Moscow Medicine Journal

МОСКОВСКАЯ МЕДИЦИНА

№ 6 (34) 2019

тема номера

ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ АССАМБЛЕИ «ЗДОРОВЬЕ МОСКВЫ 2019»

Алексей Хрипун,

руководитель Департамента
здравоохранения города Москвы

С каждым годом столичная система здравоохранения становится все более эффективной, функциональной, отвечающей запросам москвичей – пациентоориентированной.

В столице отремонтированы и построены десятки корпусов медицинских организаций, закуплено и эффективно работает новейшее медицинское оборудование, создана система многопрофильных больничных комплексов, функционирует уникальная сеть сосудистых центров, осуществляется ряд принципиальных преобразований в поликлиническом звене, внедрены важные и крайне полезные для организации оказания медицинской помощи населению сервисы Единой медицинской информационной системы. Правительство Москвы и Департамент здравоохранения города продолжают решать вопросы, связанные с повышением квалификации и статуса врачей общей практики, развитием инфраструктуры амбулаторного звена, распространением передового опыта, материально-техническим и ресурсным обеспечением медицинских организаций.

Москва задает себе высокие стандарты, беря на вооружение передовые подходы мировой медицинской практики, становится примером для подражания не только в стране, но и за рубежом. Московские медики охотно делятся опытом с коллегами по всему миру, выступая на международных форумах и конференциях.

Одной из площадок обмена актуальной клинической информацией и успешным опытом применения передовых управленческих решений уже не первый год является ассамблея «Здоровье Москвы», которая в этом году состоится уже в 18-й раз.

Мероприятие уникально по своему масштабу и актуальности не только для городского здравоохранения. Из года в год в фокус внимания участников форума попадают социально значимые и приоритетные направления развития здравоохранения: профилактика и лечение сердечно-сосудистых заболеваний, современная система родовспоможения, охрана материнства и детства, практика работы городских поликлиник, организация помощи онкологическим и паллиативным больным, развитие системы обязательного медицинского страхования, вопросы лекарственного обеспечения и многое другое. Неслучайно деловая программа форума собирает тысячи участников.

От лица Департамента здравоохранения столицы, всего московского профессионального сообщества позвольте поприветствовать вас на Ассамблее и пожелать плодотворной работы и интересных встреч!

Журнал «Московская медицина»

Председатель редакционного совета Леонид Михайлович Печатников

Редакционный совет

Андреева Елена Евгеньевна, руководитель Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по городу Москве, главный государственный санитарный врач по городу Москве
Анциферов Михаил Борисович, главный внештатный специалист-эндокринолог Департамента здравоохранения города Москвы
Арутюнов Григорий Павлович, главный внештатный специалист-терапевт Департамента здравоохранения города Москвы
Богородская Елена Михайловна, заместитель руководителя Департамента здравоохранения города Москвы
Бордин Дмитрий Станиславович, главный внештатный специалист-гастроэнтеролог Департамента здравоохранения города Москвы
Брюн Евгений Алексеевич, главный внештатный специалист-психиатр-нарколог Департамента здравоохранения города Москвы
Васильева Елена Юрьевна, главный внештатный специалист-кардиолог Департамента здравоохранения города Москвы
Дубров Вадим Эрикович, главный внештатный специалист-травматолог-ортопед Департамента здравоохранения города Москвы
Жиляев Евгений Валерьевич, главный внештатный специалист-ревматолог Департамента здравоохранения города Москвы
Зайратьянц Олег Владимирович, главный внештатный специалист по патологической анатомии Департамента здравоохранения города Москвы
Зеленский Владимир Анатольевич, директор МГФОМС
Крюков Андрей Иванович, главный внештатный специалист-оториноларинголог Департамента здравоохранения города Москвы
Мазус Алексей Израилевич, главный внештатный специалист по проблемам диагностики и лечения ВИЧ-инфекции Департамента здравоохранения города Москвы
Мантурова Наталья Евгеньевна, главный внештатный специалист-пластический хирург Департамента здравоохранения города Москвы
Никонов Евгений Леонидович, начальник управления делами и координации деятельности Департамента здравоохранения города Москвы
Назарова Ирина Александровна, председатель Совета главных врачей города Москвы
Оленев Антон Сергеевич, главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии Департамента здравоохранения города Москвы
Орджоникидзе Зураб Гивиевич, главный внештатный специалист по спортивной медицине Департамента здравоохранения города Москвы
Османов Исмаил Магомедтагирович, главный внештатный специалист-педиатр Департамента здравоохранения города Москвы
Плутницкий Андрей Николаевич, руководитель Территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по городу Москве и Московской области
Потекаев Николай Николаевич, главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы
Пушкарь Дмитрий Юрьевич, главный внештатный специалист-уролог Департамента здравоохранения города Москвы
Синицин Михаил Васильевич, главный внештатный специалист-фтизиатр Департамента здравоохранения города Москвы
Хатьков Игорь Евгеньевич, главный внештатный специалист-онколог Департамента здравоохранения города Москвы
Хубутия Могели Шалвович, главный внештатный специалист-трансплантолог Департамента здравоохранения города Москвы
Шабунин Алексей Васильевич, главный внештатный специалист-хирург Департамента здравоохранения города Москвы
Шамалов Николай Анатольевич, главный внештатный специалист-невролог Департамента здравоохранения города Москвы

