,8, ПФО – 4,5.

Перед педиатрической службой региона стоит важная задача защитить детей от инфицирования МБТ, своевременно выявить заразившихся, направить к фтизиатру, пролечить (при наличии показаний) и оздоровить путём качественного формирования «группы риска» по заболеванию, с целью недопущения негативного прогноза по туберкулёзу в условиях распространения новой коронавирусной инфекции, так как приостановка профилактических противотуберкулёзных мероприятий по сбережению здоровья детей не может быть оправдана никакими «особыми» обстоятельствами.

Согласно клиническим рекомендациям РОФ от 07.03.2017 г. «Выявление и диагностика туберкулёза у детей, поступающих и обучающихся в образовательных организациях»: по результатам скрининга на этапе медицинских организаций общей лечебной сети при отсутствии показаний осмотр и обследование врача-фтизиатра при поступлении ребенка в образовательную организацию не требуется; при подозрении на ЛТИ или туберкулёз у детей и подростков врач (независимо от специальности и ведомственной принадлежности) лечебно-профилактических учреждений оформляет «направление на консультацию к врачу-фтизиатру детей и подростков».

Наметившийся рост заболеваемости туберкулёзом среди детей и подростков Ульяновской области за 2020-й год удалось приостановить в 2021 году благодаря повышению качества оказания противотуберкулёзной помощи населению в условиях пандемии новой коронавирусной инфекции.

Ю.А. Дегтярева, Л.Н. Савоненкова, Д.В. Колчин,  
В.А. Дубровина, И.В. Манушина

## МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ С ВЫРАЖЕННЫМ СИНДРОМОМ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА

ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»  
ГКУЗ «Областной клинический противотуберкулезный диспансер  
имени С.Д. Грязнова»

**Цель** – оценить морфологические свойства тромбоцитов у больных туберкулезом легких с выраженным синдромом системного воспалительного ответа (ССВО).

**Материалы и методы.** У 52 больных туберкулезом легких, госпитализированных в течение недели и отобранных сплошным методом, определяли: общее число тромбоцитов; MPV (mean platelet volume) – средний объем тромбоцитов; PDW (platelet distribution width) – относительную ширину распределения тромбоцитов по размерам (степень анизоцитоза); PCT (platelet crit trombocitosis) – долю объема цельной крови, занимаемой тромбоцитами (тромбоцитрит) в группе 1 (n=36) с выраженным (СОЭ>38 мм/час, лихорадка>38°) и 2 (n=16) – с умеренным (СОЭ ≤ 30 мм/час, лихорадка ≤ 38°) ССВО. Достоверность различий в средних величинах оценивали по тесту расхождений, в частоте событий – по критерию χ<sup>2</sup> (значимость при P < 0,05).

**Результаты и обсуждения.** В целом число тромбоцитов у 65,4% больных было в пределах нормы, у 25% – повышенным, у 9,6% – пониженным, P=0,01. Преобладали лица с выраженным ССВО – 69,2%; P=0,02.

Таблица 1. Количество тромбоцитов и их морфологическая характеристика

Группы	Среднее значение, колебания	Количество (норма 180-320X10 <sup>9</sup> /л)	MPV (норма 7,4-10,4 fl)	PDW (норма 9-17 fl)	PCT (норма 0,108-0,282 fl)
1	M±m	289,9±11,9*	7,92±0,15*	15,5±0,05 *	0,220±0,006
	Min-max	186-407	6,5-9,6	15,1-15,9	0,151-0,325

2	M±m	247,7±12,2	8,33±0,13	15,8±0,11	0,210±0,085
	Min-max	113-417	6,6-9,7	15,2-17,7	0,098-0,321
	P	0,02*	0,04*	0,01*	0,10

\*Различия между значениями в 1 и 2 группах достоверны

Среднее количество тромбоцитов не превысило норму, но в 1 группе было выше (P=0,02), а вариационный ряд включал только нормальные и повышенные значения. Объем тромбоцитов (MPV) в группах варьировал от пониженных до нормальных цифр, но в первой группе его среднее значение -7,92±0,15 fl было ниже, чем во 2- 8,33±0,13 fl, P=0,04. Степень анизоцитоза (PDW) в 1 группе (15,5±0,05 fl) также была ниже, чем во 2 (15,8±0,11 fl), P=0,01. Показатели тромбоцитрита (PCT) в группах не отличались (табл. 1). Тромбоцитопения, в отличие от тромбоцитоза, сопровождалась более высокими показателями среднего объема тромбоцитов (MPV) – 8,56±0,16 fl против 7,83±0,18 fl, P=0,02 и анизоцитоза (PDW) -16,1±0,28 fl против 15,6±0,19 fl, P=0,01.

**Заключение.** Среди госпитализированных больных ТЛ преобладают лица с выраженным ССВО. Количество тромбоцитов у 2/3 госпитализированных больных ТЛ не превышает норму, у 25% – повышено, у 9,6% – понижено. Выраженный ССВО у больных ТЛ сопровождается повышением среднего количества тромбоцитов и изменениями их морфологии – снижением показателей среднего объема и степени анизоцитоза.

Д.В. Колчин, Е.А. Качагина, О.Н. Олегжанина

## ТИП ВЫСШЕЙ НЕРВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И КОМПЛАЕНС К ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»  
ГКУЗ «Областной клинический противотуберкулезный диспансер  
имени С.Д. Грязнова»

**Актуальность.** За последние 10 лет доля впервые выявленных больных туберкулезом с МЛУ МБТ возросла с 11,4% до 30,0%. Нарастание лекарственной устойчивости МБТ в ряде случаев обусловлено низкой приверженностью к лечению больных туберкулезом.

**Цель исследования** – изучить приверженность к лечению у пациентов с различными формами туберкулеза легких и ее взаимосвязь с типом высшей нервной деятельности.

**Материалы и методы.** В исследовании, проводимом анонимно, приняли участие 90 госпитальных пациентов (в том числе 28 женщин) с туберкулезом легких в возрасте от 34 до 65 лет. Оценка типа высшей нервной деятельности проводилась при помощи теста-опросника Г. Айзенка (1964 г.), приверженность к лечению – по методике Мориски-Грина (1986 г.).

**Результаты.** Анализ взаимосвязи различных клинических форм туберкулеза с приверженностью к лечению выявил преобладание лиц с инфильтративной формой (63%). Группу риска по не приверженности к лечению составили 17%, а 20% оказались не приверженными к лечению. Среди пациентов с диссеминированной формой приверженность к лечению выявлена в 53%, группу риска по не приверженности составили 27%, а не приверженными к лечению оказались 20%. Из числа пациентов с фиброзно-кавернозной формой оказались наиболее приверженными к лечению 40%, в группу риска вошли 38%, а не приверженные к лечению составили 23% (табл. 1).

**Таблица 1. Показатель приверженности к лечению у пациентов с различными формами туберкулеза легких, %**

Клиническая форма туберкулеза	Приверженные к лечению	Группа риска по не приверженности	Не приверженные к лечению
Инфильтративная	63,3	16,7	20
Диссеминированная	53,3	26,7	20
Фиброзно-кавернозная	40	37,7	23,3

Таким образом, пациенты, имеющие фиброзно-кавернозную форму туберкулеза, менее привержены к выполнению рекомендаций врача. И, напротив, пациенты с инфильтративной формой имеют более высокий уровень приверженности, что необходимо учитывать при контроле эффективности противотуберкулезной терапии и выстраивании грамотного взаимодействия «пациент-врач».

**Таблица 2. Взаимосвязь типа темперамента и приверженности к лечению у пациентов с туберкулезом легких, %**

Тип высшей нервной деятельности	Приверженные к лечению	Группа риска по не приверженности	Не приверженные к лечению
Холерики	52,0	18,0	30
Флегматики	47,5	15,5	37
Сангвиники	32	24,5	43,5
Меланхолики	38	20,5	41,5

У пациентов с туберкулезом преобладал меланхолический тип темперамента. Самая низкая приверженность к лечению оказалась у сангвиников 32% и, напротив, самая высокая – у холериков 52% (табл. 2).

Анализ взаимосвязи темперамента с комплаенсом к лечению показал некоторое преобладание не приверженных среди меланхоликов (20%) и сангвиников (24%), а наименьшая частота встречаемости низкого комплаенса к лечению наблюдалась среди флегматиков (15%). Наибольшее число пациентов с приверженностью к лечению наблюдалось среди холериков (52%).

Таким образом, низкий комплаенс к лечению при туберкулезе легких не зависит от клинической формы болезни, но наименьшее число не приверженных к лечению имеет место у пациентов-флегматиков. При персонализации лечения необходимо учитывать тип высшей нервной деятельности пациента.

*Д.В. Колчин, Л.Н. Савоненкова, Н.В. Инкина,  
Т.С. Васильева, О.В. Еракина*

## ВЛИЯНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ФИБРОЗА НА МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА У УМЕРШИХ ОТ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»  
ГКУЗ «Областной клинический противотуберкулезный диспансер  
имени С.Д. Грязнова»

**Цель исследования** – оценить влияние распространенности фиброза на механизмы формирования хронического легочного сердца (ХЛС) у умерших от туберкулеза легких.



Материалы – протоколы секции 87 умерших от туберкулеза, 66 мужчин и 11 женщин с патологоанатомическими признаками ХЛС. Анализировали частоту развития фиброза в стенках полостей, паренхиме легкого, плевре. Достоверность различий в частоте тех или иных патоморфологических изменений определяли по таблице Макнемара-Фишера ( $\chi^2$ ) в программе STATISTICA-10. Различия считали достоверными при  $P \leq 0,05$ .

Результаты и обсуждения. ХЛС обнаружено у 87 из 194 (44,8%) умерших от туберкулеза в возрасте от 28 до 76, в среднем  $45,5 \pm 1,36$  лет. Фиброзно-кавернозная (ФКТ,  $n = 25$ ), инфильтративная (ИТЛ,  $n = 33$ ) и диссеминированная (ДТЛ,  $n = 29$ ) формы встретились с одинаковой частотой,  $P = 0,36$ .

Полости распада в легком обнаружены не только при ФКТ, но и в 100% случаев при ИТЛ и ДТЛ, и в 75,2% случаев имели крупные (от 5-6 до 8-12 см в диаметре) размеры. У 78,2% умерших выявлены множественные очаги специфического воспаления, 44,8% случаев – бронхогенного генеза.

Фиброзные изменения выявлены у всех умерших от туберкулеза с ХЛС независимо от клинической формы, в том числе в стенках полостей ( $n = 32$ ), паренхиме легкого ( $n = 57$ ), а также в плевре ( $n = 68$ ).

Таблица 1. Локализация и распространенность фиброза у умерших с ФКТ, ИТЛ, ДТЛ, осложненным ХЛС

Локализация фиброза	ФКТ	ИТЛ	ДТЛ
	Всего случаев		
	n=25	n=33	n=29
Стенки полостей	25	-	7
Паренхима легкого	25	13	19
Плевральные спайки	13	21	19
Облитерация плевральной полости	15	0	2

Фиброз в стенке полостей при ИТЛ не обнаружен априори, но он был выявлен у 24,1% умерших с ДТЛ, что свидетельствует о его хроническом течении. Фиброзные изменения легочной паренхимы выявлены у 100–65,5–39,4% умерших с ФКТ, ДТЛ и ИТЛ соответственно. Значимых различий в выявлении паренхиматозного фиброза среди умерших с ДТЛ в сравнении с ФКТ ( $P = 0,30$ ) и ИТЛ ( $P = 0,25$ ) не было, но при ФКТ фиброз паренхимы легкого обнаружен предсказуемо чаще, чем при ДТЛ;  $P = 0,03$ . Умеренные фиброзные изменения в плевре виде спаек между париетальным и висцеральными листками плевры обнаружены у 52%

умерших с ФКТ, 63,6% – с ИТЛ и 65,5% – с ДТЛ. Выраженный фиброз плевры, приведший к облитерации плевральной полости, был визуализирован в 56% случаев среди умерших с ФКТ, и значительно реже – в 6,9% – с ДТЛ,  $P = 0,00$  (табл. 1).

Таким образом, при ФКТ развитию ХЛС способствовали снижение объема дыхательной поверхности за счет множественных полостей распада, очагов бронхогенного обсеменения, фиброза легочной паренхимы и ограничение дыхательной экскурсии легких за счет спаек и массивных плевральных сращений; при ДТЛ – преимущественно снижение дыхательной поверхности за счет длительно существующих множественных очагов и полостей и фиброза паренхимы) и в меньшей степени – ограничение дыхательной экскурсии легких за счет спаечного процесса в плевральной полости; при ИТЛ – преимущественно ограничение дыхательной экскурсии легких в связи с умеренным спаечным процессом в плевральной полости и частично – снижение дыхательной поверхности из-за множественных старых бронхогенных очагов, возникших при его рецидивах.

*Б.М. Асанов, А.С. Мельникова, Ю.Э. Пахомова*

## ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫХ БОЛЬНЫХ С ДЕСТРУКТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ ХИРУРГИЧЕСКИМ ПУТЕМ

ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»  
ГКУЗ «Областной клинический противотуберкулезный диспансер имени С.Д. Грязнова»

Одной из актуальнейших задач современной фтизиохирургии является повышение эффективности результатов лечения впервые выявленного деструктивного туберкулеза легких.

**Цель** – ретроспективный анализ результатов применения различных комбинаций оперативных вмешательств (резекционных и коллапсохирургических при лечении впервые выявленных больных с деструктивными формами туберкулеза легких).

**Материалы и методы.** Рассмотрены три группы, которым выполнены различные сочетания операций: 1) остеопластическая торакопластика; 2) резекция легкого с последующей селективной торакопластикой;

3) атипичная резекция с одномоментной интраплевральной ограниченной торакопластикой.

Оперированы 42 больных с впервые выявленными деструктивными формами туберкулеза легких. Сроки наблюдения в послеоперационном периоде от 3 до 10 лет.

Экстраплевральная торакопластика обеспечивает необратимый селективный коллапс верхнего отдела легкого; выполнялась у впервые выявленных больных при наличии деструкции в верхней доле легкого с бронхогенным обсеменением в другом. После 16 операций остеопластической торакопластики излечение достигнуто у 13 (81,3%); умер один больной на госпитальном этапе.

У 8 больных при резекционном вмешательстве установлено, что кроме каверны в легком имеется обсеменение прилежащих сегментов; поэтому резекция сочеталась, спустя 2–4 недели, с селективной экстраплевральной торакопластикой. В данной группе в сроки до 7 лет, не наблюдалось реактиваций туберкулеза; клиническое излечение достигнуто у 8; летальности не было.

Атипичная резекция легкого с одномоментной интраплевральной ограниченной торакопластикой использовалась в случаях каверны или туберкулем с распадом, сформировавшихся на фоне распространенного процесса с локализацией в периферической зоне первых двух сегментов. Операция переносилась нетяжело, не сопровождалась нарушениями дыхания и кровообращения. Всего прооперировано 18 больных. Клинический эффект достигнут у 15 (85,7%).

**Выводы.** Результаты комбинированных резекционных и коллапсохирургических вмешательств позволяют характеризовать их как высокоэффективные оперативные пособия комплексной терапии впервые выявленных больных, что особенно важно в условиях неблагоприятной эпидемиологической ситуации, когда у 45–60% больных впервые обнаруживаются деструктивные формы туберкулеза легких.

*А.Н. Герасимов, О.В. Еремина, А.В. Гаврилов, С.В. Манушин*

## ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОБШИРНОЙ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКОЙ ФЛЕГМОНЫ В ГОСПИТАЛЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска»

В декабре 2021 г. в Госпиталь для лечения пациентов с новой коронавирусной инфекцией ГУЗ «ЦГКБ г. Ульяновска» поступил пациент Р., 53 лет, с обширной гнойно-некротической эпифасциальной флегмоной передней брюшной стенки, промежности, половых органов и поражением легких, обусловленным новой коронавирусной инфекцией COVID-19. Сопутствующей патологией были сахарный диабет 2 типа и гипертоническая болезнь.

В обычной практике флегмона промежности и наружных половых органов является тяжелым заболеванием с довольно высокой летальностью. Наличие коронавирусной инфекции усугубило течение гнойно-воспалительного процесса. С учетом обширности гнойно-некротического процесса, тяжести сопутствующих заболеваний, развитием синдрома системного воспалительного ответа, прогноз для жизни и выздоровления пациента был сомнительным. Лечение данной хирургической патологии потребовало максимального использования возможностей лечебного учреждения с привлечением специалистов различных профилей.

При поступлении в экстренном порядке пациенту было проведено радикальное хирургическое вмешательство с обширным иссечением гнойно-некротических тканей (кожи и подкожно-жировой клетчатки) на половых органах, в паховых областях и вскрытием гнойных затеков на передней брюшной стенке, промежности. В последующем образовался раневой дефект мягких тканей около 4% поверхности тела. В рану подлежали семенные канатики, яички, пещеристые и кавернозное тела. В связи с продолжающимся некрозом фасций и белковых оболочек яичками пришлось пожертвовать. В дальнейшем был длительный период очищения раны от некроза и формирования грануляционной ткани (Фото 1.).



Фото 1.

Перевязки проводились дважды в день. На начальном этапе – под общим обезболиванием. Сложность заключалась в необходимости особо деликатного и бережного отношения к тканям из-за высокого риска кровотечения из пещеристых тел, перфорации уретры, а также крайне неудобной фиксации перевязочного материала. В качестве антисептиков применялись: йодопирон, раствор гипохлорита натрия, левомеколь, офломелид. Антибактериальная терапия осуществлялась препаратами резерва с учетом чувствительности (меропенем, тигециклин и цефепимон/сульбактам). В начале лечения из раны высеяна *Klebsiella pneumoniae*, которая также была обнаружена в посевах мочи. В дальнейшем в ране к ней присоединилась синегнойная палочка. Из крови был получен *Staphylococcus epidermidis*. Комплексной интенсивной терапией удалось остановить некроз подкожной клетчатки и катаболические процессы в организме. В общей сложности в реанимационном отделении больной провел 6 дней. Параллельно общехирургическому лечению проводилась консервативная терапия новой коронавирусной инфекции. Элиминация вируса достигнута через 3 недели. К счастью, больной не требовал респираторной поддержки и сохранял мобильность.

Сформировавшийся обширный дефект кожных покровов потребовал этапного восстановительного лечения с использованием кожной пластики местными тканями и свободной аутодермопластики расщепленными кожными лоскутами, взятыми с бедер (Фото 2.).



Фото 2.

Была сохранена часть мошонки с косметической целью (Фото 3.).



Фото 3.

Спустя 6 недель стационарного лечения пациент был выписан в удовлетворительном состоянии, с остаточными мозаичными ранками у

корня полового члена (Фото 4.), на долечивание у хирурга и уролога по месту жительства.



Фото 4.

*В.А. Бесов, Д.Х. Маракаев, Д.В. Баринов, А.В. Антонов*

### **ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНО-РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ**

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

Кровотечения из пищеводно-желудочного варикоза – тяжелейшее осложнение у больных с портальной гипертензией. Заболевание возникает вследствие повышения давления в системе воротной вены с развитием коллатеральных путей тока крови в обход препятствия. Самой частой причиной портальной гипертензии (ПГ) является цирроз печени (ЦП). При этом более чем у 90% пациентов развивается варикозное расширение вен пищевода (ВРВП) и, однажды появившись, варикоз «растет» от маленького к большому, не регрессируя. Данные мировой литературы свидетельствуют о различных подходах к лечению и профилактике кровотечений из ВРВП.

Нами используется модифицированный способ операции M. Sugiura из абдоминального доступа [рис. 1].



Фото 1.

Показания к операции M. Sugiura: кровоточащие или угрожающие кровотечением варикозные узлы пищевода и желудка, пищеводно-желудочный варикоз, устойчивый к эндоскопическому лечению, пациенты с ЦП классов А и В по классификации Чайлда-Пью. Противопоказания – пациенты с ЦП класса С по классификации Чайлда-Пью.