Главный редактор: **Алексей Иванович Хрипун**
Заместитель главного редактора: **Елена Ивановна Аксенова**
Научный редактор: **Наталья Николаевна Камынина**
Ответственный секретарь: **Джемал Ахмедович Бешлиев**
Шеф-редактор: **Сергей Викторович Литвиненко**
Редактор: **Алина Дмитриевна Хараз**

НИИ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И МЕДИЦИНСКОГО МЕНЕДЖМЕНТА

Редакция журнала «Московская медицина»:
115088, г. Москва,
Шарикоподшипниковская ул., д. 9
niiozmm@zdrav.mos.ru
Мнение авторов может не совпадать с позицией редакции

Журнал представлен в РИНЦ (Российский индекс научного цитирования)

Учредитель:
Департамент здравоохранения города Москвы

Издатель:
НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы

Журнал зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций 28 апреля 2014 года.
Регистрационный номер ПИ № ФС 77-57984

Выпуск № 6 (34) 2019 г. журнала «Московская медицина» отпечатано 20 декабря 2019 года

Отпечатано в типографии «Буки Веди».
Тираж 10 000 экз.
Распространяется бесплатно.

ISSN 2587 - 8670

Moscow Medicine

Chairman of the Editorial Board Pechatnikov Leonid Mikhailovich

Editorial Board

Andreeva Elena Evgenyevna, Head of the Office of the Federal Supervision Agency for Customer Protection and Human Welfare in the Moscow city, Chief State Sanitary Doctor in the Moscow city
Antsiferov Mikhail Borisovich, Chief External Expert in Endocrinology of the Moscow Healthcare Department
Arutyunov Grigoriy Pavlovich, Chief External Expert in Therapy of the Moscow Healthcare Department
Bogorodskaya Elena Mikhailovna, Deputy Head of Moscow Healthcare Department
Bordin Dmitriy Stanislavovich, Chief External Expert in Gastroenterology of the Moscow Healthcare Department
Bryun Evgeniy Alekseevich, Chief External Expert in Psychiatry and Narcology of the Moscow Healthcare Department
Vasilyeva Elena Yurievna, Chief External Expert in Cardiology of the Moscow Healthcare Department
Dubrov Vadim Erikovich, Chief External Expert in Traumatology and Orthopedics of the Moscow Healthcare Department
Zayratyants Oleg Vladimirovich, Chief External Expert in Pathological Anatomy of the Moscow Healthcare Department
Zhilyaev Evgeniy Valeryevich, Chief External Expert in Rheumatology of the Moscow Healthcare Department
Zelensky Vladimir Anatolyevich, Director of Moscow City Compulsory Medical Insurance Fund
Kryukov Andrey Ivanovich, Chief External Expert in Otorhinolaryngology of the Moscow Healthcare Department
Mazus Aleksey Izrailevich, Chief External Expert in Diagnostics Problems and Treatment of HIV Infection of the Moscow Healthcare Department
Manturova Natalya Evgenyevna, Chief External Expert in Plastic Surgery of the Moscow Healthcare Department
Nikonov Evgeniy Leonidovich, Head of the Board of Management and Coordination of Activities of the Moscow Healthcare Department
Nazarova Irina Aleksandrovna, Chairman of the Moscow City Council of Chief Doctors
Olenev Anton Sergeevich, Chief External Expert in Obstetrics and Gynecology of the Moscow Healthcare Department
Ordzhonikidze Zurab Givievich, Chief External Expert in Sports Medicine of the Moscow Healthcare Department
Osmanov Ismail Magomedtagirovich, Chief External Expert in Pediatrics of the Moscow Healthcare Department
Plutnitsky Andrey Nikolayevich, Head of the Territorial office of the Federal Service for Surveillance in Healthcare in the Moscow City and the Moscow Region
Potekaev Nikolay Nikolayevich, Chief External Expert in Dermatovenereology and Cosmetology of the Moscow Healthcare Department
Pushkar Dmitriy Yuryevich, Chief External Expert in Urolog yof the Moscow Healthcare Department
Khatkov Igor Evgenyevich, Chief External Expert in Oncology of the Moscow Healthcare Department
Khubutia Mogeli Shalvovich, Chief External Expert in Transplantology of the Moscow Healthcare Department
Sinitsin Mikhail Vasilyevich, Chief External Expert in Phthisiology of the Moscow Healthcare Department
Shabunin Alexey Vasilyevich, Chief External Expert in Surgery of the Moscow Healthcare Department
Shamalov Nikolay Anatolyevich, Chief External Expert in Neurology of the Moscow Healthcare Department

Editor-in-Chief: **Alexey Ivanovich Khripun**
Deputy Editor-in-Chief: **Elena Ivanovna Aksenova**
Science Editor: **Natalia Nikolaevna Kaminina**
Executive Editor: **Jemal Ahmedovich Beshliev**
Managing Editor: **Sergey Viktorovich Litvinenko**
Editor: **Alina Dmitrievna Kharaz**

НИИ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И МЕДИЦИНСКОГО МЕНЕДЖМЕНТА

The editorial staff of the «Moscow Medicine» journal:
Bldg. 9, Shariikopodshipnikovskaya str.,
115088, Moscow
niiozmm@zdrav.mos.ru
The opinion of the authors may not coincide with the viewpoint of the editors.

Journal indexed in Russian Science Citation Index (RSCI)

Founder:
Moscow Healthcare Department

Publisher:
Research Institute Healthcare Organization and Medical Management of the Moscow Healthcare Department

The journal is registered by the Federal Service for Supervision of Communications, Information Technology, and Mass Media on April 28, 2014
Registration number
ПИ № ФС 77-57984

Issue № 6 (34) 2019 of the «Moscow Medicine» journal was printed on December 20, 2019

Printed by Buki Vedi.
Circulation — 10 000 copies.
Distributed free of charge.

ISSN 2587 - 8670

А

Абраменкова Н. Н. 40
Абрамов А. А. 7, 45
Абрамов А. В. 38
Абрамов К. В. 7
Абрамова М. Ф. 7
Агаев Н. К. 56
Агасян Г. А. 104
Агеева А. А. 105
Агибалова Т. В. 8
Адельянов М. Р. 85
Адилов В. Б. 64
Азаров П. В. 8
Акопян Р. А. 14
Александров А. В. 102
Алексанян А. А. 73
Алексанян Т. А. 58
Алексеев С. С. 75
Алиева Г. А. 83
Алимов А. Н. 104
Алимов Д. Г. 8
Алябьев В. С. 14
Андреева Д. М. 40
Андронов Б. А. 39
Аникин А. И. 9
Анисимов К. В. 24
Антонова Е. В. 9
Анциферов М. Б. 10, 56, 68
Апресян С. В. 10, 35, 54
Арболишвили Г. Н. 50
Арефьев И. М. 7
Артамонова И. Л. 10
Артюхина Л. Ю. 11, 22, 78, 101
Артюшина Е. И. 8
Арутюнов Г. П. 12, 99
Архангельская И. И. 60
Аршинова В. В. 12
Арьков В. В. 12
Асадуллаева М. А. 34
Асратян С. А. 104
Асриян Р. А. 56
Астахова Н. В. 36
Афанасьева В. А. 106, 107
Аюшеева Л. Б. 13