По указанной методике в период 2020–2021 гг. в 5 хирургическом отделении ГУЗ УОКЦСВМП оперировано 10 пациентов, из них 8 мужчин и 2 женщин. Возраст пациентов варьировался от 28 до 47 лет (средний – 38,9 лет). Все пациенты (20) госпитализированы в экстренном порядке. Продолжительность анамнеза составляла на момент госпитализации более двух лет. У всех больных диагностирован ЦП различной этиологии. Лекарственный ЦП обнаружен у 1 (10%), вирусный – у 7 (70%) и алкогольный – у 2 (20%) пациентов. Степень компенсации цирроза по Child–Pugh (1973 г.) была определена как класс А – у 4 (40%), класс В – у 6 (60%). На момент вмешательства пациенты перенесли от 2 до 8 эпизодов кровотечения. Степень тяжести кровопотери при поступлении соответствовала легкой у 2 (20%), средней – у 5 (50%) и тяжелой – у 3 (30%) больных. Все поступившие в стационар получали интенсивную инфузионную, гемостатическую терапию, октреотид либо сандостатин в дозе 0,1 мг три раза в сутки подкожно или болюсно (0,025 мг/ч). У всех пациентов был применен зонд-обтуратор Сенгстейкена–Блэкмора. При соблюдении методики установки зонд-обтуратор Блэкмора был эффективен во всех случаях применения. Время от момента поступления больного до оперативного вмешательства определялось несколькими факторами: тяжестью состояния пациента и периодом, необходимым для стабилизации его состояния; стабильностью достигнутого временного гемостаза и сроком

рецидива кровотечения; техническими возможностями для выполнения операции Sugiura; согласием больного на оперативное вмешательство. Средняя длительность пребывания больного в стационаре до операции составила 3,7 сут. (от 16 ч до 6 сут). Во всех случаях в послеоперационном периоде достигнута полная остановка кровотечения из ВРВП, рецидива кровотечения не отмечали в течение всего срока пребывания в стационаре. С третьих суток послеоперационного периода начинали энтеральное кормление пациентов введением через назогастроюнальный зонд различных питательных смесей. У одной пациентки послеоперационный период осложнился развитием несостоятельности швов желудка в месте ранее сформированной гастротомии с развитием наружного желудочного свища. Проведено консервативное лечение. В последующем наступило выздоровление. Послеоперационная летальность составила 20% и зависела от тяжести печеночно-клеточной недостаточности. Среди пациентов со степенью компенсации цирроза класса А летальных исходов не было, из больных класса В после операции погибли 2 (33,3%).

Обобщая вышеизложенное, можно сделать следующие выводы:

1. Невозможность выполнения в условиях экстренного хирургического стационара порто-кавального анастомоза у больных с кровотечением из ВРВП при портальной гипертензии, серьезные осложнения делают обоснованным применение операций, направленных непосредственно на источник кровотечения и на разъединение систем воротной и верхней полой вен.

2. Летальность после выполнения экстренных и отсроченных операций на фоне нарастания печеночно-клеточной недостаточности выше в несколько раз по сравнению с вмешательствами, выполненными в более раннем периоде, что подчеркивает необходимость максимального перевода таких больных в группу профилактических операций.

*Н.Ф. Беляков, С.М. Каманцева, В.Д. Вагаев, О.А. Фролов,  
Р.Е. Корнилов, А.Н. Пыдин, Е.Н. Малянков*

## **ПЕРВЫЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОПЕРАЦИИ ШАИРА ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА**

**ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»**

**Актуальность.** Несмотря на то, что врожденная эректильная деформация полового члена встречается менее чем в 1% случаев, данной

патологией страдают молодые мужчины в возрасте от 18–25 лет при дебюте половой жизни. Используемые в данном случае пликационные методы корпоропластики вызывают укорочение длины полового члена, что вызывает негативную реакцию пациентов. Коррекция врожденного искривления полового члена в вентральную сторону с помощью ротации кавернозных тел была впервые предложена в 2006 году профессором Камалем Шаиром, Каир, Египет (ротация кавернозных тел по Шаиру – I). Основным принципом был перенос вогнутой поверхности обоих кавернозных тел с вентральной поверхности на противоположные латеральные поверхности. Ротация выполнялась путём сближения коротких параллельных разрезов на дорсальной поверхности обоих кавернозных тел. В 2008 году сообщили о модификации этой методики (ротация кавернозных тел по Шаиру – II), при которой разрезы проводились по всей длине кавернозных тел. Представленная модификация, ротация кавернозных тел по Шаиру – III (методика без корпоротомии), ещё более упрощает ротацию кавернозных тел и разрешает недостатки предыдущих вариантов операции.

**Материалы и методы.** Больной, 24 г., дебют половой жизни около 6 месяцев, имеет вентральную эректильную деформацию полового члена около 30 градусов. Пациенту выполнена операция Шаира. Техника операции. Выполнена циркумцизия, кожа полового члена смещена к корню мошонки. Мобилизован дорсальный сосудисто-нервный пучок. По дорсальной поверхности выполнена ротация кавернозных тел путем наложения пяти швов пролен 4/0. Смоделирована искусственная эрекция – искривления нет. Швы на кожу. Контрольную группу составили 4 больных, которым выполнена пликационная корпоропластика по поводу болезни Пейрони.

**Результаты.** Продолжительность операции составила 45 минут, в то время как в контрольной группе – 35 минут. Послеоперационный койко-день составил 5 дней, в контрольной группе – 4,4 дня. Продолжительность реабилитации составила 50 дней, в контрольной группе – в среднем 30,6 дней. Укорочения полового члена не было, в то время как в контрольной группе – в среднем 1 см.

**Выводы.** Данная операция может служить операцией выбора при вентральном искривлении полового члена. Положительной стороной данной операции является отсутствие укорочения полового члена. Отрицательным моментом является необходимость мобилизации дорсального сосудисто-нервного пучка на всем протяжении висячего отдела полового члена с большим риском его повреждения и техническую сложность выполнения, а также истончение полового члена.

*Е.Д. Берч, А.В. Смолькина, Е.Г. Евтушенко, А.А. Карташев*

## ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПАРАКОЛОСТОМИЧЕСКИМИ СВИЩАМИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ С ПРИМЕНЕНИЕМ СОРБЕНТА

**ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»  
ГУЗ «Ульяновский областной клинический центр  
специализированных видов медицинской помощи  
имени заслуженного врача России Е.М. Чучалова»**

**Актуальность** хирургической реабилитации пациентов с постоянной колостомой на передней брюшной стенке сохраняется на современном этапе развития хирургии. Это обусловлено рядом обстоятельств и, прежде всего, ростом заболеваемости раком прямой кишки, радикальное хирургическое лечение которого в 30% наблюдений завершается формированием постоянной концевой колостомы на передней брюшной стенке (Алиев С.А., 2015). Более половины радикально оперированных больных живут дольше пятилетнего срока наблюдения (Абелевич А.И., 2014).

Осложнения колостомии значительно ухудшают результаты лечения, приводя пациента к стойкой утрате трудоспособности, и создают трудности социальной адаптации (Сопуев А.А., 2019). В связи с этим поиск путей улучшения качества жизни стомированных больных остаётся актуальной задачей.

**Цель исследования** – анализ результатов лечения пациентов с параколостомическими свищами в амбулаторных условиях с применением сорбента «Целоформ».

**Материал и методы исследования.** «Целоформ» – медицинский сорбент, хлопковый, целлюлозный, порошкообразный (Мадина Н.Х., 2012; Нестеров О.В., 2015). В состав порошка входит только хлопок, противопоказания и побочные действия отсутствуют.

С 2019 по 2020 г. в поликлинике ГУЗ «Ульяновский областной клинический центр специализированных видов медицинской помощи им. Е.М. Чучалова» разработана методика лечения ран при помощи сорбента «Целоформ», которая применена 15 пациентам с параколостомическими свищами, проходящим лечение в амбулаторных условиях. Среди обследованных преобладали мужчины – 10 (66,7%), женщин было 5 (33,3%), возраст пациентов в группе исследования в среднем составил от 35 до 50 лет.

**Результаты исследования и обсуждения.** В настоящее время разработан препарат для местного лечения сорбент «Целоформ». Сорбент показал высокий уровень эффективности, получил регистрационное удостоверение Росздравнадзора МЗ РФ без ограничения срока действия и является изделием медицинского назначения класса 2а.

Консервативная терапия у пациентов начиналась на 7 сутки после выписки из стационара, извлекалась лигатура с кишечного шва, обрабатывалась и посыпалась «Целоформом». В результате наблюдения отмечено: данный препарат снимает отек, удаляет гнойный экссудат и способствует быстрому заживлению тканей.

К сожалению, следует констатировать, что подобные осложнения происходят из-за некачественного ухода за стомой сразу после ее наложения и неправильного использования средств ухода за стомой.

**Выводы.** Использование современных препаратов для местного лечения ран на всех этапах комплексного лечения позволяет сократить сроки системной антимикробной терапии, избежать развития побочных явлений, значительно уменьшить расходы на дорогостоящие антибактериальные препараты. Проведенными нами исследованиями была показана высокая эффективность применения сорбента «Целоформ».

*В.Д. Вагаев, Н.Ф. Беляков, С.М. Каманцева, О.А. Фролов,  
Р.Е. Корнилов, А.Н. Пыдин, Е.Н. Малянков*

## ВИЧ-АССОЦИИРОВАННАЯ ЦИСТОПАТИЯ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

**ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»**

**Актуальность.** По данным на 2011 год, в мире ВИЧ-инфекцией страдают 60 миллионов человек, 25 миллионов из них умерли. В 2016 году в России зафиксировано 848 тысяч случаев ВИЧ-инфекции. Для этого инфекционного заболевания характерны изменения во многих органах и системах. Поражение нервной системы при ВИЧ может быть, как первичным, то есть связанным непосредственно с воздействием самого вируса, так и вторичным, обусловленным оппортунистическими инфекциями и опухолями, которые развиваются у больных в условиях иммунодефицита. Различные варианты периферической нейропатии выявляются у 25–30% больных ВИЧ, но при аутопсии признаки поражения периферических нервов наблюдаются в 95% случаев. Дисфункция нижних

мочевыводящих путей может быть результатом нарушения в периферической нервной системе.

**Материалы и методы.** Представляем случай ВИЧ-ассоциированной цистопатии. Пациентка Т., 34 лет, обратилась к урологу поликлиники УОКБ в мае 2021 года с жалобами на учащенное мочеиспускание более 16 раз в сутки, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря. Из анамнеза жизни: на протяжении двенадцати лет страдает ВИЧ, получает ВААРТ-терапию. Вышеуказанные жалобы с июля 2020 года после перенесенного острого цистита. Обращалась к урологу по месту жительства, назначалась антибактериальная терапия: доксицилин, нитрофурантоин в течение 10 дней, затем Клиндамицин 7 дней – без значительного улучшения. При УЗИ почек и мочевого пузыря отмечается расширение чашечек обеих почек до 10 мм. Объем остаточной мочи в мочевом пузыре до 210 мл, стенка неравномерно утолщена до 5,7 мм, вследствие чего выполнено МРТ малого таза, где МРТ-картина псевдодивертикулов стенки мочевого пузыря, мочеточник справа расширен до 10 мм. По лабораторным данным (общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови) патологии не выявлено. Также рекомендовано определить антитела к ВПГ 1, 2 типа, ЦМВ и Herpes zoster для исключения оппортунистических инфекций: Иммуноглобулины М к вирусам герпеса отрицательные, иммуноглобулины G незначительно превышают референсные значения. На контрольном УЗИ мочевого пузыря сохраняется двухсторонний уретерогидронефроз с расширением чашечек 1 и 2 порядка, объем остаточной мочи 200 мл. Больной назначен Тамсулозин 400 мкг в сутки с асептической периодической катетеризацией 4-6 раз в сутки, прием Троспия хлорида 15 мг 2 раза в сутки при частоте мочеиспусканий более 8 раз в сутки. При повторном осмотре пациентка отмечает улучшение – частота мочеиспусканий снизилась до 12 в сутки (ранее – 16), отсутствует чувство неполного опорожнения мочевого пузыря.

**Результаты.** С учетом положительной динамики и субъективного улучшения, пациентке рекомендовано продолжить терапию в прежнем объеме с выполнением периодической асептической катетеризации мочевого пузыря 4-6 раз в сутки. Спустя месяц у пациентки сохраняется положительная динамика: частота мочеиспусканий снизилась до 8, на контрольном УЗИ почек ЧЛС не расширены.

**Выводы.** Назначением лечения с учетом клинических рекомендаций мы добились улучшения уровня жизни пациентки, предотвратили развитие гидронефротической трансформации почек. Таким образом, пациенты с ВИЧ-инфекцией требуют пристального наблюдения и междисциплинарного подхода с привлечением как врача-инфекциониста, так и врача-уролога.

*С.М. Игнатъев, С.В. Анисимова, Х.Х. Казымов, Г.А. Сидоров*

## РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска»

**Актуальность.** Коагулопатия при тяжелой новой коронавирусной инфекции еще до конца не изучена. Развитие коагулопатии связано с течением патогенеза воспалительных реакций и особенностями разных штаммов вируса. Выраженность и частота тромбоэмболических событий высока, самое частое из них – тромбоэмболия легочной артерии. Важным компонентом консервативного лечения является компрессионная терапия с использованием эластичных бинтов и компрессионного трикотажа, ограничение статической нагрузки и ранняя активизация. Использование адекватной компрессии в послеоперационном периоде без какого-либо фармакологического воздействия на систему гемостаза и ранней активизации позволяет минимизировать тромбоэмболические осложнения. Основным профилактическим и лечебным вариантом у пациентов с COVID-19 является низкомолекулярный гепарин. Лечение тромбоэмболических осложнений следует начинать без промедления во всех случаях с определенным или клинически подозреваемым диагнозом, подтвержденным или не подтвержденным конкретными методами диагностики.

**Цель исследования** – изучить результаты лечения тромбэмболических осложнений у пациентов с тяжелой коронавирусной инфекцией.

**Материал и методы.** Ретроспективное исследование проводилось в ковидном госпитале на базе ГУЗ ЦГКБ г. Ульяновска. Всего в период 2000–2001 г.г. в отделениях госпиталя хирургического профиля было пролечено 1434 пациента с COVID-19. Общая смертность составила 19%. Тромбэмболические осложнения тяжелой степени стадии ишемии 2с и 3а были выявлены у 54 пациентов. Из них тромбэмболия легочной артерии крупных ветвей легочной артерии массивной степени выявлена у 39, что составило 72,2% от всех тромбэмболических осложнений. Тромбозы конечностей составили 27,8% (15 пациентов). Всем больным проводилось необходимое лечение согласно стандартам оказания квалифицированной помощи. Применялись препараты низкомолекулярных гепаринов, антикоагулянты, внутривенные инфузии, эластическая компрессия нижних конечностей. Ряду пациентов было выполнено оперативное лечение. Тромбэктомия выполнена у 15, ретромбэктомия у 2 пациентов.

Смертность среди группы пациентов с ТЭЛА составила 97,4%, среди группы с тромбозами конечностей 86,6%. Таким образом, общая смертность от тромбэмболических осложнений при тяжелой коронавирусной инфекции составила 94,4%.

**Выводы.** 1. Массивная тромбэмболия при тяжелой коронавирусной инфекции приводит к летальному исходу в 97,4%. 2. Несмотря на проводимое лечение, согласно необходимым стандартам, летальность при тромбозах конечностей тяжелой степени ишемии и COVID-19 также остается высокой и составляет 86,6%. 3. Использование антикоагулянтов, низкомолекулярных гепаринов, эластической компрессии нижних конечностей позволяет снизить летальность от коронавирусных тромбэмболических осложнений при немассивной ТЭЛА и ишемии нижних конечностей I и II ab степени.

*В.В. Клочков, А.Г. Шмырин, К.В. Мясников, В.В. Мяжков*

## БИОХИМИЧЕСКИЙ «СУБСТРАТ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ» ПРИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ И ЕГО ВЕРИФИКАЦИЯ

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

**Актуальность проблемы.** Мочекаменная болезнь (МКБ), или уролитиаз – широко распространенное во всем мире заболевание. Ежегодная заболеваемость уролитиазом в мире составляет 0,5–5,5%, в некоторых странах и эндемичных по МКБ районах – до 13–20%. В связи с длительными сроками реабилитации пациентов и потерей трудоспособности МКБ представляет собой актуальную медицинскую и социальную проблему.

Изучение новых факторов в патогенезе МКБ, в частности «субстрата эндогенной интоксикации», в качестве которого выступают вещества средней молекулярной массы (ВСММ), является актуальным и практически значимым.

**Цель исследования** – оценить степень проявления синдрома эндогенной интоксикации у пациентов с мочекаменной болезнью.

**Методы исследования.** Исследование включало 393 пациента с мочекаменной болезнью. Пациенты были разделены на три группы, в зависимости от солевого состава почечных камней. Первую группу

составил 251 пациент с оксалатным уролитиазом, вторую – 109 пациентов с уратным уролитиазом, третью – 33 пациента с фосфатным уролитиазом. В контрольную группу были включены здоровые добровольцы и доноры в количестве 124 человек. У всех включенных в исследование в сыворотке крови определяли количество ВСММ. Определение молекул средней массы в сыворотке крови проводили путем осаждения белков трихлоруксусной кислоты и ультрафильтрацией по методике М.Я. Малаховой, 1987.

Полученные в процессе исследования клинические данные обрабатывались с использованием программной системы STATISTICA 10,0 for Windows.

**Результаты исследования.** В таблице 1 показаны сравнительные данные ВСММ между контрольной группой и тремя исследуемыми группами, которые различаются по солевому составу камней. Во всех трех исследуемых группах отмечается значительное увеличение количества ВСММ. Так, в 1-й и 2-й группах имело место увеличения в 3 раза, с высокой статистической достоверностью ( $p_1 = 0,0000$ ;  $p_2 = 0,0000$ ). В 3-й группе имело место увеличение показателя ВСММ в 4 раза, также с высокой статистической достоверностью ( $p_3 = 0,0000$ ).

Таблица 1. Вещества средней молекулярной массы в исследуемых и контрольной группах

Показатель	Контрольная группа (n = 124) M ± m St. Dev. 95 %ДИ	Группа 1 n = 251 (p <sub>1</sub> ) M ± m St. Dev. 95 %ДИ	Группа 2 n = 109 (p <sub>2</sub> ) M ± m St. Dev. 95 %ДИ	Группа 3 n = 33 (p <sub>3</sub> ) M ± m St. Dev. 95 %ДИ	p =
Вещества средней молекулярной массы (UE)	0,1 ± 0,01 0,1 0,09–0,1	0,3 ± 0,01 0,1 0,32–0,36	0,3 ± 0,01 0,1 0,3–0,34	0,4 ± 0,02 0,09 0,37–0,44	p <sub>1</sub> = 0,0000 p <sub>2</sub> = 0,0000 p <sub>3</sub> = 0,0000

Сравнения: p<sub>1</sub> – группа 1 с группой 2; p<sub>2</sub> – группа 1 с группой 3; p<sub>3</sub> – группа 2 с группой 3

Таким образом, сравнительный анализ ВСММ контрольной группы и трёх исследуемых групп показывает более значительное увеличение этого показателя в группе больных с фосфатными камнями.



**Выводы:** 1. Длительное увеличение пула средномолекулярных веществ может способствовать повреждающему действию аккумулярованных токсических агентов на клетки канальцев и даже приводить их к гибели. 2. Первичное поражение клеток в местном патологическом очаге усугубляется воздействием ВСММ, что приводит к ещё большим расстройствам внутриклеточного гомеостаза и сопровождается выделением большого количества патологических метаболитов. 3. Значительное увеличение количества ВСММ в 3-й исследуемой группе объясняется выраженным повреждением почек коралловидными камнями, а также метаболическими изменениями, более выраженными по сравнению с другими группами.