Б

Баблоян А. Г. 10
Багателия З. А. 13, 106
Бадтиева В. А. 79
Бакай С. А. 17
Бакуменко В. И. 16
Барамидзе Г. Г. 14
Баранов А. В. 96, 97
Баранов Г. А. 47
Баранов Д. А. 23
Басова А. Я. 16
Батышева Т. Т. 16, 17, 18, 19, 20, 84
Бахтадзе М. А. 20, 51, 59
Бахтеев К. К. 16
Бебчук М. А. 21
Бедин В. В. 21, 106, 107
Бедина И. А. 12
Белавина Н. И. 22
Беленькая О. И. 28
Белиловский Е. М. 54
Белова М. В. 22, 23
Беломытцев С. В. 56
Белькова А. А. 24
Бельченко В. А. 23
Беляева Ю. В. 26
Бирюкова Л. С. 101
Благих О. Е. 81
Бобрикова Е. Н. 57, 95
Богданов А. Б. 23, 29, 30, 69, 70
Богданова М. В. 44
Богова О. Т. 49
Болотов А. В. 24
Болотов Д. А. 59
Бондаренко Т. В. 54
Борискин А. А. 54
Борисов В. И. 36
Борисов С. Е. 100
Боровицкая М. Ш. 16
Борях Е. А. 56
Боцина А. Ю. 24
Бочавер К. А. 52
Бояркина Е. С. 53
Брайловская Т. В. 60
Брехов Е. И. 25
Брюн Е. А. 25
Бублиевский Д. В. 36
Бугровская О. И. 38
Бузик О. Ж. 8
Букреева Е. А. 25, 87, 88
Буланов А. Ю. 43
Буржунова М. М. 56
Бурулева Т. А. 11
Бурыгина Л. А. 26, 27, 28
Былинкина В. С. 12

В

Вагнер О. Н. 70
Вакатов Д. В. 39
Валькова У. В. 57
Ванин А. А. 105
Ванюков А. Е. 83
Варданян А. В. 43
Вартанян С. Л. 111
Василиади Э. Г. 94
Васильев М. В. 70
Васильева Е. Ю. 24
Васильченко М. И. 28, 80
Ватаго Э. С. 112
Вахова Е. Л. 102
Вдовина Е. Т. 44
Велиев Е. И. 23, 29, 30, 37, 69, 70, 90, 94
Велиев Р. А. 23, 29, 94
Винникова М. А. 30
Винокуров А. С. 28
Владимиров Ф. И. 81
Власенко А. В. 30, 32
Власова Е. А. 92
Власова Н. Д. 33
Волгина Г. В. 101
Волков А. Ю. 96
Волкова О. С. 33, 42, 77
Воробьев А. С. 101
Ворона Л. Д. 34, 88
Вторенко В. И. 34, 63
Выборная Т. Р. 34

Г

Габриелян А. Р. 35
Гаджиев А. И. 41
Галкин В. Н. 36
Гармаш Ю. Ю. 100
Герасименко В. В. 36
Глазков С. А. 110
Глазкова О. Л. 49
Годков М. А. 23
Гозулов А. С. 110
Головачева М. Ю. 37
Головина О. В. 49, 78, 105
Головко Е. В. 106
Голоухова Л. М. 106
Голубев С. А. 26
Голубцова Е. Н. 30
Гончарук Д. А. 37, 94
Горбан Д. Г. 77
Горбатенкова С. В. 49, 78, 105
Гордеева Е. А. 38
Горин С. Г. 38, 39, 41, 50, 76
Горлова Н. В. 108
Горожанин А. В. 39, 85, 100
Грачев Н. С. 100
Грачев С. П. 24
Греков Д. Н. 13, 21, 107, 108
Гриднев О. В. 40
Гринь А. А. 69
Гришина М. И. 81
Громова Т. Н. 81
Грузинцева Ю. П. 110
Гугнин А. В. 106, 107
Гудкова В. В. 40
Гузино О. С. 18
Гуляев А. А. 108
Гунченко М. И. 16, 18
Гусейнов А. И. 41

Д

Данилов А. Б. 52
Датий А. В. 110
Дегтярева М. Г. 103
Деденков О. А. 9
Демидов Н. А. 10, 33, 42
Демьянова К. А. 54
Дербенев В. А. 41
Деринг А. А. 75
Дехисси Е. И. 62
Дикая Т. И. 42, 47, 90
Довбыш Д. В. 42
Довлатов З. А. 62
Долидзе Д. Д. 43
Донченко С. В. 91
Дубин С. А. 81
Дьякова Е. Н. 101