*В.В. Кожевников, А.Н. Герасимов, А.А. Столбов,  
Х.Х. Казымов*

## ЛЕЧЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ В УСЛОВИЯХ КОВИДНОГО ГОСПИТАЛЯ ГУЗ ЦГКБ Г. УЛЬЯНОВСКА

ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска»

**Введение.** Пациенты с COVID-19 зачастую имеют сопутствующую соматическую патологию. На фоне вирусной инфекции происходит обострение существующих хронических заболеваний. На фоне пандемии COVID-19 произошло перераспределение потоков пациентов с учетом эпидемиологических показаний. Для оказания экстренной хирургической помощи пациентам с вирусной инфекцией развернуто отделение № 2 ковидного госпиталя ГУЗ ЦГКБ.

**Цель** – обзор пациентов с хирургической патологией по материалам работы отделения № 2 ковидного госпиталя ГУЗ ЦГКБ.

**Материалы.** В ковидном госпитале ГУЗ ЦГКБ г. Ульяновска с ноября 2020 г. по февраль 2022 г. пролечено 12 966 пациентов. В отделение № 2 за указанный период пролечено 1 434 пациента. Отделение оказывает экстренную хирургическую помощь пациентам с положительными результатами анализа на COVID-19, пневмониями. В отделение пациенты поступали по направлению «Скорой помощи», переводились из других хирургических отделений ЛПУ города и области, переводились из других отделений ковидного госпиталя при возникновении острой хирургической патологии.

**Результаты.** В отделении № 2 с ноября 2020 по февраль 2022 гг. пролечено 1 434 пациента. Пациентам выполнено 520 различных оперативных вмешательств. Средний возраст оперированных пациентов составил  $63,64 \pm 13,72$  года (от 19 до 94 лет). Мужчин 208 (40%); женщин 312 (60%).

Структура оперативных вмешательств. Вмешательства по поводу пневмо- и гидроторакса (пункция или дренирование плевральной полости по Бюлау) выполнено в 167 случаях, что составило 32,11% от всех операций.

По поводу гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей выполнено 99 операций (вскрытие, дренирование абсцессов, флегмон, некрэктомии) – 19,03%.

Ампутация конечности (верхняя, нижняя) по поводу гангрены выполнено в 37 случаях (7,11%).

Вскрытие, дренирование спонтанных гематом мягких тканей различной локализации в 14 случаях (2,69%).

Вмешательства на магистральных артериях по поводу тромбоза и ретромбоза выполнено в 33 случаях (6,34%). Для выполнения оперативных вмешательств приглашался сосудистый хирург ГУЗ УОКБ.

По поводу острого деструктивного аппендицита выполнено 24 операции (4,61%). Ущемленные грыжи (вентральные, паховые, бедренные) выполнено 11 операций (2,11%). Вентральные грыжи 6 (1,15%), пахово-бедренные 5 (0,96%).

По поводу острого деструктивного холецистита выполнено 15 операций (2,88%). По поводу панкреонекроза 15 операций (2,88%). Ушивание перфоративной язвы желудка и 12 пк выполнено 8 пациентам (1,53%). Оперативное вмешательство по поводу острой кишечной непроходимости выполнено в 16 пациентам (3,07%); в том числе по поводу спаечной кишечной непроходимости в 11 случаях (2,11%) и непроходимости, обусловленной злокачественного образования толстого кишечника в 5 случаях (0,96%). По поводу дивертикулярной болезни толстого кишечника, осложненной перфорацией оперировано 5 пациентов (0,96%). Перфорация дивертикула тонкого кишечника 4 случая (0,76%). Перфорация тонкой кишки в 5 случаях (0,96%). Ушивание эвентрации после ранее выполненных операций (в том числе в других ЛПУ) 12 случаев (2,3%).

По поводу абсцессов брюшной полости различной локализации и продолженного перитонита выполнено 26 операций (5%). В том числе абсцессы печени 5 (0,96%), абсцесс селезенки 1 (0,19%). Операции по поводу тромбоза мезентериальных сосудов выполнено у 10 пациентов (1,92%). Диагностические вмешательства (лапароскопия/лапаротомия) выполнено 15 пациентам (2,88%).

**Выводы.** У 236 пациентов (45,38%) хирургическое вмешательство напрямую связано с осложнением вирусной инфекцией вызванной COVID-19. А именно пневмонии осложненные пневмо- и гидротораксами 167 (32,11%) случаях. Тромбозов артерий различной локализации в 33 (6,34%) случаях, тромбоза мезентериальных сосудов выполнено у 10 (1,92%) пациентов. Гематомы мягких тканей различной локализации в 14 случаях (2,69%). Эвентрации после ранее выполненных операций 12 случаев (2,3%).

*В.Г. Фирсова, М.В. Кукош*

### ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА У БОЛЬНЫХ НЕКРОТИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ РАСПРОСТРАНЕННЫМ ПАРАПАНКРЕАТИТОМ

ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия» Минздрава России, ГБУЗ НО «Городская больница № 35 г. Нижнего Новгорода»

**Актуальность.** Острый панкреатит является широко распространенным заболеванием. Летальность при тяжелой форме остается высокой, связана в большинстве случаев, как в раннюю, так и позднюю фазу, с распространенным некрозом забрюшинной клетчатки, что обуславливает необходимость отдельного анализа результатов лечения указанной группы пациентов.

**Материал и методы.** Исследование включало 228 больных некротическим панкреатитом. Локальные осложнения, согласно пересмотренным критериям Атланты, развились у 128 пациентов. Распространенный парапанкреатит (РПП) был в 36 наблюдениях, нераспространенный (НПП) – в 92. Оценка результатов консервативного лечения проводилась в сроки до 4 недель и позднее 4 недель заболевания. Конечными точками оценки были частота регресса скоплений с жидкостным компонентом (СЖК), частота формирования отграниченного некроза, частота инфицирования. Показанием к операции было быстрое увеличение объема СЖК в составе РПП в стерильную стадию, развитие инфицирования. Конечными точками оценки результатов хирургических вмешательств (пункционно-дренирующих, открытых из мини-доступов, лапаротомных) в сроки до 4 недель и позднее 4 недель от начала заболевания были частота регресса СЖК, частота формирования наружного

панкреатического свища, летальность. Эффективность профилактического назначения антибактериальных препаратов не позднее 7 суток от начала заболевания анализировали в группах с применением карбапенемов ( $n = 34$ ) и цефалоспоринов, фторхинолонов в сочетании с метронидазолом ( $n = 73$ ), конечной точкой анализа была потребность в оперативном лечении. Статистический анализ осуществляли путем сравнения независимых выборок по качественным показателям с применением точного критерия Фишера,  $\chi^2$  (при наличии более двух сравниваемых групп). Различия считали статистически значимыми при  $p \leq 0,05$ .

**Результаты.** В результате консервативного лечения больных с РПП в первые 4 недели заболевания регресс СЖК наступил в одном наблюдении, отграниченный некроз сформировался у 19 пациентов, быстрый рост объема СЖК – у 4, инфицирование – у 12. Применение карбапенемов по сравнению с другими группами антибиотиков не привело к снижению потребности в оперативном лечении ( $p = 0,620$ ), в то же время в группе карбапенемов доля пациентов, оперированных в сроки до 4 недель от начала приступа была значимо ниже ( $p = 0,040$ ). В группе карбапенемов доля пациентов с РПП, которым было проведено только консервативное лечение была выше ( $p = 0,006$ ). Продолжение консервативного лечения позднее 4 недель заболевания у больных с формированием стерильного отграниченного некроза ( $n = 19$ ) привело к уменьшению размеров СЖК, исчезновению жалоб в 7 наблюдениях, сохранению СЖК со стойким болевым синдромом – в одном наблюдении, нагноению СЖК – в 11 наблюдениях. При инфицировании в сроки до 4 недель малоинвазивные вмешательства выполнены 6 пациентам с РПП, умер один больной. При лапаротомных вмешательствах умерло 3 больных из 6 ( $p = 0,272$ ). Позднее 4 недель от начала заболевания оперировано 12 пациентов. Открытые вмешательства из мини-доступа обладали большей эффективностью в достижении регресса СЖК по сравнению с пункционным дренированием ( $p = 0,020$ ).

**Выводы и рекомендации.** У 55% пациентов с РПП возможно проведение только консервативного лечения (включающего длительную терапию карбапенемами, начиная с ранней фазы заболевания) в течение первых 4 недель, что позволяет не оперировать этих больных до отграничения очагов некроза. Больные с РПП в отдельных случаях (при быстром увеличении объема СЖК) требуют хирургического лечения еще в стерильную стадию. При хирургическом лечении позднее 4 недель заболевания (инфицирование, стойкий болевой синдром) даже у пациентов с РПП можно достичь нулевой летальности. По сравнению с пункционными вмешательствами в эти сроки, предпочтение следует отдавать операциям из мини-доступов.

*А.П. Власов, Н.А. Мышкина, Д.А. Романов, Б.А. Федотов*

## ГЕПАТИЧЕСКИЙ ДИСТРЕСС-СИНДРОМ ПРИ ОСТРОМ ПЕРИТОНИТЕ

ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский Мордовский  
государственный университет им. Н.П. Огарева»

**Актуальность.** Современный этап развития хирургии характеризуется внедрением в исследования компонентов патогенеза, диагностики и лечения технологий, в основе которых положены новые знания не только на клеточном и субклеточном уровнях, но и на молекулярном и геномном. В результате получены данные, которые позволяют расширить знания о болезни не только с акцентом на орган поражения, но и на системные изменения в организме, в том числе на различные органы. Однако в этом ряду при хирургических болезнях незаслуженно меньшее внимание уделяется поражению печени. Между тем, во многих научных исследованиях доказывается и подчеркивается значимость острой печеночной недостаточности в патогенезе многих хирургических заболеваний, особенно urgentных, разрабатываются схемы ее своевременной коррекции. Между тем, до настоящего времени нет обобщающих исследований по установлению патогенетических механизмов гепатических нарушений, нет исчерпывающих сведений по универсальности поражений печени при различной urgentной хирургической патологии.

**Цель** – на основе объективных данных по модификациям структурно-функционального состояния печени при остром перитоните установить универсальность и закономерность развития гепатических нарушений.

**Материал и методы.** В основу работы положены материалы экспериментальных и клинических исследований. Хронические опыты поставлены на 15 взрослых беспородных собаках, которым моделировали острый перитонит по способу А.П. Власова. Исследования проводились в соответствии с нравственными требованиями к работе с экспериментальными животными (Федеральный закон «О защите животных от жестокого обращения»). В контрольные сроки проводился забор крови из бедренных артерии и вены, портальной и печеночных вен, биопсия ткани печени.

Клиническая часть. Клинико-лабораторные исследования проведены у 22 больных острым перитонитом. Применяли ряд рутинных и специальных методов исследования.

**Результаты.** Анализируя полученные экспериментально-клинические результаты, отметим, что при остром перитоните происходит значительное поражение печени. Эти данные подтверждают многочисленные известные исследования. Оригинальными в данной работе являются сведения по механизмам поражения органа. Установлено, что одними из ведущих является мембранодестабилизирующий процесс, который определен избыточной активностью в тканевых структурах печени перекисного окисления мембранных липидов и фосфолипаз, и проявлялось значительными модификациями фосфолипидного состава биомембран гепатоцитов.

Полученный материал, безусловно, имеет важное прикладное значение, определяя основное направление для предупреждения запредельного поражения печени при острой хирургической патологии живота.

Таким образом, получены веские экспериментально-клинические основания для определения патологического состояния (синдромокомплекса) при остром перитоните под названием гепатический дистресс-синдром.

Гепатический дистресс-синдром в хирургии – это совокупность патологических процессов организма, важнейшим проявлением которых является прогрессирование эндогенной интоксикации, оксидативного стресса и фосфолипазной активности вследствие нарушения функционального статуса печени в результате мембранодестабилизирующих явлений.

**Вывод.** Безусловно, формирование данного патологического состояния при острой хирургической патологии существенно отягощает течение основного заболевания, а на определенной степени поражения печени может быть определяющим. Несомненно, полученные оригинальные данные определяют вектор поиска лечебных схем по коррекции (профилактике) поражения печени с учетом основного патогенетического механизма.

*Х.Х. Казымов, А.Г. Ермошин, Р.Ф. Ахметзянов,  
Н.А. Герасимов*

## СПОНТАННЫЕ ГЕМАТОМЫ ПРИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ. ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПО МАТЕРИАЛАМ РАБОТЫ КОВИДНОГО ГОСПИТАЛЯ ГУЗ ЦГКБ Г. УЛЬЯНОВСКА

ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска»

**Актуальность.** Распространение COVID-19 повлекло за собой развитие характерных для данной патологии осложнений, в особых случаях требующих экстренного оперативного пособия. К категории подобных состояний относятся спонтанные гематомы. Диагностика, хирургическая тактика, оперативное пособие, последующее ведение больных со спонтанными гематомами требует особого подхода.

**Материалы и методы.** За время работы ковидного госпиталя по лечению коронавирусной инфекции, с 2020 по 2021 год, со спонтанными гематомами пролечен 21 человек. В наблюдениях отмечены спонтанные гематомы забрюшинного пространства – 3, гематомы области прямых мышц живота – 11, гематомы грудных мышц – 6, гематома голени – 1. Причиной возникновения данных состояний является применение антикоагулянтов, форсированного дыхания, развитие некрозов мышечных волокон с последующим нарушением их целостности вследствие тромбозов. Как правило, эти пациенты относились к категории тяжелых (16 человек), крайне тяжелых (5 человек). Тяжесть их состояния была обусловлена степенью поражения легочной ткани, объемом кровопотери, наличием тяжелой сопутствующей патологии. Все больные до возникновения гематом получали адекватную антикоагулянтную терапию. Пяти пациентам в крайне тяжелом состоянии проводилась ИВЛ или НИВЛ, 16 тяжелым больным проводилась кислородотерапия увлажненным кислородом. Развитие спонтанных гематом носило острое начало, развивалось на фоне дыхательной недостаточности и проводимой кислородотерапии. Постановка диагноза включала осмотр лечащего врача, хирурга, инструментальное (УЗИ, КТ зоны интереса), лабораторное (ОАК+ тромбоциты, коагулограмма, БАК) обследование. Решение об оперативном пособии принималось после завершения полной гемостатической терапии, оценки ее неэффективности, отрицательной динамики при инструментальном и лабораторном мониторинге. Как правило, консервативные мероприятия преследовали введение гемостатических препаратов, при необходимости переливание компонентов

крови (СЗП, эритроцитарная масса). 14 (66%) пациентам потребовалось оперативное пособие, у 7-и (34%) больных ограничились консервативным лечением, динамическим наблюдением. Качественная и количественная оценка оперативных вмешательств при спонтанных гематомах приводится ниже: гематомы забрюшинного пространства – 3; гематомы прямых мышц живота – 5; гематомы мышц грудной клетки – 3; гематомы нижних конечностей – 3.

**Результаты.** Основным объемом оперативных вмешательств служила ревизия, санация, дренирование гематом (9 случаев). В особых случаях проводилась некрэктомия при наличии не жизнеспособных мышечных тканей (3 случая), тампонада полостей (2 случая).

Смертность после проведенных оперативных вмешательств составила 19.4% (умерло 4).

**Выводы:** 1. Спонтанные гематомы являются одним из тяжелых осложнений течения коронавирусной инфекции. 2. В особых случаях при тяжелом течении коронавирусной инфекции имеют место случаи с летальным исходом. 3. Данные состояния требуют дифференцированного подхода к определению тактики лечения. 4. Терапия должна включать весь спектр консервативных мероприятий, включая переливание компонентов крови по показаниям. 5. Выбор оперативного пособия должен быть дифференцированным и адекватным. 6. Весь спектр лечебных мероприятий должен быть направлен на возможное консервативное решение данной проблемы, ввиду высокой вероятности неблагоприятного исхода при проведении оперативного пособия и дальнейшего утяжеления течения коронавирусной инфекции.

*В.В. Кожевников, Э.Р. Ахмедов, М.Р. Бухаров, А.Ю. Табаков*

## ЛЕЧЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ ПО ПОВОДУ ТРОМБОЗА МЕЗЕНТЕРИАЛЬНЫХ СОСУДОВ В УСЛОВИЯХ КОВИДНОГО ГОСПИТАЛЯ ГУЗ ЦГКБ Г. УЛЬЯНОВСКА

ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска»

В развитии инфекционного процесса важным компонентом является поражение микроциркуляторного русла. Причиной которого является тропность вирусных белков к энтероцитам кишечника. У пациентов с течением COVID-19, развивается эндотелиальная дисфункция, коагулопатия, тромбозы.

Диссеминация вируса распространяется по сосудистому руслу, в том числе и по сосудам кишечника, что приводит к тромбообразованию.

На фоне тяжелого течения COVID-19 пациенты часто сталкиваются с осложнениями в виде формирования тромбоза, в том числе тромбоза мезентериальных артерий.

**Цель** – обзор пациентов с тромбозом мезентериальных сосудов по материалам работы отделения № 2 ковидного госпиталя ГУЗ ЦГКБ.

**Материалы.** В ковидном госпитале ГУЗ ЦГКБ г. Ульяновска с ноября 2020 по февраль 2022 года пролечено 12 966 пациентов. В отделение № 2 за указанный период пролечено 1 434 пациента.

**Результаты.** В отделении № 2 с ноября 2020 по февраль 2022 года пролечено 1 434 пациента. Пациентам выполнено 520 различных оперативных вмешательств. Средний возраст оперированных пациентов составил  $63,64 \pm 13,72$  года (от 19 до 94 лет). Мужчин 208 (40%); женщин 312 (60%). Среди них операции по поводу тромбоза мезентериальных сосудов выполнены у 10 пациентов (1,92%).

Все 10 пациентов относятся к пожилой возрастной категории с коморбидными заболеваниями. Все пациенты относились к категории STT3 или STT4. У всех диагностирована двусторонняя вирусная пневмония тяжелой степени тяжести KT3-KT4, у 8 пациентов диагностирован тотальный некроз тонкого кишечника с дальнейшим летальным исходом. 2 прооперированных оказались с сегментированным тромбозом, пролечились и выписались домой в удовлетворительном состоянии.

**Выводы.** Формирование тромбоза мезентериальных сосудов, связано с развитием и течением вирусной инфекции COVID-19. Чем выше вирусная нагрузка, тем сильнее ответная реакция организма, что приводит к развитию цитокинового шторма и влечет за собой развитие эндотелиальной дисфункции, повреждению эндотелия сосудов, формированием воспалительной реакции, тромбообразованию.

*А.И. Чавга, Е.А. Тонеев, П.М. Чавкин, В.Ю. Щеголев,  
О.В. Мидленко, В.А. Бесов*

## РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ (ГПОД)

ГУЗ «Ульяновский областной клинический центр  
специализированных медицинской помощи  
имени заслуженного врача России Е.М. Чучкалова»  
ФГБОУ ВО Ульяновский государственный университет

**Актуальность.** Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) – заболевание, при котором происходит смещение нижней части пищевода или желудка относительно диафрагмы из брюшной полости в грудную. В структуре заболеваний ЖКТ эти грыжи занимают третье место после желчнокаменной болезни, язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки. Единственным радикальным и самым эффективным лечением при отсутствии результата от лекарственной терапии, устраняющим причины и проявления ГПОД, является хирургическое лечение.

**Цель исследования** – оценить результаты хирургического лечения грыж пищеводного отверстия диафрагмы.

**Методы исследования.** В исследование включен 41 пациент с диагнозом «грыжа пищеводного отверстия диафрагмы», оперированный в хирургическом отделении № 6 ГУЗ УОК ЦСВМП в период с 2017 по 2022 год. Пациентам проводились операции – фундопликации по Nissen, выполненные открытым и лапароскопическим способом.

Ведущими инструментальными методами были рентген-диагностика и фиброгастроэзофагодуоденоскопия.

Суть хирургического лечения ГПОД – это низведение желудка в брюшную полость, ликвидация ворот грыжи и выполнение антирефлюксной операции.

Доступ – верхнесрединная лапаротомия, лапароскопия. Выделяется и низводится абдоминальный отдел пищевода, производится полная мобилизация ножек диафрагмы, кардии, дна желудка с пересечением 2-3 коротких желудочных артерий и формированием позадипищеводного тоннеля. Далее выполняется задняя диафрагмо-крупорофия – ушивание диастазы ножек диафрагмы. Заключительный этап – это фундопликацию (формирование циркулярной манжеты, охватывающей абдоминальный отдел пищевода на  $360^\circ$ ). При классическом Nissen длина манжеты 2–4 см. При модификации Floppy-Nissen длина манжеты 1.5–2 см. Все манипуляции производились на толстом желудочном зонде. Оперативное

вмешательство завершали контролем гемостаза и дренированием брюшной полости.

**Результаты.** Среди пациентов мужчин было 12 (29%), женщин 29 (71%). Пациенты были в возрасте от 25 до 69 лет (средний возраст 49 +2 года). Было выполнено 15 лапаротомий (36%), из них 3 конверсии после лапароскопии. Остальным 26 пациентам (63%) была выполнена лапароскопия. 16 пациентам была выполнена лапароскопическая фундопликация по Nissen. 10 пациентам была выполнена лапароскопическая фундопликация по Floppy-Nissen.

Среднее время оперативного вмешательства при лапаротомии составило 90 минут. Среднее время оперативного вмешательства при лапароскопии составило – 130 мин. Было выполнено 2 симультанные операции при лапароскопии – холецистэктомия и грыжесечение с пластикой по Лихтенштейну. Срок нахождения в стационаре после лапаротомии составил 8–12 дней. Срок нахождения в стационаре после лапароскопии составил 4–6 дней.

Анализ непосредственных результатов эндохирургического лечения ГЭРБ с помощью методов «Floppy Nissen», «Nissen». В отдаленном послеоперационном периоде количество пациентов с недостаточностью фундопликационной манжеты на 26% выше в «Nissen» по сравнению с «Floppy Nissen», количество пациентов с рецидивом симптомов изжоги на 22% выше в «Nissen», чем в «Floppy Nissen».

Гнойно-септических осложнений и летальных исходов не было. Было одно раннее послеоперационное осложнение – стойкая дисфагия. Релапаротомия, рефундопликация.

**Выводы.** Малая травматичность с выраженным косметическим эффектом, снижение послеоперационных осложнений, ранняя реабилитация и другие факторы делают оперативные вмешательства через лапароскопические доступы операциями выбора в лечении ГПОД и их осложнений.

*П.М. Староконь, Р.М. Шабаетов, С.А. Ходырев, А.Г. Ручкин*

## **ФИБРОЗНО-КИСТОЗНАЯ БОЛЕЗНЬ – СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ ЛЕЧЕНИЯ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ ГОСПИТАЛЕ**

**Филиал Военно-медицинской академии им. С.И. Кирова  
Министерства обороны РФ, г. Москва**

**Военно-медицинская организация, г. Голицыно, Московская область**

**Актуальность.** В настоящее время женщины осваивают самые различные специальности по контракту со всей их сложностью, напряжённостью, иногда за пределами физическими и психоэмоциональными нагрузками. Женщины, проходящие службу по контракту, наравне с мужчинами в полной мере испытывают климатические факторы, удалённость различных объектов, часто бытовую неустроенность. Ношение форменной одежды, специального снаряжения и амуниции, индивидуального оружия и средств защиты – составляющая особенностей выполнения служебных обязанностей женщинами. Служба по контракту – тяжёлый труд, накладывающий свой отпечаток на общее состояние, их здоровье, на развитие профессиональных патологий. Среди этих факторов важное место занимает патология репродуктивной системы у женщин, проходящих службу по контракту. Наиболее частой патологией в этой группе женщин встречается фиброзно-кистозная болезнь (ФКБ). Нередко данная патология протекает бессимптомно и выявляется во время плановых медосмотров или случайно при комплексном обследовании женщин в госпиталях, куда они попадают с другими проблемами здоровья. Фиброзно-кистозная болезнь несёт в себе опасность развития в рак молочной железы, являясь предраковым заболеванием.

**Цель исследования** – внедрить малоинвазивные методы лечения фиброзно-кистозной болезни в многопрофильном госпитале.

**Методы исследования.** Проведено лечение 303 пациенток с ФКБ. Средний возраст женщин составил 40,6±2,1 лет. По длительности течения ФКБ отмечалось более 3 лет. У 71% пациенток лечение по поводу ФКБ ранее не проводилось. После оперативного пособия каждые 3 мес. до одного года проводились контрольные осмотры. 145 пациенткам нами выполнены секторальные резекции МЖ; 76 пациенткам проведена лазерная вапоризация кист МЖ; 82 – выполнена склеротерапия кист МЖ 1% раствора Фибро-Вейн. Лазерная вапоризация проводилась с помощью гольмиевого лазера. Лазерная коагуляция и склеротерапия кист МЖ под УЗ-контролем являются малоинвазивными технологиями. Также

назначалось консервативное лечение ФКБ препаратом Индинол Форто по 200 мг 2 раза в день курс не менее 6 месяцев после проведенного нами лечения.

**Результаты.** Средняя длительность операции при секторальной резекции МЖ составила  $30,3 \pm 5,7$  мин. Признаки отека и воспаления оперированной МЖ выявлены у всех женщин. Наличие серомы отмечено у 35 человек. Рецидив заболевания в течение года выявлен у 78 исследуемых. Оперированная МЖ с наличием в ней послеоперационных рубцов влияла на психоэмоциональное состояние и КЖ пациенток. Через 1 год после операции выявлено: косметические дефекты у 99 пациенток в виде грубого рубца параареолярной области; наличие деформации, асимметрии МЖ – у 26. Лазерная коагуляция кист МЖ применена у 76 женщин с ФКБ. Длительность операции составила  $10,6 \pm 5,8$  мин. В послеоперационном периоде противовоспалительная, антибактериальная терапия не выполнялась. Применение данной методики лечения позволяет достигать экономического эффекта в виде снижения себестоимости операции по расходному материалу и койко-дня у госпитализированных ( $3,4 \pm 0,4$ ). Через год после операции у женщин отсутствовали косметические дефекты. 82 женщинам выполнено склерозирование кист МЖ. Длительность склерозирования кист составила  $6,4 \pm 1,8$  мин. Средний койко-день составил  $3,1 \pm 0,8$ . Достигнут значительный экономический эффект в виде снижения себестоимости операции по расходному материалу, энергозатратам, койко-дню, длительности операции.

**Выводы.** Малоинвазивные методы лечения ФКБ в многопрофильном госпитале являются высокоэффективными технологиями и позволяют достичь хороших результатов. Лечение ФКБ с преобладанием кистозного компонента в многопрофильном госпитале должно быть преимущественно малоинвазивным. Применение малоинвазивных технологий является весьма перспективным методом с положительными результатами.

*А.Л. Левчук, С.А. Ходырев, Р.М. Шабаев, П.М. Староконь*

## ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ В ОТДАЛЕННОМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Национальный медико-хирургический центр  
им. Н.И. Пирогова, г. Москва

Филиал Военно-медицинской академии им. С.И. Кирова  
Министерства обороны РФ, г. Москва,

Военно-медицинская организация, г. Голицыно, Московская область

**Актуальность.** Реконструктивные операции по поводу утраченной молочной железы (МЖ) в комплексе с симметризирующими операциями на контрлатеральной МЖ играют важнейшую роль в ранней реабилитации пациенток. Реконструктивно-восстановительные операции в лечении новообразований МЖ являются неотъемлемой частью ранней реабилитации (Грушина Т.И., Жаворонкова В.В., Ткаченко Г.А. и др., 2020) и направлены на предотвращение психо-социальной дезадаптации, улучшение качества жизни (КЖ) пациенток (Fang SY, Shu BC, Chang YJ. 2013). Показатели исходов, сообщаемые пациентками (PROM), являются важным инструментом оценки различных хирургических методик (C. F. Davies BSc (Hons) PhD, R. Macefield MSc, K. Avery PhD, et al. 2020). Использование валидированных опросников PROM позволяет оптимизировать тактику хирургического (Char S, Bloom JA, Erlichman Z, et al. 2021).

**Цель исследования** – оценка степени влияния реконструктивной хирургии на психо-эмоциональный статус женщин.

**Методы исследования.** В период с 2015 по 2021 годы мы оценили показатели КЖ 70 пациенток. Пациентки были разделены на III гр: I гр. контрольная, (n = 18), которым выполнена радикальная мастэктомия (РМЭ) по поводу РМЖ; II гр. пациенток (n = 46), которым выполнена радикальная модифицированная мастэктомия по Мадену с одномоментной или отсроченной реконструкцией МЖ; III гр. пациенток (n = 6) с высоким риском развития РМЖ, которым выполнена билатеральная сосок-сохраняющая подкожная мастэктомия с одномоментной реконструкцией МЖ. Для оценки уровня депрессивности среди пациенток мы использовали тест-опросник депрессии (Beck Depression Inventory). Для оценки показателей КЖ нами использован опросник «MOS Short Form 36». Пациентки самостоятельно заполняли тест-опросники.

**Результаты исследования.** В ходе анализа не выявили ни одной пациентки с умеренной и выраженной степенью уровня депрессии (отсутствие депрессии (менее 9 бал.) – 57 человек,  $p = 0,005$ ; лёгкая депрессия (10–18 бал.) – 13 человек,  $p = 0,027$ ). Высокий уровень депрессии у пациенток II гр. по сравнению с I гр. (5,5 бал. и 4,9 бал., соответственно;  $p < 0,001$ ), обусловленный преобладанием пациенток в возрасте 30–49 лет с более требовательным психо-эмоциональным статусом. Низкий уровень депрессивности у пациенток III гр. (2,5 бал.) объясняется отсутствием злокачественных новообразований. Сравнительный анализ уровня депрессии среди пациенток I и II гр. показал незначительную разницу показателей, что обусловлено эффективностью проводимого специального лечения. Наименьший уровень депрессии у пациенток III гр., обусловлен исключением психо-травмирующего фактора риска возникновения рака без нарушения эстетического самовосприятия. Показатели КЖ позволили объективизировать степень влияния реконструктивно-восстановительных операций. Так, показатели физического компонента здоровья наибольшие во II группе по сравнению с I и III гр. Низкие показатели физического компонента здоровья (PF, VP) у III гр. обусловлены травматичностью резекционного этапа операции. Показатели психологического компонента здоровья выше в III гр. по сравнению со II и I гр., что обусловлено избавлением пациенток от риска возникновения РМЖ. Более высокие показатели психологического компонента здоровья пациенток II и III гр. объясняются проведением одномоментных реконструктивно-восстановительных операций, исключающих психотравмирующий фактор отсутствия МЖ.

**Выводы.** При анализе полученных данных мы в очередной раз доказали необходимость проведения реабилитационных мероприятий среди женщин, перенесших радикальное хирургическое лечение по поводу новообразований МЖ. Реконструктивно-восстановительные операции играют большую роль в реабилитации пациенток с новообразованиями МЖ. Их своевременное проведение позволяет вернуть женщин к самостоятельной, полноценной жизни.

*Е.Г. Евтушенко, С.В. Ярков, А.А. Карташев, И.Р. Файзуллин*

## МОЧЕПУЗЫРНО-КИШЕЧНЫЕ СВИЩИ

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

Пузырно-кишечные свищи – актуальная проблема современной медицины. Свищи пищеварительного тракта являются одним из самых сложных разделов хирургии. Несмотря на появление новых хирургических технологий, проблема свищей остается исключительно актуальной, потому что в большинстве случаев свищ – это осложнение, которое в лучшем случае обрекает его на длительное лечение, в том числе на неоднократные хирургические вмешательства, в худшем – ставит пациента на грань между жизнью и смертью.

Мочекишечные свищи могут быть врожденными и приобретенными. Врожденные пузырно-кишечные свищи встречаются крайне редко. Обычно они возникают между прямой кишкой и областью мочепузырного треугольника, иногда сочетаясь с атрезией заднего прохода. Чаще всего обнаруживают приобретенные мочекишечные свищи. Их подразделяют на посттравматические и самопроизвольно возникающие (в результате различных патологических состояний). Причинами первых считают одновременные ранения мочевыводящих путей и кишечника вследствие ятрогенных повреждений, лучевой терапии, а также оперативных вмешательств (троакарная эпицистостомия, ТУР простаты и шейки мочевого пузыря, РПЭ).

Спонтанные мочекишечные свищи обычно формируются в результате различных воспалительных процессов, новообразований, перфорации инородными телами стенки кишечника и мочевого пузыря. Почечно-кишечные свищи чаще всего возникают в результате гнойно-воспалительных, в том числе и специфических, заболеваний почки и околопочечной клетчатки. Мочеточниково-кишечные свищи преимущественно носят ятрогенный характер и образуются при сочетанном повреждении мочеточника и кишки во время операций на органах брюшной полости и мочевыводящих путях. Таким образом, почечно- и мочеточниково-кишечные фистулы, как правило, возникают в результате воспалительных заболеваний почек и мочевыводящих путей с вторичным вовлечением в процесс различных отделов кишечника, а пузырно-кишечные свищи – вследствие первичных заболеваний и повреждений кишечника, распространяющихся на мочевой пузырь.



Дивертикулярная болезнь и воспалительные заболевания кишечника – наиболее частая причина развития кишечно-пузырных свищей, являясь причиной их образования у 50–70% больных.

Вторая по значимости (20% случаев) причина образования кишечно-пузырных свищей – злокачественные новообразования (чаще всего – колоректальный рак). При опухолях мочевого пузыря формирование пузырно-кишечных фистул наблюдают крайне редко, что можно объяснить ранней диагностикой заболевания.

В 10% случаев свищи возникают в результате болезни Крона, при этом они обычно формируются между мочевым пузырём и подвздошной кишкой.

Более редко кишечно-пузырные соустья образуются вследствие меккелева дивертикула, аппендицита, мочеполювого кокцидиомикоза и тазового актиномикоза.

Мочепузырно-кишечные свищи – патологическое сообщение между мочевым пузырем и кишечником.

В связи с высокой распространенностью заболеваний толстой кишки, а также увеличением количества открытых и эндоскопических операций на простате и мочевом пузыре, наиболее часто наблюдают толстокишечно-пузырные свищи.

Хотим предоставить собственный опыт хирургического лечения пузырно-кишечных свищей.

**Цель исследования** – оценить ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения пациентов с мочепузырно-кишечными свищами.

**Методы исследования.** Был произведен анализ случаев пациентов с пузырно-кишечными свищами за 6 лет (с 2016 по 2021 гг.).

**Результаты.** За указанный период в отделении прошло лечение 7 пациентов с данной патологией, что составило 0,09% от общего числа пролеченных.

По годам 2016 – 1 (0,08%), 2017 – 1 (0,08%), 2018 – 0, 2019 – 2 (0,16%), 2020 – 2 (0,17%), 2021 – 1 (0,075%). Мужчин – 4 (57%), женщин – 3 (43%).

Дивертикулярная болезнь 4 – 57%, новообразования 3 – 43%.

Процент осложнений по нозологиям составил: при дивертикулярной болезни – 0,9%, при новообразованиях – 0,33%.

Сроки госпитализации с момента начала заболевания составили от 2 мес. до 3 лет. Причем имеется отчетливое разделение на группы, в зависимости от нозологии. Так, пациенты со злокачественными новообразованиями были госпитализированы в течение 2-3 месяцев от начала клинических проявлений болезни, а пациенты с дивертикулярной болезнью – от 6 мес. до 3-х лет.

Все пациенты были направлены на прием к колопроктологу специалистами смежных профилей: урологом, онкологом или хирургом.

Во всех случаях пациентам выполнялась комбинированная резекция толстой кишки и мочевого пузыря. При колоректальном раке операции выполнялись с соблюдением онкологических принципов.

В шести случаях операция выполнялась с наложением первичного аппаратного анастомоза. В одном случае выполнена обструктивная комбинированная резекция толстой кишки с резекцией мочевого пузыря. Через год пациентке выполнена реконструктивная операция, она наблюдается с хорошим результатом.

В одном случае потребовалось наложение эпицистостомы – 14,2%; на 13 сутки – удаление эпицистостомы.

Средний к/день – 20 (макс 28, мин 14).

Пребывание на койке после операции – 17,1 (от 12 до 25 дней).

Осложнения – 1 (14,28%): случай расхождения краев раны из-за формирования серомы.

В 100% случаев операционный препарат отправлялся на гистологическое исследование.

**Выводы.** 1. Мочепузырно-кишечные свищи представляют не редкую, но сложную в диагностике и лечении патологию. 2. Так как наибольшее количество мочепузырно-кишечных свищей возникало как осложнение дивертикулярной болезни, то необходимо особое внимание уделить пациентам с данной патологией. При выявлении дивертикулярной болезни необходимо направлять пациента на консультацию к колопроктологу с целью назначения терапии и предупреждения ее осложнений. 3. Хирургическое лечение данной патологии должно производиться в специализированных отделениях, оснащенных современным оборудованием и расходными материалами, с наличием подготовленной мультидисциплинарной хирургической бригады.

*О.А. Никонов, О.Н. Пайзе, Р.Р. Гильметдинов, В.Д. Чепрасов*

## ТРАВМАТИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ДЕТСКОГО ХИРУРГА

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

**Актуальность.** За последние 10–20 лет число случаев травматического повреждения поджелудочной железы у детей увеличилось

с 1–2% от всех травматических повреждений органов брюшной полости до 5–12%. Посттравматический панкреатит является одним из осложнений при закрытой травме живота. Отсутствие сведений о травме живота создает значительные трудности при диагностике травматического панкреатита у детей. Иногда родители не придают значения травме и длительное время не обращаются за медицинской помощью, что не позволяет врачу выявить специфические симптомы начального периода травматического панкреатита. В таких случаях ребенка направляют в больницу с диагнозом «острый живот» при уже развившейся клинической картине перитонита.

**Цель исследования** – представить клинический случай травматического панкреатита у мальчика Д., 16 лет, осложненного тромбозом селезеночной вены.

**Материалы и методы.** Ребенок поступил в ГУЗ УОДКБ в экстренном порядке с жалобами на боли в правом подреберье, усиливающиеся при движении, отсутствием аппетита. Анамнез заболевания: болен в течение 10 дней, когда появились боли в животе, погрешности в диете не исключает. Накануне ребенок посещал спортивную тренировку. Травмы, падения отрицает.

Состояние при поступлении: средней степени тяжести за счет болевого синдрома. Сознание ясное. Кожный покров чистый, бледно-розовый. Склеры белые. Видимые слизистые розовые, чистые, влажные. Отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ясные.

Язык влажный, обложен белым налетом. Живот симметричный, участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии, левых отделах. Дефанс передней брюшной стенки – в левых отделах. Симптомы раздражения брюшины положительные. Печень, селезенка не пальпируются. Область почек не изменена. Почки не пальпируются. Поколачивание по левой реберной дуге резко болезненно. Полож. симптом Розанова. Мочится свободно, безболезненно. Стул накануне оформленный.

Проведены обследования: УЗИ органов брюшной полости: Спленомегалия. В малом тазу определяется большое количество свободной жидкости, взвесь – V 474 мл. По внутренним органам – без видимой патологии. Биохимические исследования: а-Амилаза мочи 6 353 ед/л. ОАК – без воспалительных изменений, без признаков кровопотери.

С целью исключения разрыва селезенки выполнена диагностическая лапароскопия. Дренирование брюшной полости. Интраоперационно: селезенка увеличена в размерах с четкими ровными краями, без признаков разрыва паренхимы. По внутренним органам без видимой патологии.

В малом тазу около 500 мл прозрачного выпота. Анализ выпотной жидкости: транссудат.