Е

Евдокимов Е. А. 30, 32
Егоров А. Е. 43
Егорова Е. В. 66
Ежкова Е. В. 30
Ежова С. А. 43
Ежова С. Н. 78
Елизаров П. М. 45, 75
Елисеев Н. П. 93
Елисеев О. В. 58
Елисеева Ю. А. 89
Емельянов В. В. 66
Емельянов С. И. 87
Емельянова И. В. 79
Еремушкина Я. М. 44, 71, 101
Ермакова М. В. 7, 44
Ерохин Н. Е. 75
Ефимова А. А. 87, 88

Ж

Жиленкова А. В. 27
Жилина С. С. 45
Жучков А. Г. 45

З

Забозлаев Ф. Г. 45
Завалий Л. Б. 90
Завгородний А. Э. 77
Заводиленко Л. А. 85
Завьялов Б. Г. 9
Зайратьянц О. В. 46
Зализко А. В. 8
Зарина А. Ю. 92
Застрожин М. С. 46
Затевахин И. И. 46
Зелтынь-Абрамов Е. Н. 22
Зимин В. В. 61
Зинатулин Д. Р. 47
Золкин В. Н. 46
Зубарева О. В. 47
Зуев Д. С. 47
Зыкова Т. В. 48

И

Иваненко Л. Р. 75
Иванов А. Е. 95
Иванова Д. И. 100
Иванова Е. С. 11
Иванова Л. В. 48
Иванова Н. В. 68
Иванова Н. М. 7, 25, 87, 109
Иванова Ю. М. 42, 79
Иванушкина Т. Н. 100
Ивкин Е. В. 23, 37, 70
Ивойлов А. Ю. 60
Игнатченко О. Ю. 49, 82
Игошин А. С. 96
Ильина Е. С. 49
Ильина Е. Ю. 63
Ильина К. В. 12
Ильчишина К. И. 99
Ильяшенко К. К. 49, 90, 91
Иоаннесянц О. М. 38
Исмаилов Н. Б. 50
Исмаилова С. Г. 92
Исхаков Р. Т. 50
Ишунина А. С. 49
Ишутина Ю. Л. 34, 88
Ищенко А. В. 51

К

Каибханова К. М. 82
Кайтукова Е. Р. 111
Каленкова О. Г. 51
Калинина О. И. 61
Калинников В. В. 25
Калиновская И. И. 65
Калинский Б. М. 51, 52, 112
Калинский Е. Б. 112
Калмыков А. С. 36
Канаев А. С. 41
Канаев С. П. 51
Канаева М. А. 17
Кантимеров Д. Ф. 97
Карабач Ю. В. 96
Каранадзе А. Н. 36
Карданахишвили З. Б. 50
Карнаушкина М. А. 9
Карпов А. А. 108
Карпова Н. Ю. 106
Карпун Н. А. 80
Карпухин А. О. 112
Катибов М. И. 23
Катыженков А. А. 88
Кащеев А. А. 51, 52, 112
Кащеев Г. А. 51, 52, 112
Квартальнова А. В. 109
Квитивадзе Г. К. 71
Квитчастый А. В. 52
Ким А. В. 28
Кимельфельд Е. И. 40
Кира Е. Ф. 35
Кирасирова Е. А. 53
Кирсанова Е. Ю. 18
Киселева Н. Л. 40
Кисельникова Л. П. 53
Кислов Э. Е. 96
Кишиневский А. Е. 58
Климентенок Т. А. 100
Климов Л. В. 16
Климова А. Н. 85
Клюев А. Е. 22
Ковалев А. И. 95
Ковалев Д. В. 87
Ковалевская Е. А. 53, 57
Ковтунец С. В. 36
Кожанов А. Л. 74
Кожанов Л. Г. 74
Кожанова Т. В. 45
Козловская Н. Л. 54
Кокая И. Ю. 11, 43, 56, 57, 78
Коков Л. С. 76
Колгашкин А. Ю. 75
Колесников Н. О. 97, 98
Колесникова Е. А. 12
Колкова А. В. 96
Колпакова Л. В. 54
Колупаева О. В. 83
Колчина Т. Ю. 17
Комарова А. Г. 66
Комелягин Д. Ю. 81
Комиссаров Д. Ю. 74
Кордонский А. Ю. 69
Коренная В. В. 82
Коржева И. Ю. 106
Корнев А. И. 54
Корнеева И. В. 20
Корниенко В. С. 106
Короткова А. С. 8
Коротчаева Ю. В. 54
Корякин А. Г. 30, 32
Косарев Я. М. 8
Костенко Е. В. 47, 55
Котельникова А. В. 55
Котенко О. Н. 11
Котешкова О. М. 56
Котив С. И. 44
Котов С. В. 56
Котомина Т. С. 11, 56, 57
Кохно Н. И. 35
Кошкина Е. А. 57
Красивичева О. В. 8
Круглова Я. А. 82
Круглых А. А. 57
Крылова Н. С. 53, 57
Крюков А. и. 58, 59
Ксенофонтова И. В. 99
Кувырдин Д. А. 97
Кудрявцева Е. С. 22
Кудрявцева О. И. 18
Кузеев А. Н. 14
Кузнецов А. В. 100
Кузнецов Р. Э. 59, 82, 98
Кузнецова Е. Б. 69
Кузнецова Л. П. 111
Кузьменко А. А. 21
Кузьминов К. О. 59
Кузьмич Г. В. 60
Куковенко Г. А. 75
Кукшина А. А. 55
Кулабухов Е. В. 53
Кулаков А. А. 60
Кулезнева Ю. В. 80
Куликова М. И. 105
Кунельская Н. Л. 60
Куранов П. И. 61
Курганов И. А. 87
Курдюков К. С. 13
Курникова И. А. 70
Кускова Т. К. 44, 71, 101
Кустов А. Е. 39, 62
Кухарева Т. Н. 26
Кучеров Ю. Н. 75
Кучиц С. С. 40
Куянцева Л. В. 61