На фоне проводимого лечения отмечается выраженная положительная динамика. Амилаза мочи снизилась до 1 786 ед/л.

При отмене ингибиторов протеолиза состояние пациента ухудшилось. Проведено динамическое УЗИ, КТ органов б/п, на котором в селезеночной вене в проекции тела и хвоста поджелудочной железы визуализирован тромб протяженностью 45 мм, спленомегалия. Начата антикоагулянтная терапия. На фоне проводимой консервативной терапии произошла реканализация селезеночной вены, стихли явления панкреатита.

В катамнезе через 3 мес. состояние ребенка удовлетворительное, жалоб активных не предъявляет, в биохимических анализах – амилаза крови до 182 ед/л. По данным УЗИ: по внутренним органам без видимой патологии, свободной жидкости в б/п нет, в малом тазу следы свободной жидкости, кровоток в селезеночной вене прослеживается на всем протяжении.

**Выводы.** В практике врача детского хирурга травматическое повреждение поджелудочной железы встречается довольно редко, в 5–12% от всех травм органов брюшной полости. Тем большую настороженность необходимо проявлять при обследовании детей с закрытыми травмами живота, с целью исключения такого грозного осложнения травматического панкреатита, как развитие фазы некротического расплавления поджелудочной железы, тромбоза селезеночной вены.

*Т.Ю. Брижак, Е.В. Черешенко*

## **ПРОБЛЕМА ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРИ НАЗНАЧЕНИИ АНТИКОАГУЛЯНТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ ВИРУСОМ COVID-19**

**ГУЗ «Городская поликлиника № 4»**

**Актуальность проблемы.** В последнее время участились жалобы на боли в эпигастриальной области после перенесенной инфекции, вызванной вирусом COVID-19. Наша задача, разобраться причины и последствия данной проблемы.

**Цель исследования** – найти причину данных жалоб и скорректировать лечение пациентов в зависимости от получаемых результатов.

**Методы исследования:** сбор анамнеза, общий анализ крови, биохимический анализ крови, эзофагогастродуоденоскопия.

Назначение антикоагулянтов при инфекции, вызванной вирусом COVID-19 приводит к увеличению риска гастропатий и кровотечений желудочно-кишечного тракта.

В настоящее время существует несколько групп антикоагулянтов: прямого действия, непрямого действия, уменьшающие свертываемость крови (не относящиеся к антикоагулянтам препараты, такие как: цитрат натрия, салицилат натрия, ацетилсалициловая кислота).

В амбулаторной практике достаточно часто встерчаются пациенты, перенесшие инфекцию COVID-19, находящиеся на лечении в стационаре и в амбулаторных условиях. Они обращаются за помощью к врачам: терапевту, хирургу, гастроэнтерологу с жалобами на боли в животе, отрыжку, изжогу, ночные острые боли в эпигастрии. При опросе пациента мы стараемся узнать, какие препараты пациент принимал и, возможно, принимает в настоящий момент.

В последние рекомендации по профилактике, диагностике и лечению COVID-19 (14 версия) от 27.12.2021 входит антитромботическая терапия. В амбулаторных условиях назначается ривароксабан в дозе 10 мг в сутки, аписабан в дозе 2,5 мг 2 раза в сутки, дабигатрана этексилат в дозе 110 мг 2 раза в сутки, продолжительностью до 30 дней. В стационарных условиях назначается низкомолекулярный гепарин. С целью выявления эрозивно-язвенных поражений и кровотечений ЖКТ проводится первичный осмотр с пальцевым ректальным исследованием. При выявлении патологии пациент в срочном порядке направляется в дежурное хирургическое отделение.

При отсутствии острой патологии пациент направляется на ЭГДС.

За 2021 год из 150 пациентов, обратившихся на прием с данными жалобами со стороны ЖКТ, и принимающих варфарин, 7 пациентам было проведено ректальное исследование и у 2 пациентов было выявлено желудочно-кишечное кровотечение. Они были направлены в хирургический стационар.

Остальные 148 пациентов были отправлены на ЭГДС.

**Результаты:** пациенты, перенесшие инфекцию COVID-19, имеют высокие риски гастропатий, связанные с приемом антикоагулянтов.

В результате осмотра у 34 пациентов была обнаружена эрозивная гастропатия. 11 из них принимали дабигатрана этексилат более 3 месяцев. У 12 пациентов, принимающих аписабан были обнаружены язвы желудка и ДПК. У 50 пациентов, принимающих ацетилсалициловую кислоту в дозировке 100 мг, был обнаружен острый гастрит. У остальных пациентов не было выявлено патологии.

Анализируя статистику исследований, можно сказать, что у пациентов, перенесших инфекцию, вызванную вирусом COVID-19, могут возникнуть острые поражения желудка и ДПК, связанные с приемом антикоагулянтов.

**Выводы:** пациенты, имеющие хронические заболевания ЖКТ при заболеваниях, вызванными инфекцией COVID-19 требуют совместного назначения с антикоагулянтами блокаторов протонной помпы и гастропротекторов.

*А.И. Чавга, С.М. Шамсутдинов, В.Ю. Щеголев, Е.А. Тонеев, О.В. Мидленко, В.А. Бесов*

## ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОЖИРЕНИЯ. ПРОДОЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ЖЕЛУДКА

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

**Актуальность.** В России ожирение можно назвать «эпидемией» 21 века. В последние десятилетия во всем мире для лечения тяжелых форм ожирения стали применяться хирургические методы лечения. С их помощью не только излечивается морбидное ожирение, но и улучшается течение сахарного диабета 2 типа. У 80% пациентов причиной сахарного диабета 2 типа является ожирение. Все пациенты с тяжелой формой ожирения страдают от заболеваний сердечно-сосудистой, пищеварительной, дыхательной системы и ряда других хронических заболеваний. На сегодняшний день самым эффективным методом лечения пациентов с избыточным весом – является бариатрическая хирургия.

**Цель исследования** – оценить результаты хирургического лечения пациентов с ожирением.

**Методы исследования.** В исследование включен 31 пациент с диагнозом ожирение 2–3 ст., оперированный в хирургическом отделении № 6 ГУЗ УОК ЦСВМП в период с марта 2021 по февраль 2022 года. Всем пациентам проводилась лапароскопическая продольная резекция желудка.

Продольная резекция, Sleeve гастрэктомия или рукавная гастропластика – физиологичная рестриктивная операция, направленная на уменьшение количества потребляемой пищи. Желудок уменьшается

в размерах до тонкой «трубки» диаметром 14 мм и объемом около 40–60 мл, но продолжает полноценно функционировать. Маленькие порции быстро вызывают чувство сытости, пациент избавляется от 60–75% лишнего веса.

Первым этапом проводили обзорную лапароскопию. После мобилизации желудка по большой кривизне от привратника до пищеводно-кардиального перехода производилась резекция желудка на толстом желудочном зонде при помощи эндоскопического линейного сшивающе-режущего аппарата. Степлерная линия желудка дополнительно укреплялась. Оперативное вмешательство завершали контролем гемостаза и дренированием брюшной полости.

**Результаты.** Среди пациентов мужчин было 5 (16%), женщин 26 (84%).

Пациенты были в возрасте от 28 до 59 лет (средний возраст  $39 \pm 2$  года). С ожирением 3 ст. – 23 (74%) пациента. С ожирением 2 ст. – 7 пациентов (26%). Максимальный вес, который оперировали – 184 кг. Максимальный индекс массы тела – 67.6. У пациентов имелись следующие сопутствующие заболевания – сахарный диабет 2 типа, артериальная гипертензия, артроз крупных суставов.

Всем пациентам была выполнена лапароскопическая продольная резекция желудка.

Среднее время оперативного вмешательства составило 120 минут. Была выполнена одна симультанная операция – холецистэктомия. Перевод пациентов в палату осуществлялся через 1.5–2 часа после операции. Активизация пациентов осуществлялась через 4 часа после операции. Срок нахождения в стационаре составил 4–7 дней.

Гнойно-септических осложнений и летальных исходов не было. Было одно раннее послеоперационное осложнение – несостоятельность степлерной линии желудка. Релапароскопия, ушивание несостоятельности. В послеоперационном периоде сформировался высокий желудочный свищ, который закрылся самостоятельно через 3 месяца.

Среднее значение потери избыточной массы тела после продольной резекции желудка через один месяц составило 13.6 кг. Через 3 месяца – 24.7 кг. Через 6 месяцев – 35.2 кг.

Большинство пациентов отмечают стабилизацию артериального давления и прекращение приема сахароснижающих препаратов. После операции у части пациентов (16,3%) отмечалось развитие железодефицитной анемии. Других отдаленных метаболических осложнений не было.

**Выводы.** Лапароскопическая продольная резекция желудка – в достаточной степени безопасная и эффективная операция при ожирении

и при сверхожирении (ИМТ > 50). Хорошие результаты при сахарном диабете. Кратковременное пребывание в стационаре. Ни один участок желудочно-кишечного тракта не выключается из пищеварения.

## СОДЕРЖАНИЕ

## АКУШЕРСТВО, ГИНЕКОЛОГИЯ

Д.О. Вишневецкая, Д.Р. Касимова, С.А. Захаревский СЛУЧАЙ СЛОЖНОЙ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ГЕРМИНОГЕННОЙ ОПУХОЛИ И ЭКТОПИЧЕСКОЙ (БРЮШНОЙ) БЕРЕМЕННОСТИ.....	3
Н.Г. Кузнецова, Н.И. Кан, А.Н. Казаков, М.Е. Катанаева АНАЛИЗ ОПЕРАТИВНОЙ АКТИВНОСТИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА ЗА ПЕРИОД 2019–2021 ГГ.....	5
А.П. Михеев, И.В. Грешнова, Н.В. Гурьянова, Д.Ю. Шишкина КОМОРБИДНОСТЬ В АКУШЕРСТВЕ: ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ, ИНФАРКТ ПРАВОГО ПОЛУШАРИЯ МОЗЖЕЧКА, ОБОИХ ПОЛУШАРИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА. ВРАЩЕНИЕ ПРЕДЛЕЖАЮЩЕЙ ПЛАЦЕНТЫ В ОБЛАСТЬ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО РУБЦА, ЗАДНЮЮ СТЕНКУ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ (ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ).....	8
Н.Г. Кузнецова, А.Н. Казаков ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ УПРАВЛЯЕМОЙ БАЛЛОННОЙ ТАМПОНАДЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ ДВУХБАЛОННОГО ВНУТРИМАТОЧНОГО МОДУЛЯ ЖУКОВСКОГО В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПОСЛЕРОДОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ.....	12
Д.В. Опейникова, А.Ю. Богдасаров, Л.Ю. Давидян, Т.А. Богдасаров, Т.Х. Давидян УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЯИЧНИКОВ У ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ.....	14
Н.Г. Кузнецова, А.Н. Казаков ОЦЕНКА ИСХОДОВ РОДОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ КОМПЛЕКСНОЙ ВАКУУМНОЙ СИСТЕМЫ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ КИWI ДЛЯ РОДИЛЬНИЦ И НОВОРОЖДЕННЫХ.....	16
Т.Ю. Корнилова, Н.П. Селезнева, М.А. Добролюбовская, Э.Р. Нурахмедова ВЛИЯНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ НА ПЛАЦЕНТУ И ЕЕ ФУНКЦИИ (РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ).....	18
А.С. Казакова, В.Н. Шуваев К ВОПРОСУ О ПРИМЕНЕНИИ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНАЛЬГЕЗИИ В ОБЕЗБОЛИВАНИИ РОДОВ.....	21
Т.Ю. Корнилова, Н.П. Селезнева, М.А. Добролюбовская, Э.Э. Аничкина НОВАЯ КОРОНАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ У БЕРЕМЕННЫХ И ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ.....	23
Н.С. Исаенкова, П.А. Чижова, В.Ю. Жданова ПРОФИЛАКТИКА КАС ПРИ ПРЕДЛЕЖАНИЯХ ПЛАЦЕНТЫ.....	25
Т.Ю. Корнилова, А.Н. Баландин, Л.В. Пуцкова, К.И. Щербакова ПРЕИМУЩЕСТВА АВТОМАТИЗИРОВАННОЙ АНТЕНАТАЛЬНОЙ КАРДИОТОКОГРАФИИ В ОЦЕНКЕ ВНУТРИУТРОБНОГО СОСТОЯНИЯ ПЛОДА.....	28
Т.Ю. Корнилова, О.Н. Белоглазова, Е.М. Бандалетова, Д.Ш. Галютудинов ШТАММЫ ВИРУСА SARS-COV-2: ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА.....	29
А.П. Михеев, В.Д. Таджиева САХАРНЫЙ ДИАБЕТ (СД) И COVID-19, ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ.....	31
Н.И. Кан, И.Б. Чигирева, Е.П. Тарабрина ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЛАЦЕНТЫ ЖЕНЩИН ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ГЕСТАЦИОННОМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ.....	34
Ю.Д. Сидорова, Л.Ю. Давидян, Т.А. Богдасаров ДЕТЕРМИНАНТЫ РИСКА РАЗВИТИЯ МИОМЫ МАТКИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА.....	35
С.С. Чистякова, Д.Р. Касимова, В.И. Модникова, Ю.К. Куткова ПРЕНАТАЛЬНАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА В СОЧЕТАНИИ С ИНВЕРСИЕЙ 9 ХРОМОСОМЫ У ПЛОДА.....	37
Ю.Д. Сидорова, Л.Ю. Давидян, Т.Х. Давидян ВЛИЯНИЕ ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИИ НА КЛИНИЧЕСКОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ И РАЗВИТИЕ МИОМЫ МАТКИ У ЖЕНЩИН.....	39
Э.А. Бухарева, С.В. Савенко, Г.Р. Пигина, С.Р. Вагаева ТРУДНОСТЬ ДИАГНОСТИКИ ПЕРЕШЕЕЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ.....	40
О.В. Всеволодская, Ю.И. Канаева, Ю.В. Склярова, С.В. Войко БЕРЕМЕННОСТЬ, ОСЛОЖНЕННАЯ COVID-19.....	42
Н.С. Исаенкова, Д.Ю. Шишкина, И.В. Казыханова, В.Ю. Жданова БЕРЕМЕННОСТЬ И КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК (КРР) (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ).....	44

Ю.Ю. Коношенко, Д.Р. Касимова, Е.И. Бикмухаметова КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД ПРИ ВЕДЕНИИ БЕРЕМЕННЫХ С РИСКОМ ВРАСТАНИЯ НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ.....	46
С.А. Захаревский, А.С. Коновалова, А.В. Телегина АНАЛИЗ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ СО СРОКА 12 НЕДЕЛЬ.....	48
С.С. Чистякова, Д.Р. Касимова СЛОЖНОСТЬ ДИАГНОСТИКИ ШЕЕЧНО-ПЕРЕШЕЕЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ. ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ.....	50

## АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ

А.А. Шумбасов, Л.Ю. Долгих, Ю.К. Данилова, А.Б. Разумов, А.В. Козлов РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОВЕДЕНИЮ НЕЙРООКСИАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ КЕСАРЕВОМ СЕЧЕНИИ У ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ.....	53
Л.Ю. Архиреева, Т.А. Зайцева, Т.Ю. Корнилова, А.А. Архиреева ВЫСОКОЧАСТОТНАЯ РЕСПИРАТОРНАЯ ТЕРАПИЯ СИНДРОМА УТЕЧКИ ВОЗДУХА У НЕДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО.....	55
В.М. Бирюков, Н.Д. Харитонов, К.О. Тякин, Е.П. Ульянин ПРОВЕДЕНИЕ МРТ-ОБСЛЕДОВАНИЯ С АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКИМ ПОСОБИЕМ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА.....	56
Н.Д. Харитонов, К.О. Тякин, Е.П. Ульянин, А.О. Яроцкова ПЕРИФЕРИЧЕСКИ ИМПЛАНТИРУЕМЫЙ ЦЕНТРАЛЬНЫЙ ВЕНОЗНЫЙ КАТЕТЕР-РИСС.....	58
Л.Ю. Архиреева, Т.А. Зайцева, Т.Ю. Корнилова, А.А. Архиреева ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПОЛИКОМПОНЕНТНОЙ ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ТОНЗИЛЭКТОМИИ И/ИЛИ АДЕНОИДЕКТОМИИ У ДЕТЕЙ С УМЕНЬШЕНИЕМ ДОЗЫ НЕДЕПОЛЯРИЗУЮЩИХ МИОРЕЛАКСАНТОВ ДО 0,1 МГ/КГ НА ФОНЕ ИНГАЛЯЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИИ СЕВОФЛУРАНОМ.....	59
А.И. Деляков, А.В. Козлов, М.Е. Палаткина МЕДИЦИНСКАЯ ТРАНСПОРТИРОВКА БОЛЬНЫХ В КРИТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ.....	62

## ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ

Ю.В. Мидленко, Н.Ю. Брокерт, Е.С. Куликова ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ГИГАНТСКОЙ МИКСОМЫ ПРАВОГО ПРЕДСЕРДИЯ У БОЛЬНОЙ С COVID-19.....	66
М.А. Визе-Хрипунова, Е.В. Гноевых, А.И. Шарфутдинова, Д.Н. Давыдов ТРУДНЫЙ СЛУЧАЙ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЖЕЛУДКА.....	71
Е.Н. Губанова, Е.В. Мовчан, Е.А. Севастьянова АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НА БАЗЕ ГУЗ «ОБЛАСТНОЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР».....	73
М.А. Тонева, О.Г. Казакова, М.С. Трифонова, А.А. Самошилова ВОЗМОЖНЫЕ УРОВНИ КОНЦЕНТРАЦИЙ ИНТЕРЛЕЙКИНОВ 2, 6, ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ АЛЬФА В НОРМЕ И ПРИ ЦИРРОЗАХ ПЕЧЕНИ ВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ.....	75
М.А. Тонева, О.Г. Казакова, М.С. Трифонова, А.А. Самошилова ВОЗМОЖНЫЕ ВАРИАНТЫ ВЗАИМОСВЯЗЕЙ МЕЖДУ УРОВНЯМИ КОНЦЕНТРАЦИЙ ИНТЕРЛЕЙКИНОВ 2, 6, ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ АЛЬФА И ПОКАЗАТЕЛЯМИ ЦИТОЛИТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ ЦИРРОЗАХ ПЕЧЕНИ ВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ.....	76
Н.А. Калагина, С.Б. Мещанинова, Е.Г. Федорова, Е.В. Мовчан АКТУАЛЬНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНИРОВАННОГО ПРЕПАРАТА ВАЛСАРТАН/САКУБИТРИЛ (ЮПЕРИО) У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ СО СНИЖЕННОЙ И УМЕРЕННО СНИЖЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА НА БАЗЕ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГУЗ ОКД.....	78
А.Н. Каширина, М.А. Визе-Хрипунова, А.А. Музуров, К.М. Хусайнова РЕТРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ СТЕАТОЗА ПЕЧЕНИ И ФАКТОРОВ, СВЯЗАННЫХ С НИМ.....	80
Н.П. Ключенкова, Е.Ю. Атауллина ТЕЛЕ-ЭКГ В УСЛОВИЯХ COVID-ГОСПИТАЛЯ. ОПЫТ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ГУЗ «ЦЕНТРАЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ЧАСТЬ ИМЕНИ ЗАСЛУЖЕННОГО ВРАЧА РОССИИ В.А. ЕГОРОВА» ЗА ПЕРИОД 2020–2021 ГГ.....	82

<i>И.В. Лаптева, Д.В. Меркулова, Е.А. Шалашова, С.П. Старчеус</i> ЭЛЕКТРОНЕЙРОМИОГРАФИЯ В ИССЛЕДОВАНИИ СОСТОЯНИЯ НЕРВНО-МЫШЕЧНОЙ ПЕРЕДАЧИ ПРИ МИАСТЕНИИ.....	83
<i>М.В. Марковцева, Н.Б. Есефьева, М.С. Трифонова, Н.В. Зуйко</i> СКОРОСТЬ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ И ВЫЖИВАЕМОСТЬ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ЛИМФОЛЕЙКОЗОМ.....	87
<i>С.Б. Меццининова, И.С. Симонова, Н.А. Калазина, Е.В. Мовчан</i> АКТУАЛЬНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНИРОВАННОЙ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ОДНОЙ ТАБЛЕТКЕ (КАК НОВЫЙ ПОДХОД К СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ) НА ПРИМЕРЕ ПРИМЕНЕНИЯ СУПРОЗАФЕНА НА БАЗЕ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГУЗ ОКД.....	89
<i>Е.А. Севастьянова, Е.Н. Губанова, Е.В. Мовчан</i> ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ИВАБРАДИНА У ПАЦИЕНТОВ В ПОСТИНФАРКТНОМ ПЕРИОДЕ.....	90
<i>О.В. Улитина, С.П. Янтушкина, Е.Н. Николаева</i> ДИНАМИКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА.....	92
<i>Е.А. Севастьянова, О.А. Андреева, Н.Н. Евстигнеева, Е.В. Мовчан</i> РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ.....	95
<i>Е.Е. Юдина, И.А. Галушина, А.А. Жаркова, Т.С. Голубцова</i> ДЕБЮТ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В ВИДЕ ИЗОЛИРОВАННОГО ПОРАЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГУЗ «УЛЬЯНОВСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА».....	96
<i>А.Ю. Сурминова, Н.В. Лаутен, А.А. Царева, Р.Р. Бурнашев</i> ОПЫТ НАПРАВЛЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДЛИТЕЛЬНО ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ НА ТОРАКОСКОПИЧЕСКУЮ РЧА ФРАГМЕНТАЦИЮ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ.....	98
<i>А.А. Царева, А.Ю. Сурминова, Р.Р. Бурнашев, Н.В. Лаутен</i> КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДАПАГЛИФЛОЗИНА В ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С НИЗКОЙ ФВ У ПАЦИЕНТКИ С АНТРАЦИКЛИНОВОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ.....	99
<i>Н.В. Филиппова, Е.В. Кислякова, Ю.А. Панкратова</i> ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНГАЛЯЦИОННОЙ СУРФАКТАНТ-ТЕРАПИИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19.....	101
<i>И.П. Сочнева</i> ВЛИЯНИЕ ПАНДЕМИИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ НА СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЖИЗНИ ЛЮДЕЙ.....	103
<i>М.А. Визе-Христунова, Н.Н. Рогожина, А.Н. Каширина, Е.В. Гноевых</i> ИТОГИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19.....	105

## ГЕРОНТОЛОГИЯ И ГЕРИАТРИЯ

<i>Д.П. Драпова, Е.В. Шаталова, Т.Г. Иванова</i> ВЛИЯНИЕ НИЗКОЧАСТОТНОЙ МАГНИТОТЕРАПИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ГЕРИАТРИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ПНЕВМОНИЮ, ВЫЗВАННУЮ COVID-19.....	108
<i>А.В. Олейникова</i> СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ПОСТКОВИДНОЙ ПОСТУРАЛЬНОЙ ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ ТАХИКАРДИИ.....	109
<i>А.А. Пармонова, Н.В. Андреева, М.В. Фролова, Е.И. Макарова, М.С. Шумилова, А.С. Шустрова, С.А. Чурсанова</i> ГЕНДЕРНО-ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СИНДРОМА ЦИТОЛИЗА У БОЛЬНЫХ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ (COVID-19).....	111
<i>Н.А. Слободнюк, В.И. Рузов, А.П. Зубарев, Д.В. Колчин</i> ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЯЕМЫХ САХАРОСНИЖАЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ НА ФОНЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19).....	113
<i>Н.А. Слободнюк, Э.А. Каримова, Н.А. Манина, А.Р. Миначева</i> ГИПЕРЛИКЕМИЯ КАК ПРЕДИКТОР ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19).....	115
<i>Е.А. Филлина, Э.А. Каримова</i> РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И СТРУКТУРА ОСНОВНЫХ ГЕРИАТРИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ГЕРИАТРИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ.....	117
<i>О.В. Шамеева, О.Н. Еремеева, А.В. Олейникова, Н.А. Ознобихина, Э.А. Каримова, Н.Н. Кукункина</i> ВЛИЯНИЕ БЛОКАТОРОВ ИЛ6 НА СИСТЕМУ КОАГУЛЯЦИИ ПРИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ.....	119

## ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

<i>М.А. Магомедов, А.С. Нестеров, В.А. Разин, А.В. Нестерова</i> ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ХРОНИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗОВ В УСЛОВИЯХ Г. УЛЬЯНОВСКА.....	121
<i>А.С. Нестеров, Е.Н. Пешин, И.Р. Каримов, Г.В. Савчиков</i> ИЗМЕНЕНИЕ МИКРОБИОТЫ ВЛАГАЛИЩА ПРИ ГЕНИТАЛЬНОМ ПСОРИАЗЕ У ЖЕНЩИН.....	122
<i>З.А. Козан</i> ПРЕИМУЩЕСТВА НЕКОТОРЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ФОРМ В НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗОВ ВОЛОСистой ЧАСТИ ГОЛОВЫ.....	124
<i>Н.Г. Гумаюнова, В.Ю. Золотнова, А.О. Шульга, Д.Д. Трошина</i> ОСОБЕННОСТИ ВЫПАДЕНИЯ ВОЛОС ПРИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА.....	125
<i>Л.Н. Бурашева</i> ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ МИКРОБНОЙ ЭКЗЕМОЙ.....	127
<i>И.Ю. Ермолаева, Е.В. Алабина</i> ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ПОРАЖЕНИЕМ ЛИЦА ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ.....	128
<i>И.Ю. Ермолаева, А.С. Нестеров</i> СРАВНИТЕЛЬНАЯ ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА МИКОЗА ВОЛОСистой ЧАСТИ ГОЛОВЫ И ОЧАГОВОЙ АЛОПЕЦИИ У ДЕТЕЙ.....	130
<i>В.Ю. Золотнова, Я.Э. Кожаринова, А.С. Колесникова, Н.И. Маркелова</i> РОЛЬ ИНТЕРКУРРЕНТНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В СТАТИСТИЧЕСКОЙ ДИНАМИКЕ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ ПО УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ.....	131
<i>Н.А. Круглова, Л.Ш. Миннабегдинова</i> ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕЗОТЕРАПИИ ПРИ ПОСТКОВИДНОМ ВЫПАДЕНИИ ВОЛОС.....	133
<i>М.А. Магомедов, М.В. Куликова</i> ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С БУЛЛЕЗНЫМ ЭПИДЕРМОЛИЗОМ НА ТЕРРИТОРИИ УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ.....	134
<i>А.В. Сергиенко, О.С. Кабаева</i> КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ИНФЕКЦИЯМИ, ПЕРЕДАЮЩИМИСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПОЛОВЫМ ПУТЕМ.....	135
<i>Я.В. Сулименко</i> ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТРОФИЧЕСКИМИ И КЕЛОИДНЫМИ РУБЦАМИ В ОТДЕЛЕНИИ КОСМЕТОЛОГИИ ГУЗ ОККВД.....	137
<i>А.В. Тихомирова, Н.А. Круглова</i> СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ ПРОТИВОВИРУСНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ С НАРУЖНОЙ ТЕРАПИЕЙ ИММУНОМОДУЛЯТОРАМИ В ЛЕЧЕНИИ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ.....	138
<i>Е.В. Шулюкова, А.И. Вильданова</i> КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РЕДКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЕРПЕТИФОРМНОЙ ЭКЗЕМЫ КАПОШИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА.....	139

## ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ. ГИГИЕНА

<i>Л.В. Ильмухина, Я.Е. Саранская, С.В. Ярков</i> ДИРОФИЛЯРИОЗ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ.....	142
<i>В.Н. Речник, Г.А. Савинова</i> ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ЛЕЙТРАГИН У ПАЦИЕНТОВ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ.....	144
<i>Е.Н. Дубовицкая, М.А. Суханов</i> СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА НЕКАНЦЕРОГЕННОГО РИСКА ДЛЯ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА УЛЬЯНОВСКА УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ.....	146
<i>А.И. Измайлова, Д.Ю. Николаев</i> ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЫ ПНЕВМОНИИ С РАЗВИТИЕМ ФИБРОЗА ЛЕГКИХ, ВЫЗВАННОЙ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ С ЦИКЛОФОСФАМИДОМ. РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ В ГУЗ ЦГКБ Г. УЛЬЯНОВСКА.....	149
<i>Г.А. Савинова, В.Н. Речник</i> СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОВРЕМЕННЫХ СХЕМ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С ПРЕПАРАТАМИ ПРЯМОГО ПРОТИВОВИРУСНОГО ДЕЙСТВИЯ В РЕАЛЬНОЙ ПРАКТИКЕ.....	151

В.Н. Речник, А.И. Ветчинникова, Э.Р. Москвина АНАЛИЗ ТЕЧЕНИЯ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У КОМОРБИДНЫХ ПАЦИЕНТОВ.....	153
Д.Ю. Николаев, К.М. Поткова, А.А. Петрова ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ МОНОКЛОНАЛЬНЫМИ АНТИТЕЛАМИ В ПОЗДНИЕ СРОКИ БОЛЕЗНИ. РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ В ГУЗ ЦГКБ Г. УЛЬЯНОВСКА.....	155
А.С. Фадеев, А.И. Асадуллина, О.А. Фадеева, Ю.С. Разина ОЦЕНКА УРОВНЯ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ НА ФОНЕ ПРИЕМА ВААРТ.....	157
П.Г. Вовкотеч, Г.В. Салина ОБНАРУЖЕНИЕ АНТИГЕНА ВИРУСА КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА В КЛЕЩАХ, СОБРАННЫХ ИЗ ПРИРОДЫ НА ТЕРРИТОРИИ УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД С 2011 ПО 2020 ГГ.....	160
В.И. Абязова, Г.М. Юсупова, Г.В. Салина, О.А. Суханова АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ НА ТЕРРИТОРИИ УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ.....	162
А.А. Нафеев, Г.В. Салина ЛИСТЕРИОЗ – ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ.....	164
Л.Ш. Хуснутдинова, Г.В. Салина ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННОГО КОКЛЮША И ТАКТИКА ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ.....	165
В.И. Камалетдинова, Н.А. Козлова, Э.Ш. Богданова СОСТОЯНИЕ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ КОКЛЮШНОЙ ИНФЕКЦИИ В УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ С 2010 ПО 2020 ГОДЫ.....	167

## ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

А.И. Ивах, О.В. Лаушина, А.В. Захарова ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ КОНТАКТНОГО ЦЕНТРА ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ ИНФОРМАЦИОННЫХ БАЗ ДАННЫХ В СФЕРЕ МЕДИЦИНСКОЙ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НА ТЕРРИТОРИИ УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ.....	170
А.И. Ивах, И.Н. Шаулиханов, М.А. Давыдов ПОДДЕРЖКА ПРИНЯТИЯ ВРАЧЕБНЫХ РЕШЕНИЙ В МЕДИЦИНСКИХ ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМАХ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ.....	172
А.И. Ивах, А.В. Аникин, Д.С. Семененко НОРМАТИВНО-ПРАВОВАЯ БАЗА ОБРАБОТКИ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ.....	175

## КЛИНИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА

С.А. Беспалова, Н.А. Фомина ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ В ГУЗ «ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА № 4.....	179
В.В. Вяльдина, Т.М. Образцова, А.В. Рябькина ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ В ПОДГОТОВКЕ К ЭКО.....	181
М.В. Лаврик, И.Ю. Матвеева ИЗМЕНЕНИЕ УРОВНЯ ЛАКТАТА И ГЛЮКОЗЫ ПРИ ГИПОКСИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ.....	184
Л.И. Полотнянко, Д.Г. Сенова, А.А. Карасёва ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПСА И ЕГО ФРАКЦИЙ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	186
А.В. Рябькина, Л.А. Ибрагимова ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ БЕРЕМЕННЫХ.....	188
Д.Г. Сенова, Л.И. Полотнянко ВЫЯВЛЕНИЕ ЛЕЙКЕМОИДНЫХ РЕАКЦИЙ У ДЕТЕЙ.....	190
Е.В. Чекарева, Л.И. Полотнянко, Н.Б. Шайгородская АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ ВИД ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ В СПО – ДЕМОСТРАЦИОННЫЙ ЭКЗАМЕН.....	192

## ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА

Е.Н. Айнулова, Р.К. Корженевич, М.В. Сагэль, А.В. Кирпичев, А.И. Андрианов ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ КТ-ДИАГНОСТИКА ЗАБРЮШИННЫХ НЕОРГАНИЧЕСКИХ ОПУХОЛЕЙ.....	195
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

А.И. Андрианов, Р.К. Корженевич, Е.Н. Айнулова, А.В. Кирпичев ВОЗМОЖНОСТИ МСКТ В ДИАГНОСТИКЕ НЕТРАВМАТИЧЕСКОГО РАЗРЫВА АОРТЫ.....	200
А.В. Кирпичев, Р.К. Корженевич, М.В. Сагэль, А.И. Андрианов, Е.Н. Айнулова ВОЗМОЖНОСТИ МСКТ В ДИАГНОСТИКЕ ПАТОЛОГИИ СЕЛЕНЗЕНКИ НА ПРИМЕРЕ РАЗБОРА КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ.....	203
Л.Н. Латышова, Д.В. Ширяевская, А.Г. Бурцев, Э.О. Соломянный ОЦЕНКА УЛЬТРАЗВУКОВЫХ ПАРАМЕТРОВ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСА У БЕРЕМЕННЫХ ПАЦИЕНТОВ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ.....	205
М.В. Крестянинов, М.П. Мирина, И.Г. Байрошевская, А.А. Бакимутова ПРОФИЛАКТИКА ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫХ СО СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ПАРАМЕТРАМИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ЛИЦ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ.....	206
В.Н. Селифонов, С.Н. Сорокина, Е.В. Страхова, Г.А. Гашикова ОЦЕНКА ИНВОЛЮЦИИ МАТКИ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ.....	208

## МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ, ПРЕВЕНТОЛОГИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

О.В. Фирсова, Ю.В. Сиденкова, И.В. Ткачева ВЛИЯНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19) НА ПСИХИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ ИНДИВИДА.....	210
И.В. Китавая, Е.В. Карплмаева, Л.В. Шеймухова ОПЫТ РАБОТЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛА ГУЗ «ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА СВЯТОГО АПОСТОЛА АНДРЕЯ ПЕРВОЗВАННОГО» В ПСИХОКОРРЕКЦИОННОМ СОПРОВОЖДЕНИИ МАТЕРЕЙ С ДЕТЬМИ РАННЕГО ВОЗРАСТА.....	212
М.В. Белякин, Д.В. Волков, М.В. Сухоруклова, И.А. Макарова, О.П. Зашихина СКРИНИНГ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ У ПОДРОСТКОВ.....	213
С.Н. Горгадзе, Ю.В. Сиденкова, Е.В. Мальшьева ПРОФИЛАКТИКА ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫХ ДЕЯНИЙ У ЛИЦ, ПРОХОДЯЩИХ ПРИНУДИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ В СТАЦИОНАРЕ ОБЩЕГО ТИПА НА БАЗЕ ГКУЗ УОКПБ ИМ. В.А. КОПОСОВА.....	216
Д.В. Гришук, М.А. Альберт СПОСОБНОСТЬ К КОНЦЕНТРАЦИИ ВНИМАНИЯ У УЧАЩИХСЯ СТАРШИХ КЛАССОВ.....	217
С.В. Губкина, И.А. Сабитов ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРЫ ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ И КОГНИТИВНОЙ СФЕР ПОДРОСТКОВ, ИМЕЮЩИХ В АНАМНЕЗЕ ДИАГНОЗ СДВГ И СТРАДАЮЩИХ КОМПЬЮТЕРНОЙ ИГРОВОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ.....	219
Е.А. Лагутина ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПОСМЕРТНЫХ КОМПЛЕКСНЫХ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ЭКСПЕРТИЗ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ.....	221
К.В. Макарова ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ С ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В СИСТЕМЕ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ.....	223
И.А. Сабитов, С.В. Губкина ОЦЕНКА АУТОАГРЕССИИ У БОЛЬНЫХ С ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ.....	225

## НЕВРОЛОГИЯ, НЕЙРОХИРУРГИЯ

В.В. Бакшеев, А.П. Пятаков, Ф.Р. Николаев-Балл, Д.В. Романеев РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО КРАНИОПЛАСТИКЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РАЗЛИЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ В УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ.....	228
А.А. Зотина, К.Т. Биктимирова, И.А. Анохина, Н.В. Гурьянова КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВЕНОЗНОГО ИНСУЛЬТА ПРИ ТРОМБОФИЛИИ У МУЖЧИНЫ 62 ЛЕТ.....	230
А.Ш. Махмутова, Г.В. Косарева, С.Н. Юнусова, М.В. Дрбовская ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПЛЕКСНОГО ПРЕПАРАТА ИНОЗИН + НИКОТИНАМИД + РИБОФЛАВИН + ЯНТАРНАЯ КИСЛОТА В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ.....	232
Н.П. Новикова, Н.В. Гурьянова, В.А. Павлова НАРУШЕНИЯ СНА В ОСТРЫЙ ПЕРИОД ИНСУЛЬТА.....	233
Ш.Ф. Хаернасоев СОВРЕМЕННЫЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ БОЛИ В НИЖНЕЙ ЧАСТИ СПИНЫ.....	235
Н.В. Гурьянова, Т.К. Бондарь, Е.В. Якутова ПЕРВИЧНЫЙ ВАСКУЛИТ (АНГИИТ) ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ С ЦЕФАЛГИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И ПОВТОРНЫМИ ИНСУЛЬТАМИ В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ.....	237

<i>И.В. Грешнова, Н.О. Жаринова, Е.С. Преображенская</i> ВЫЯВЛЕНИЕ ОЛИГОКЛОНАЛЬНЫХ АНТИТЕЛ В ЛИКВОРЕ С ЦЕЛЬЮ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА.....	239
<i>И.В. Грешнова, Т.В. Федотова, Н.О. Жаринова</i> ПЕРВЫЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОКРЕЛИЗУМАБА У ПАЦИЕНТОВ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ В УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ.....	241
<i>Ш.Ф. Хаернасоев</i> СОВРЕМЕННЫЕ НЕФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ БОЛИ В НИЖНЕЙ ЧАСТИ СПИНЫ.....	242