Л

Лапшина Н. В. 94
Лафуткина Н. В. 53
Лебедев А. Ф. 91
Лебедев С. С. 108
Лебеденко Е. Ю. 86
Лебединский И. Н. 43
Левин А. В. 96
Левин М. Е. 26, 27, 28
Левицкая М. В. 103
Лекова Е. С. 61
Ленина Л. А. 26
Лесогорова Е. В. 58
Липатов К. В. 62
Литвина Е. А. 75, 105
Литвинова Н. В. 100
Логинов К. А. 107
Лопухов Р. А. 50
Лоран О. Б. 23, 62, 89
Лошкарева И. А. 62
Лубенников А. Е. 96, 97, 98
Лукаш Е. Н. 34, 45
Лукина Г. И. 67
Луцевич О. Э. 63
Лучина Е. И. 70
Лысова Н. А. 77
Лыткина К. А. 62, 63
Львова Н. В. 64, 99
Любимов С. Н. 64, 108, 109
Лютов В. Д. 38, 39, 50, 65
Лядов В. К. 65, 83
Лян Н. А. 65
Ляхова Н. Л. 66

М

Мадзаев А. И. 108
Маер Р. Ю. 105
Майоров И. М. 66
Макаров Н. В. 47
Макаров О. В. 106
Макарян Д. Э. 27
Максимов И. К. 22
Максимова Г. А. 99
Максимовская Л. Н. 67
Малаховский В. В. 67
Маленкова Н. Л. 34
Мамедов Р. Ф. 53
Маринченко М. Н. 101
Маркелова С. В. 68
Маркина Н. В. 68
Маркова Е. В. 50
Маркова С. И. 45
Маркова Т. Н. 68
Мартикян А. Г. 36, 69
Мартынов М. И. 69, 90
Марченко В. В. 23, 29, 69, 70
Маслова М. Ю. 57
Маткеримова Б. Т. 49
Маханова О. В. 36
Мацкевич В. А. 46
Мачулин А. И. 60
Мелешкевич Т. А. 70
Мелконян Г. Г. 24, 62, 63, 99
Мелик-Оганджанян Г. Ю. 99
Мелкумян А. Р. 71
Меновщикова Л. Б. 102
Метелев А. Ю. 23, 70
Мещерякова Т. И. 45
Мигманов Т. Э. 71, 101
Мизиано С. А. 14
Микитченко Н. А. 103
Микуляк М. С. 54
Миронков А. Б. 104
Миронов А. Н. 75
Мирошниченко Н. А. 77
Мисюрина Е. Н. 43, 56
Митичкин А. Е. 70, 71, 108, 109
Митронин А. В. 85
Михайленко Д. С. 69
Мовсисян А. Б. 43
Модестов А. А. 71, 72
Мозгалева Н. В. 72
Мойзыкевич Е. Р. 18
Монаков Д. М. 23
Морозов Н. В. 97, 98
Морозов С. П. 73
Морозов С. Ю. 72
Морозова Е. Н. 80
Морозова Е. Ю. 64
Мосейкина Л. А. 8
Москаленко Р. В. 49
Московцева Ж. М. 80
Мударисов Р. Р. 34, 73, 74
Музыченков А. В. 45
Мулярец М. В. 74
Мумладзе Р. Б. 43
Муравьев О. Б. 92
Мурадов Р. Г. 14
Муранова И. Л. 108, 109
Мурылев В. Ю. 45, 75
Мухина О. В. 100