## ОНКОЛОГИЯ, ПАЛЛИАТИВНАЯ МЕДИЦИНА

<i>О.В. Шабалина, З.К. Фехретдинова, Р.Р. Имамдинова, Л.В. Абраменкова</i> ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ РАБОТЫ ГУЗ «ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР» В 2021 ГОДУ.....	245
<i>О.В. Шабалина, С.В. Панченко, А.В. Романова, С.А. Шелькалина</i> РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОГРАММЫ «БОРЬБА С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ» В РАМКАХ НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА «ЗДРАВООХРАНЕНИЕ» В УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ В 2021 ГОДУ.....	246
<i>О.В. Шабалина, В.В. Смирнов, И.С. Панченко, Л.Р. Зарипов</i> ОСОБЕННОСТИ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ НА ТЕРРИТОРИИ УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ В 2021 ГОДУ.....	248
<i>И.И. Антоноева, С.О. Генинг, Д.Ф. Мясникова</i> ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ РОЛЬ КОМПОНЕНТОВ ГЛУТАТИОНОВОЙ СИСТЕМЫ АСЦИТА ПРИ РАКЕ ЯИЧНИКОВ.....	249
<i>А.А. Базюк, Е.В. Полякова, Е.Е. Волкова, В.В. Музяков</i> РАДИОНУКЛИДНОЕ ВЫЯВЛЕНИЕ СТОРОЖЕВЫХ ЛИМФУОУЗЛОВ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	251
<i>А.В. Гальчин, Н.В. Девкина, А.А. Звездин, А.С. Хацкевич</i> ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ НЕОАДЪЮВАНТНОГО ХИМИОЛУЧЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ПИЩЕВОДА ПО ДАННЫМ РАДИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГУЗ ОКОД.....	253
<i>А.В. Жинов, С.В. Горднов, Б.В. Аброськин, Р.И. Казыханов, Н.А. Романов, Б.Х. Камалов</i> ОПЫТ НАРУЖНОГО ЧРЕСКОЖНОГО ЧРЕСПЕЧЕНОЧНОГО ДРЕНИРОВАНИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ ПОД КОНТРОЛЕМ УЗИ У ПАЦИЕНТОВ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ ОПУХОЛЕВОЙ ЭТИОЛОГИИ В УСЛОВИЯХ 1 ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГУЗ ОКОД.....	255
<i>А.В. Жинов, С.В. Горднов, Б.В. Аброськин, Р.И. Казыханов, Н.А. Романов, Б.Х. Камалов</i> ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕЗЕКЦИЯ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНЬ. ОПЫТ 1-ГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГУЗ ОКОД.....	258
<i>И.В. Зарипова, Е.И. Жирнова, Ю.Л. Старостина, А.В. Степанова</i> ВЫЯВЛЕНИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЖЕНСКОЙ ПОЛОВОЙ СФЕРЫ В УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ В 2021 ГОДУ.....	259
<i>Ю.А. Зорина, К.С. Дюжева, Е.П. Анохина</i> КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО GR+ HER2 – РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПАЦИЕНТОК С МУТАЦИЕЙ В ГЕНЕ R1K3CA.....	260
<i>М.Ю. Иванова, М.П. Дейч, А.А. Кувайская, Ю.Д. Удалов</i> ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ С ПОСТХИМИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИЕЙ.....	262
<i>Д.А. Лушманова, Д.А. Бурлакова, Ф.М. Ахметзянова, В.И. Иванов</i> АКНЕФОРМНЫЙ ДЕРМАТОЗ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАСТАТИЧЕСКИМ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ НА ФОНЕ ТАРГЕТНОЙ ТЕРАПИИ: АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РЕШЕНИЯ.....	263
<i>А.А. Мартынов, Л.Р. Зарипов, Е.А. Тонеев, Р.И. Лисютин, А.Ш. Зулкарняев</i> ОПЫТ ТОРАКОСКОПИЧЕСКИХ ЛОБЭКТОМИЙ В УСЛОВИЯХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ТОРАКАЛЬНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГУЗ ОКОД ЗА 2021 ГОД.....	266
<i>В.В. Музяков</i> ОРГАНСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ В НИЖНИХ КВАДРАНТАХ. ОПЫТ 2 ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГУЗ ОКОД.....	268
<i>И.С. Панченко, В.В. Родионов, С.В. Панченко, М.Г. Шаррафутдинов</i> АНДРОГЕН-РЕЦЕПТОР – ПОЗИТИВНЫЙ ТРИЖДЫ НЕГАТИВНЫЙ РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НА ПРИМЕРЕ СОБСТВЕННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ.....	270
<i>П.В. Сычев, Ю.Д. Удалов, А.Н. Казаков, Е.В. Маякова</i> ОРГАНИЗАЦИЯ ЦЕНТРА ЯДЕРНОЙ МЕДИЦИНЫ. ПЕРВЫЕ ИТОГИ.....	271

<i>А.Ю. Сакерина, О.А. Подячева, К.А. Аксёнова</i> КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ХИМИОИММУНОТЕРАПИИ РАСПРОСТРАНЕННОГО МЕЛКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ЛЕГКОГО.....	273
<i>С.И. Чивильгина, И.Н. Елистратова</i> ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ ИЛИ «КАК ПОМОЧЬ ПОМОГАЮЩИМ?».....	276

## ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ

<i>А.В. Гашиков, А.А. Дадианов, О.Ю. Колотик-Каменева, Т.В. Иванова</i> КОНФЛИКТОЛОГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В СИСТЕМЕ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ.....	278
<i>А.С. Верущкина, В.И. Горбунов</i> ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ КАК ИНДИКАТОРЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАЛИЗАЦИИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ НА УРОВНЕ РЕГИОНА.....	282
<i>В.И. Горбунов, С.В. Камардин, Г.В. Возженникова, И.Н. Исаева, С.С. Сухих</i> СВЯЗАН С ЗЕМЛЕЙ СИБИРСКОЙ: К 150-ЛЕТИЮ А.Л. ПОЛЕНОВА.....	284
<i>Н.Ф. Абдуллова, О.И. Салминская, А.М. Салахчиева</i> АНАЛИЗ ПРИЧИН СМЕРТИ БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В 2021 ГОДУ В УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ.....	287
<i>В.И. Горбунов, И.Н. Исаева, Г.В. Возженникова, Т.А. Потапова</i> ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ И ПРОФИЛАКТИКЕ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.....	288
<i>Н.Ф. Абдуллова, Н.В. Калининкова, А.М. Салахчиева</i> ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫЕЗДНОЙ РАБОТЫ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМ ПАЦИЕНТАМ В МУНИЦИПАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАНИЯХ УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ В 2010–2020 ГОДАХ.....	290
<i>О.Г. Прибылова, Л.В. Коршунова, С.С. Акимова</i> СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ АМБУЛАТОРНЫХ СЛУЧАЕВ COVID-19 ЗА 2020–2021 ГГ.....	293

## ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ

<i>Ю.А. Мухин, В.К. Лисин, А.Ю. Мухина</i> РИНОГЕННЫЕ ВНУТРИЧЕРЕПНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ НКВИ.....	295
<i>Л.М. Лебедева, В.К. Лисин</i> ТУБЕРКУЛЕЗ ГОРТАНИ КАК ЗАПУЩЕННЫЙ СЛУЧАЙ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ.....	296
<i>И.В. Митченко, В.К. Лисин, М.В. Авдеенко</i> КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СОЧЕТАНИЯ РИНОГЕННОГО МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТА И ОНМК ПО ИШЕМИЧЕСКОМУ ТИПУ.....	297
<i>Л.М. Лебедева, В.К. Лисин, Ю.А. Мухин, Р.Ф. Сагидуллин</i> СОЧЕТАННЫЕ ПОСТКОВИДНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ.....	298

## ОФТАЛЬМОЛОГИЯ

<i>И.В. Ковеленова, П.В. Библаев, В.А. Никифорова, Т.А. Вражкина</i> АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ АНТИГЛАУКОМНЫХ ОПЕРАЦИЙ В ОТДЕЛЕНИИ МИКРОХИРУРГИИ ГЛАЗА.....	300
<i>Н.Ю. Горбунова, А.А. Воскресенская, Р.А. Яковлев, Н.А. Поздеева</i> АНАЛИЗ БИОМЕТРИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ГЛАЗА У ПАЦИЕНТОВ С КИСТОЗНЫМ МАКУЛЯРНЫМ ОТЕКОМ.....	301
<i>И.В. Ковеленова, И.Г. Богданова, Л.И. Санатуллина, Д.Д. Шаррафетдинова</i> ГЛАЗНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ COVID-19. РЕДКИЙ СЛУЧАЙ.....	302
<i>Н.П. Паштаев, А.Н. Паштаев, Ю.Н. Елаков, К.И. Катмаков</i> ГЛУБОКАЯ ПЕРЕДНЯЯ ПОСЛОЙНАЯ ПЕРЕСАДКА РОГОВИЦЫ «ТРЕТЬЕ ВЕКО».....	304
<i>И.В. Ковеленова, Е.А. Малиновская, С.В. Пикиш, К.О. Малиновский</i> АНАЛИЗ ПРИЧИН ИМПЛАНТАЦИИ РСР-3 В ОМХГ ГУЗ УОКБ.....	305
<i>И.В. Ковеленова, К.О. Малиновский, Е.А. Малиновская</i> ПРИМЕНЕНИЕ ИМПЛАНТА ДЕКСАМЕТАЗОНА ПРИ ТРОМБОЗАХ ВЕН СЕТЧАТКИ: АНАЛИЗ ЗА 3 ГОДА.....	306
<i>Н.В. Охотникова, С.М. Фадеева</i> КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ЯЗВЫ РОГОВИЦЫ.....	309
<i>С.Л. Кузнецов, Д.В. Логунов, Е.А. Янова, Ф.А. Анесян</i> РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ ПАРАМЕТРОВ ПЕРЕДНЕГО ОТРЕЗКА ГЛАЗА У ПАЦИЕНТОВ С КАТАРАКТОЙ ПО ДАННЫМ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ БИОМИКРОСКОПИИ (УБМ).....	311



*И.В. Ковеленова, А.С. Пузырев*  
ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПЛАВАЮЩИХ ПОМУТНЕНИЙ СТЕКЛОВИДНОГО ТЕЛА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ YAG-ЛАЗЕРНОЙ УСТАНОВКИ ULTRA Q REFLEX. .... 313

*И.В. Ковеленова, Г.Р. Яфясова, Е.С. Бузулуцкая, И.А. Булгакова*  
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ «МАКУЛЯРНОГО РАЗРЫВА» И «МАКУЛЯРНОГО ОТВЕРСТИЯ» ПО ДАННЫМ ОПТИЧЕСКОЙ КОГЕРЕНТНОЙ ТОМОГРАФИИ. ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ. .... 314

## ПАТАНАТОМИЯ

*С.В. Анисимова, В.Б. Поддубный, Е.В. Балацук, М.Р. Масленникова*  
ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ В СТРУКТУРЕ ОСЛОЖНЕНИЙ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ ВИРУСОМ COVID-19. .... 317

*Л.О. Коваленко, М.В. Шилкина, Ю.Д. Удалов, Л.А. Данилова*  
ШВАННОМА ЖЕЛУДКА. .... 319

*Я.С. Абузова, М.С. Скрипина, В.Н. Герасимов*  
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОСТРОГО ШЕЙНОГО МИЕЛИТА. .... 320

*М.В. Андреева, В.В. Попов, В.И. Модникова, Н.П. Горбикова*  
СЛУЧАЙ ХРОНИЧЕСКОГО ВТОРИЧНОГО ПОЛИПОЗНО-ЯЗВЕННОГО ЭНДОКАРДИТА С ПОРАЖЕНИЕМ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА НА ФОНЕ ВРОЖДЕННОЙ ПАТОЛОГИИ – ДВУСТВОРЧАТОГО АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА. .... 322

*Н.С. Злобина, Р.В. Уренева, Л.Б. Баландина, М.М. Лазаревский*  
ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПО РАКУ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ОБЗОР РЕКОМЕНДАЦИЙ). 324

*Р.В. Уренева, Н.С. Злобина, Л.Б. Баландина, М.М. Лазаревский*  
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОПТИМАЛЬНОЙ ПАНЕЛИ АНТИТЕЛ ПРИ ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ЛЕГКОГО. .... 326

*Н.С. Злобина, Р.В. Уренева, Л.Б. Баландина, М.М. Лазаревский*  
КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ: ОБЗОР ТРЕБОВАНИЙ К ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОМУ ЗАКЛЮЧЕНИЮ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ОПУХОЛЕЙ. .... 327

*А.А. Мельников, Е.В. Балацук, А.И. Понякиова, Ю.Г. Киушкина, А.А. Акимова*  
СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ С ВЫЯВЛЕННЫМИ СЛУЧАЯМИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). .... 329

## ПЕДИАТРИЯ И НЕОНАТОЛОГИЯ

*Н.В. Антипова, О.Г. Ермошина, С.В. Резниченко, Е.В. Бирюкова*  
ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ НОВОРОЖДЕННОГО С БОЛЕЗНЬЮ КЛЕНОВОГО СИРОПА. .... 331

*Л.Ю. Архиреева, Л.Н. Гафарова, А.А. Архиреева, А.И. Петрунина*  
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ. .... 333

*И.А. Будыльва, У.В. Неродик, А.С. Азоркина, К.Н. Харитонова*  
ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У НОВОРОЖДЕННОГО, РОЖДЕННОГО ОТ МАТЕРИ С СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ. .... 334

*Л.Н. Гафарова, И.А. Дорогова, С.В. Авдеева, А.В. Гафаров*  
ТРУДНЫЙ ДИАГНОЗ ТЯЖЕЛОЙ КОМБИНИРОВАННОЙ ИММУННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА. .... 336

*Ю.Н. Дементьева, Е.В. Пруцкова, Ю.А. Кадырова, Э. Хиртхьярадж*  
ЭТНО-КУЛЬТУРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИЗУЧЕНИЯ ТЕМЫ «ВСКАРМЛИВАНИЕ» СО СТУДЕНТАМИ МЕДИЦИНСКОГО ФАКУЛЬТЕТА. .... 338

*Э.Ф. Закирова, Т.М. Гаврилова, О.О. Епифанова*  
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ТЕМАТУРИИ. КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ. .... 340

*Ю.А. Кадырова, Е.А. Баландина, О.В. Кондратьева, С.В. Бурцев*  
ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ. .... 341

*Ю.А. Кадырова, А.В. Гафаров, А.А. Архиреева, А.И. Петрунина*  
УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ. .... 343

*Т.М. Гаврилова, Э.Ф. Закирова, Е.Ф. Руденко, Г.Р. Кураמיшина*  
РЕДКИЕ (ОРФАННЫЕ) БОЛЕЗНИ В ПРАКТИКЕ ПЕДИАТРА. .... 344

*И.Н. Легошина, В.И. Плужник, Н.М. Хлюнева*  
СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ НИМАННА-ПИКА, ТИП С, ДИАГНОСТИРОВАННОЙ У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА. .... 346

*С.В. Мкртчян, В.Н. Тимофеева, В.С. Шибанова*  
АНЕМИЯ ДАЙМОНДА-БЛЕКФЕНА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ. .... 348

*М.А. Наглиш, М.А. Яровых, Л.Г. Воронина, Н.В. Полуэктова*  
ВЛИЯНИЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ НА СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ В ГУЗ «УОДКБ ИМЕНИ ПОЛИТИЧЕСКОГО И ОБЩЕСТВЕННОГО ДЕЯТЕЛЯ Ю.Ф. ГОРЯЧЕВА». .... 350

*Т.В. Павхун, И.В. Пищулина*  
РЕВМАТИЧЕСКИЕ МАСКИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ. .... 351

*Г.А. Плещивцева, А.В. Смирнова, А.В. Крамаренко, О.М. Мысина*  
К ВОПРОСУ ИССЛЕДОВАНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА – КАКОЙ МЕТОД ВЫБРАТЬ?..... 353

*Т.В. Павхун, Т.М. Гаврилова*  
ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА У ДЕТЕЙ. .... 355

*Н.В. Рангаева*  
ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ. .... 357

*Т.В. Павхун, И.В. Пищулина, М.Х. Юсупова, С.В. Мкртчян*  
АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ: ПРИЧИНЫ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ. .... 358

*А.В. Салин, А.А. Кузин*  
АНАЛИЗ РАБОТЫ ДЕТСКИХ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИХ КОЕК НА БАЗЕ ТРАВМАТОЛОГО-ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГУЗ УОДКБ ЗА ПЕРИОД 2011–2021 ГГ. .... 360

*Е.В. Пруцкова, Ю.Н. Дементьева, А.П. Черданцев, В.В. Гноевых*  
ОПЫТ ПОДГОТОВКИ ВЫПУСКНИКОВ КАФЕДРЫ ПЕДИАТРИИ ИМЭИФ К ПЕРВИЧНОЙ И ПЕРВИЧНОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ АККРЕДИТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ. .... 363

*Ю.Г. Семизорова, А.П. Солдатова, Е.В. Страхова*  
РЕДКИЙ СЛУЧАЙ В ПРАКТИКЕ НЕОНАТОЛОГА. ХРОНИЧЕСКАЯ ГРАНУЛЕМАТОЗНАЯ БОЛЕЗНЬ. .... 364

*А.В. Смирнова, Г.А. Плещивцева, О.С. Левшианова, В.С. Мордякова*  
ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ ВЕНОЗНЫХ АНГИОМ ПРИ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОМ ИССЛЕДОВАНИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ. .... 369

*И.Л. Соловьева, Т.П. Нишулина, Г.И. Шаймарданова, Е.О. Хлоткова*  
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ, ПОЛУЧАЮЩИХ ЛЕЧЕНИЕ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА. .... 370

*Е.А. Пырченкова, А.Г. Романова, А.В. Смирнова, С.В. Яковлева*  
АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ РАННЕЙ НЕОНАТАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ПЕРЕНЕСЕННОЙ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ, ВЫЗВАННОЙ SARS-COV-2, ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ. .... 372

*Е.В. Зубцова, О.Н. Первалова, Ф.А. Кузьямтвоя*  
«МАСКИ» ИНФЕКЦИОННОГО МОНОУКЛЕОЗА. .... 374

*О.В. Кондратьева, Е.А. Баландина, А.Б. Ерусова*  
КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА БОЛЬНЫМ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ, ИНДУЦИРОВАННЫМ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ (COVID-19). .... 375

*С.В. Усанова, А.Б. Ерусова*  
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ. .... 378

*А.А. Хасанова, И.Л. Соловьева, И.Н. Климова, А.А. Хамидулина*  
ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА У ДЕТЕЙ В ПЕРИОД КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ: НА ЧТО ОБРАТИТЬ ВНИМАНИЕ?..... 380

*С.П. Чубарова, О.В. Мاستрюкова*  
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГИПОКАЛИЕМИЧЕСКОГО ПАРАЛИЧА, АССОЦИИРОВАННОГО С ГЕНОМ KCNJ2, МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИ ПОДТВЕРЖДЕННЫЙ G72.3. .... 381

*А.Л. Малых, Б.А. Ибрагимов, Д.А. Малых, А.А. Качагин*  
ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ВАКЦИНАЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В УЛЬЯНОВСКЕ ПРЕПАРАТАМИ «ГАМ-КОВИД-ВАК-М». .... 383

## ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ, ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ И СПОРТИВНАЯ МЕДИЦИНА

*В.Г. Караулова, Л.Ю. Кирилина, Э.Р. Исмаилова, М.Н. Сорокина*  
ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДИСТАНЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ ПРИ КОНСУЛЬТИРОВАНИИ ПАЦИЕНТОВ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ. .... 386

<i>И.И. Тихова, Е.Ю. Фалина</i> О ВНЕДРЕНИИ КОРПОРАТИВНЫХ ПРОГРАММ ПО УКРЕПЛЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ РАБОТАЮЩИХ НА ТЕРРИТОРИИ УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ.....	388
<i>Э.Р. Исмаилова, В.Г. Караулова, М.Н. Сорочкина</i> РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ (ПО ДАННЫМ ИССЛЕДОВАНИЯ 2018–2021 ГОДОВ).....	392
<i>А.Ю. Любаев, М.А. Степанова, А.А. Маланин, Е.Е. Вакаев</i> ПРЕДВАРИТЕЛЬНАЯ СПОРТИВНО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ СПОРТСМЕНОВ-ПАРАЛИМПИЙЦЕВ НА ЭТАПЕ ТРЕНИРОВОЧНОГО ПРОЦЕССА И В ПРОЦЕССЕ СОРЕВНОВАНИЙ.....	394
<i>Ю.Н. Чалова</i> ПРИМЕНЕНИЕ L-КАРНИТИНА У СПОРТСМЕНОВ ВЫСОКОЙ КВАЛИФИКАЦИИ.....	396
<i>А.Ю. Любаев, Н.П. Сусина, Л.А. Романова, Г.Ш. Аюпова</i> АНАЛИЗ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ НА ГРУППЫ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ СПОРТОМ, ПО РЕЗУЛЬТАТАМ УГЛУБЛЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА В ГУЗ ОВФД.....	398
<i>В.Г. Караулова, И.И. Тихова</i> О РЕАЛИЗАЦИИ РЕГИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА «ПОЧТАЛЫНЫ ЗДОРОВЬЯ».....	401