Н

Нагибина М. В. 71
Нагорный А. Б. 14
Надеждин А. В. 75
Надеждин С. А. 75
Налетов В. В. 47
Насырова А. Н. 103
Науменко М. В. 75, 105
Наумов А. Г. 76
Негребов М. Г. 34, 63
Негребова М. М. 8
Немцова М. В. 69
Неудахин Е. В. 7, 34
Нечаев А. И. 14
Никушкина И. Н. 40
Новиков А. В. 50
Новиков С. В. 76
Новикова Е. В. 96, 102, 103
Ногова Е. В. 17

О

Овчинников А. Ю. 77
Оганян А. Р. 43
Огиенко О. Л. 44, 101
Озерова Д. С. 108
Олешкевич О. Н. 109
Оразвалиев А. И. 70
Орджоникидзе З. Г. 33, 42, 77, 79
Орешникова Н. В. 18
Орлов В. А. 27
Орлюк М. А. 91
Осокин И. П. 78
Остапенко Ю. Н. 90
Остроумова О. Д. 78, 105

П

Павлихин О. Г. 58
Павлов В. И. 33, 42, 77, 79
Паклина О. В. 37, 59, 106
Палин А. В. 28
Палкин М. Н. 79
Панасов С. А. 59
Панков Д. Д. 80
Панкова Т. Б. 80
Панкратьев Ю. Л. 89
Пантелеев И. В. 70
Пархоменко Ю. Г. 72
Пачев М. В. 28
Пачина А. В. 42, 79
Переходов С. Н. 80
Перов О. И. 38
Песенникова Е. В. 40
Петриков С. С. 90
Петриченко А. В. 7, 25, 87
Петрова А. В. 37
Петрова Л. В. 47, 55
Петрова Н. В. 71
Петухов А. В. 81
Пидченко Н. Е. 91
Платонова А. Н. 16, 17, 18, 19, 84
Платонова Т. Л. 82
Погонченкова И. В. 81, 99
Подзолкова Н. М. 82
Подобедов К. В. 65
Позднякова Д. А. 84
Покидкин А. В. 108, 109
Полев Г. А. 100
Полежаева Я. В. 82

Полетаева Е. С. 83
Поликарпова О. В. 83
Полковникова О. А. 83
Полонская Л. С. 10
Полубояров А. Т. 100
Поляева М. Ю. 58
Полянский В. Л. 106, 107
Попова Е. С. 109
Поплевченков К. Н. 8
Порунова Л. П. 66, 84
Потешкина Н. Г. 53, 57
Поцхверия М. М. 22, 23, 42, 49, 90, 91
Притыко А. Г. 45, 84, 94, 109
Прокопович В. С. 36
Проскурина Ю. К. 18
Прямиков А. Д. 104
Пчелов В. В. 65
Пшемысская И. А. 84

Р

Рабинович С. А. 85
Равич Л. Д. 85, 106
Раджабов А. А. 41
Раков Д. В. 16
Расстригин С. Н. 51
Рассулова М. А. 96, 99
Расторгуева Л. И. 35
Редкобородый А. В. 95
Редькина М. А. 47
Резаков Р. А. 53
Резепов А. С. 33, 77
Репин И. Г. 25
Решетников А. В. 105
Решетова А. А. 87, 88
Рогаль М. Л. 76
Рогаль М. М. 108
Родионов Е. П. 32
Родников С. Е. 63
Романенко С. Г. 58
Романова А. В. 43
Романовских А. Г. 92
Ротанова Р. И. 88
Рубакова Л. И. 102
Рубинова Ю. Л. 16
Рубцов Н. В. 95
Румянцева М. В. 102, 103
Рунихина Н. К. 87, 88
Русановская А. В. 85
Рыбальченко Г. Н. 23
Рыженков К. В. 10
Рылова А. К. 12