## ПСИХИАТРИЯ, НАРКОЛОГИЯ

<i>А.В. Астасенко, Е.А. Пронько, И.Н. Матейко, Р.Х. Мухаметгатов</i> МЕМАНТИН В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПОРАЖЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ.....	404
<i>М.В. Белянкин, О.М. Некрасова, Е.В. Кельса, Э.А. Шайхалова</i> ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ ПАЦИЕНТОВ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ, КОТОРЫМ ДИАГНОСТИРОВАНА НОВАЯ КОРОНАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ (COVID-19).....	406
<i>Д.В. Волков, О.П. Ведянова, А.Г. Кузьмина</i> ПРЕОДОЛЕНИЕ АЛЕКСИТИМИИ НАРКОЛОГИЧЕСКИМИ ПАЦИЕНТАМИ В ПРОЦЕССЕ ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ КАК ФАКТОР ПРИНЯТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ И РАЗВИТИЯ КОПИНГ-МЕХАНИЗМОВ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО УРОВНЯ.....	408
<i>Е.В. Гриценко, В.В. Акимов, О.В. Гаврилина</i> АНАЛИЗ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ И ИХ РОЛЬ В СОХРАНЕНИИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ.....	411
<i>О.В. Коваленко, Л.Ю. Сироткина</i> КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД В РЕШЕНИИ ЭКСПЕРТНЫХ ВОПРОСОВ В СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ ПО ВОССТАНОВЛЕНИЮ ДЕЕСПОСОБНОСТИ ЛИЦ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ДОМАХ-ИНТЕРНАТАХ.....	413
<i>В.А. Кормишин, М.В. Белянкин</i> СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОБОРУДОВАНИЯ И ТЕСТ-СИСТЕМ ДЛЯ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ НА ПСИХОАКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА.....	415
<i>А.Н. Кузнецов, Н.Н. Махмутова, М.А. Ганюшкина, А.В. Демин</i> КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ, НАПРАВЛЕННЫХ ПО РЕШЕНИЮ СУДА В ОТДЕЛЕНИЕ СТАЦИОНАРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ №1 ГУЗ УОКНБ ЗА 3 ГОДА.....	417
<i>И.А. Сабитов, М.В. Белянкин, Э.И. Майер</i> КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ДИНАМИКА АЛКОГОЛЬНЫХ ПСИХОЗОВ В УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ.....	419
<i>Е.Ю. Соинская, С.А. Колчина, О.В. Гаврилина</i> АНАЛИЗ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ЛИЦ, ПОКОНЧИВШИХ ЖИЗНЬ САМОУБИЙСТВОМ.....	421
<i>М.В. Сухорукова, В.В. Грибовский, А.Н. Епанчинова, О.П. Зашихина</i> ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «АЛИМЕАЗИН» ДЛЯ ДОСТИЖЕНИЯ РЕМИССИИ У ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ.....	423
<i>И.С. Космынин</i> КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ ДЕЛИНКВЕНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ЛИЦ С ОРГАНИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ГОЛОВНОГО МОЗГА РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА.....	425
<i>Е.А. Панкратов</i> ФЕНОМЕН ТРЕВОГИ В ПОСТКОВИДНОМ СИНДРОМЕ.....	428
<i>М.М. Шевалдов, М.В. Сидорова, О.В. Гаврилина</i> ОТНОШЕНИЕ ПОДРОСТКОВ К ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ, СОЦИО-КУЛЬТУРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И СТЕРЕОТИПЫ.....	429
<i>М.В. Белянкин, Д.В. Волков, О.В. Ширинов, А.А. Юдин</i> СОПУТСТВУЮЩАЯ ПАТОЛОГИЯ У НАРКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ №1.....	431

## РЕВМАТОЛОГИЯ

<i>И.Б. Виноградова, О.И. Сихарулидзе</i> РЕЗУЛЬТАТЫ ВАКЦИНАЦИИ ОТ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (НКВИ) У ВЗРОСЛЫХ БОЛЬНЫХ С ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ (ПО МАТЕРИАЛАМ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА ГУЗ «УЛЬЯНОВСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»).....	434
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

## СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО

<i>Л.И. Блохина, Н.Ф. Абдуллова</i> РОЛЬ СРЕДНЕГО МЕДПЕРСОНАЛА В ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В УСЛОВИЯХ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19.....	436
<i>Н.А. Ведяева, В.В. Туркевич, Т.Н. Емельянова, Н.Ф. Абдуллова</i> ОСОБЕННОСТИ ПРЕАНАЛИТИЧЕСКОГО ЭТАПА ДЛЯ ИФА-ДИАГНОСТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ.....	437
<i>М.В. Волобуева, Н.Н. Черняева, Т.В. Исакова</i> ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С АУТИЗМОМ.....	439
<i>Е.А. Кандрунина, Т.В. Лебедева</i> ОПЫТ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ ЦЕНТРАЛИЗОВАННОЙ СЛУЖБЫ НАРКОТИКОВ.....	441
<i>Н.В. Кочурова, К.С. Кобелев</i> ВЛИЯНИЕ СИСТЕМЫ НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ НА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА.....	442
<i>Н.Н. Кузнецова, Н.Г. Кузьмина, Н.О. Соломянная</i> ОПТИМИЗАЦИЯ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ОТДЕЛЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ГОСПИТАЛЯ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ.....	444
<i>В.В. Никиташенко, Е.Ю. Спирина, Н.Е. Чечерина</i> ВЛИЯНИЕ ЛОГИСТИКИ И ЭРГОНОМИКИ РАБОЧЕГО МЕСТА НА КАЧЕСТВО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ.....	445
<i>Н.Ю. Пятакова, Е.А. Алмакаева, А.С. Пугин</i> ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЕ. ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ РЕНТГЕНОПЕРАЦИОННОЙ.....	447
<i>В.А. Шмойлова, Л.А. Сосина</i> РОЛЬ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА В СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ И ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЕ.....	449
<i>Р.В. Спиридонова, Е.В. Горова</i> О ПРИМЕНЕНИИ МЕДИКО-ТЕХНОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ОБРАЩЕНИЯ С ОБРАЗУЮЩИМИСЯ ОТХОДАМИ КЛАССА Б.....	451
<i>С.А. Степанова, Е.Л. Садкова, Н.Г. Кузьмина</i> ИЗМЕНЕНИЯ В РАБОТЕ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР-АНЕСТЕЗИСТОВ ПРИ УХОДЕ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ПОРАЖЕНИЕМ ЛЁГКИХ В ГОСПИТАЛЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ.....	452
<i>М.В. Фофанова, Т.В. Лебедева, А.А. Полякова</i> РОЛЬ СТАРШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПОДДЕРЖКЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19.....	455
<i>Е.В. Яикова, Н.Г. Кузьмина, Н.О. Соломянная</i> ПРОБЛЕМЫ СРЕДНЕГО И МЛАДШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА, ВОЗНИКАЮЩИЕ ПРИ ПЕРЕПРОФИЛИРОВАНИИ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА В ГОСПИТАЛЬ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ.....	457

## СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ И МЕДИЦИНА КАТАСТРОФ

<i>Е.Д. Берч, А.М. Имангулов</i> РАБОТА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ.....	460
<i>А.Е. Горбач, Н.П. Новикова, А.Л. Станиславский, А.Н. Волошенко</i> СИНДРОМНЫЙ ПОДХОД ПРИ ОКАЗАНИИ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ.....	461
<i>С.А. Зязянов, А.М. Имангулов</i> СТРУКТУРА ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ.....	463
<i>А.Л. Станиславский, А.Л. Суковатых, Н.П. Новикова, В.Н. Бордаков</i> АЛГОРИТМ ПРОВЕДЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО ОСМОТРА ПОСТРАДАВШЕГО НА МЕСТЕ ПРОИСШЕСТВИЯ.....	465

Д.А. Золотарёв ПРИМЕНЕНИЕ НЕБУЛАЙЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ. ....	468
С.Н. Дылевский, Н.П. Новикова, А.В. Борисов, В.Н. Бордаков ОПТИМИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ. ....	470
Ю.А. Ляльченко, Н.Н. Колонтий ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ФЕЛЬДШЕРСКИМИ ЛИНЕЙНЫМИ БРИГАДАМИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ. ....	471
Н.П. Новикова, А.Е. Горбач, А.Л. Станишевский, В.Н. Бордаков РОЛЬ ВРЕМЕННОГО ФАКТОРА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИ ДТП. ....	474
К.Е. Никишин, Ю.А. Ляльченко, О.В. Логинова, В.В. Машин АНАЛИЗ СИМПТОМОВ ТАХИКАРДИИ И КРОВОХАРКАНЬЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТКОВИДНЫМ СИНДРО- МОМ. ....	476
С.Г. Хорошенин, О.И. Прузан ОПЫТ РАБОТЫ ПО ВЗАИМОДЕЙСТВИЮ ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО ЦЕНТРА МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ УДМУРТ- СКОЙ РЕСПУБЛИКИ С РОСТОВСКИМ ОБЛАСТНЫМ ЦЕНТРОМ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ И ЦЕНТРОМ СА- НИТАРНОЙ АВИАЦИИ И ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ФЕДЕРАЛЬНОГО ЦЕНТРА МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ ПО ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ЭВАКУАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ИЗ ДРУГИХ РЕГИОНОВ РФ. ....	477
В.Е. Черевко ОПЫТ ПРИВЛЕЧЕНИЯ СИЛ И СРЕДСТВ УЛЬЯНОВСКОГО ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО ЦЕНТРА МЕДИЦИНЫ КАТА- СТРОФ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 (2020-2021 ГГ.). ....	480
М.А. Шимица РЕСПИРАТОРНАЯ ПОДДЕРЖКА ПРИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 НА ДОГОСПИТАЛЬ- НОМ ЭТАПЕ. ....	483
Е.В. Романовский, А.Н. Волошенко ТЯЖЕЛАЯ МЕХАНИЧЕСКАЯ ТРАВМА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ. ....	485

## СТОМАТОЛОГИЯ

И.Ф. Валитов, Г.Г. Физюкова, М.В. Филиппов, А.А. Семенов СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ ИМПЛАНТАТОВ CORTEX DENTAL IMPLANTS (ИЗРАИЛЬ) И SGS DENTAL SYSTEM (ЛИХТЕНШТЕЙН) В ГУБЗ «СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА ГУЛЯНОВСКА». ....	487
Т.Г. Галыгина ОСОБЕННОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА. ....	490
Г.Г. Физюкова, Г.М. Гафурова, Ф.Ф. Низамова АНАЛИЗ ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА. ....	492
Н.Н. Соломатина КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО АПИКАЛЬНОГО ПЕРИОДОНТИТА. ....	494
Г.Г. Физюкова, И.С. Приймак ПРОФИЛАКТИКА ОНКОЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ. ....	496
Т.Г. Галыгина, Г.Г. Физюкова, Л.Р. Мифтахутдинова ОРГАНИЗАЦИЯ ГРУППОВОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ОСНОВНЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ. ....	498
О.Г. Романеева, В.Ю. Романеев АНАЛИЗ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАБОТНИКОВ ОАО «РЖД» ЗА 2019–2021 ГОДЫ. ....	500

## ТРАВМАТОЛОГИЯ

М.Р. Сафетов, М.Ю. Андреевичев, К.А. Мизуков, А.С. Элли АНАЛИЗ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ КОНСЕРВАТИВНОГО И ОПЕРАТИВНОГО МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕ- ЛОМА ЛАТЕРАЛЬНОЙ ЛОДЫЖКИ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ КАПСУЛЬНО-СВЯЗОЧНОГО АППАРАТА ГОЛЕНО- СТОПНОГО СУСТАВА. ....	502
И.М. Ефремов, А.В. Манин, Г.А. Шевалаев, О.И. Сорокин АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПАРАЭНДОПРОТЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕ- ЗИРОВАНИЯ ТАЗОВЕДРЕННОГО И КОЛЕННОГО СУСТАВОВ. ....	504
Р.К. Мухамметжанов, А.Ю. Земсков, В.В. Гришин, З.Э. Экперов АНАЛИЗ СООТВЕТСТВИЯ ДАННЫХ МРТ И АРТРОСКОПИИ ПРИ ТРАВМАХ КОЛЕННОГО СУСТАВА. ....	506
А.С. Савельев, А.А. Кузин, Ю.М. Ниц, Р.Д. Настиев ОПЫТ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ КАМТОДАКТИЛИИ. ....	508

А.А. Спассков, Ельбаттар Сальман, А.С. Ермоленко, С.В. Адайкин РЕСПИРАТОРНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ПЕРЕЛОМАМИ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРА НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ИСТО- ЩЁННОСТИ. ....	510
П.А. Асташкин, М.С. Никифоров, В.А. Вечканов, В.А. Паршин НАБЛЮДЕНИЕ СЛУЧАЯ МОЛНИЕОСНОГО МИОФАСЦИАЛЬНОГО КОМПАРТМЕНТ-СИНДРОМА ПРЕДПЛЕ- ЧЬЯ У ПАЦИЕНТА С ПЕРЕЛОМОМ ЛОКТЕВОГО ОТРОСТКА ЛОКТЕВОЙ КОСТИ. ....	512
А.А. Спассков, В.В. Дашкин, А.В. Манин, П.В. Мусиенко КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОДЛОПАТОЧНОЙ АРТЕРИИ ПРИ ВПРАВЛЕНИИ ПЕРВИЧНОГО ТРАВМАТИЧЕСКОГО ВЫВИХА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ. ....	514

## ФИЗИЧЕСКАЯ И РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ МЕДИЦИНА. МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

Л.М. Родионова, Н.С. Шаповал ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОБЩЕЙ МАГНИТОТЕРАПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ МОЗГА. ....	516
Ю.М. Егорушин, Н.Г. Тетерина, А.А. Ларова РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФЕКЦИЮ «COVID-19» В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИО- НАРА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ. ....	517

## ФТИЗИАТРИЯ

В.Н. Утемишева АКТУАЛИЗАЦИЯ БОРЬБЫ С ДЕТСКИМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ НОВОЙ КОРОНАВИРУС- НОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). ....	522
Ю.А. Дегтярева, Л.Н. Савоненкова, Д.В. Колчин, В.А. Дубровина, И.В. Манушина МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ С ВЫРАЖЕН- НЫМ СИНДРОМОМ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА. ....	524
Д.В. Колчин, Е.А. Качагина, О.Н. Олещанина ТИП ВЫСШЕЙ НЕРВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И КОМПЛЕКС К ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ. ....	525
Д.В. Колчин, Л.Н. Савоненкова, Н.В. Инкина, Т.С. Васильева, О.В. Еракина ВЛИЯНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ФИБРОЗА НА МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЛЕГОЧ- НОГО СЕРДЦА У УМЕРШИХ ОТ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ. ....	527
Б.М. Асанов, А.С. Мельникова, Ю.Э. Пахомова ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫХ БОЛЬНЫХ С ДЕ- СТРУКТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ ХИРУРГИЧЕСКИМ ПУТЕМ. ....	529

## ХИРУРГИЯ

А.Н. Герасимов, О.В. Еремينا, А.В. Гаврилов, С.В. Манушин ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОБЫРНОЙ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКОЙ ФЛЕГМОНЫ В ГОСПИТАЛЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИ- ЕНТОВ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ. ....	531
В.А. Бесов, Д.Х. Маракеев, Д.В. Баринов, А.В. Антонов ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНО-РАСПИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ. ....	534
Н.Ф. Беляков, С.М. Каманцева, В.Д. Вагаев, О.А. Фролов, Р.Е. Корнилов, А.Н. Пыдин, Е.Н. Малянков ПЕРВЫЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОПЕРАЦИИ ШАИРА ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА. ....	536
Е.Д. Берц, А.В. Смолькина, Е.Г. Евтушенко, А.А. Карташев ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПАРАКОЛОСТОМИЧЕСКИМИ СВИЩАМИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ С ПРИ- МЕНЕНИЕМ СОРБЕНТА. ....	538
В.Д. Вагаев, Н.Ф. Беляков, С.М. Каманцева, О.А. Фролов, Р.Е. Корнилов, А.Н. Пыдин, Е.Н. Малянков ВИЧ-АССОЦИИРОВАННАЯ ЦИСТОПАТИЯ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ. ....	539
С.М. Игнатьев, С.В. Анисимова, Х.Х. Казымов, Г.А. Сидоров РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ. ....	541
В.В. Клочков, А.Г. Шмырин, К.В. Мясников, В.В. Мязков БИОХИМИЧЕСКИЙ «СУБСТРАТ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ» ПРИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ И ЕГО ВЕРИФИКАЦИЯ. ....	542

<i>В.В. Кожевников, А.Н. Герасимов, А.А. Столбов, Х.Х. Казымов</i> ЛЕЧЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ В УСЛОВИЯХ КОВИДНОГО ГОСПИТАЛЯ ГУЗ ЦГКБ Г. УЛЬЯНОВСКА. ....	544
<i>В.Г. Фирсова, М.В. Кукош</i> ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА У БОЛЬНЫХ НЕКРОТИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ РАСПРО- СТРАНЕННЫМ ПАРАПАНКРЕАТИТОМ. ....	546
<i>А.П. Власов, Н.А. Мышкина, Д.А. Романов, Б.А. Федотов</i> ГЕПАТИЧЕСКИЙ ДИСТРЕСС-СИНДРОМ ПРИ ОСТРОМ ПЕРИТОНИТЕ. ....	548
<i>Х.Х. Казымов, А.Г. Ермошин, Р.Ф. Ахметзянов, Н.А. Герасимов</i> СПОНТАННЫЕ ГЕМАТОМЫ ПРИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ. ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПО МАТЕРИАЛАМ РАБОТЫ КОВИДНОГО ГОСПИТАЛЯ ГУЗ ЦГКБ Г. УЛЬЯНОВСКА. ....	550
<i>В.В. Кожевников, Э.Р. Ахмедов, М.Р. Бухаров, А.Ю. Табаков</i> ЛЕЧЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ ПО ПОВОДУ ТРОМБОЗА МЕЗЕНТЕРИАЛЬНЫХ СОСУДОВ В УСЛО- ВИЯХ КОВИДНОГО ГОСПИТАЛЯ ГУЗ ЦГКБ Г. УЛЬЯНОВСКА. ....	551
<i>А.И. Чава, Е.А. Тонеев, П.М. Чавкин, В.Ю. Щеголев, О.В. Мидленко, В.А. Бесов</i> РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ (ГПОД). ....	553
<i>П.М. Староконь, Р.М. Шабает, С.А. Ходырев, А.Г. Ручкин</i> ФИБРОЗНО-КИСТОЗНАЯ БОЛЕЗНЬ – СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ ЛЕЧЕНИЯ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ ГОСПИ- ТАЛЕ. ....	555
<i>А.Л. Левчук, С.А. Ходырев, Р.М. Шабает, П.М. Староконь</i> ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРА- ЦИЙ НА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ В ОТДАЛЕННОМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ. ....	557
<i>Е.Г. Евтушенко, С.В. Ярков, А.А. Карташев, И.Р. Файзуллин</i> МОЧЕПУЗЫРНО-КИШЕЧНЫЕ СВИЩИ. ....	559
<i>О.А. Никонов, О.Н. Пайзе, Р.Р. Гильметдинов, В.Д. Чепрасов</i> ТРАВМАТИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ДЕТСКОГО ХИРУРГА. ....	561
<i>Т.Ю. Брижак, Е.В. Черешенко</i> ПРОБЛЕМА ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРИ НА- ЗНАЧЕНИИ АНТИКОАГУЛЯНТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ ВИРУСОМ COVID-19. ....	563
<i>А.И. Чава, С.М. Шамсутдинов, В.Ю. Щеголев, Е.А. Тонеев, О.В. Мидленко, В.А. Бесов</i> ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОЖИРЕНИЯ. ПРОДОЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ЖЕЛУДКА. ....	565