С

Саблина Н. В. 86
Савина А. В. 44
Савина Е. А. 86
Савицкий Е. М. 112
Савлаев К. Ф. 25, 87
Саликов А. В. 104
Самойленко И. В. 8
Самсонян Э. Х. 87
Сандаков Я. П. 87, 88
Саржина М. Н. 16, 18
Сатинбаев З. И. 66
Сафонов Н. В. 8
Свеженцева Е. О. 65
Сдвижков А. М. 36
Северина Ю. В. 16
Седненкова Т. А. 88
Секундова М. А. 87
Семенистый А. А. 75
Сергеенко Е. Ю. 88
Серебровская О. В. 89, 93
Серегин А. А. 89
Серегин А. В. 62, 89
Серегин И. В. 69, 90
Сетдикова Г. Р. 37
Симанков И. В. 89
Симонова А. Ю. 42, 49, 90, 91
Симонова Т. В. 111
Симонсен Н. Л. 91
Синицын М. В. 91
Синопальников А. И. 92
Синявкин Д. О. 82, 92
Ситель А. Б. 92
Скоробогатов М. Б. 21
Скрипченко Д. В. 59
Скрыпник Д. В. 24
Скрябин В. Ю. 46
Слепнев С. Ю. 92
Слободчикова Н. С. 84
Смирнов В. В. 93
Смирнов И. И. 93
Смирнова С. О. 111
Смирнова Т. Ю. 71
Смирновская М. С. 57
Сморщок В. Н. 22
Сницарь А. В. 80
Созаева Л. Г. 98
Соколов А. В. 94
Соколов В. В. 95
Соколов Е. А. 23, 29, 37, 94
Соколов П. Л. 94
Соколова Н. П. 16
Солдатова Н. В. 65
Солонин С. А. 23
Сорокин А. С. 46
Сорокина Г. Л. 75
Сошин Ю. В. 39
Старинский М. В. 14
Столяревич Е. С. 11
Стрельцов Ю. В. 50
Стрига Е. В. 81
Сулейманов А. Б. 84
Сундков А. В. 71
Сурков П. Т. 97
Суркова Т. С. 95
Сурнина С. С. 26
Суханова Е. О. 24
Сысоева И. Л. 101
Сычев А. В. 25
Сычев Д. А. 49, 105

Т

Табакман Ю. Ю. 95
Тавобилов М. М. 108
Тазов М. Я. 23
Талыпов А. Э. 69
Тальковский Е. М. 96
Тараканова О. В. 95
Тарасова Н. А. 18
Тетенова Е. Ю. 75
Тетерин Ю. С. 76
Тимохин Е. В. 88
Тимощенко Е. Г. 89
Типсина Н. В. 18, 19
Титова Е. Г. 19
Тишкевич О. А. 101
Товмасян А. С. 59
Токарев К. Ю. 96
Толокнов А. В. 42
Томилов А. А. 23, 30
Топольницкий О. З. 81
Торчинава И. Р. 49
Трухан А. Н. 94
Трушкин Р. Н. 96, 97, 98
Туманова Е. Л. 98
Туманова У. Н. 111
Туманян С. С. 90
Тумгоева Л. Б. 98
Тупицына Ю. Ю. 64, 99
Тухикян А. С. 74
Тучак О. Н. 19
Тучина О. Д. 8
Тыщенко А. О. 16

У

Ульянов Д. И. 40
Умяров Р. Х. 47
Уханова А. Н. 18
Уянаева А. И. 64, 99
Уянаева М. А. 24, 62, 63, 99

Ф

Фатахутдинов А. Х. 100
Федоров М. В. 75
Федорова О. В. 8
Федяков А. Г. 100
Фетисов И. С. 76, 100
Фетцер Д. В. 53
Филатова Т. А. 65
Филимонов Е. В. 69, 90
Филинов В. Л. 36
Филиппов А. В. 100
Филиппов П. Г. 44, 101
Филиппова Т. Н. 18
Фоломина Т. Е. 34
Фомина Д. С. 57, 95
Фролов В. А. 101
Фролова А. И. 65
Фролова Н. Ф. 11, 22, 101

Х

Хайретдинов О. З. 102
Хан М. А. 61, 65, 81, 102, 103
Хандзрацян А. С. 103
Харисов Н. Ф. 99
Харламов И. В. 65
Хириев Т. М. 64
Хмылов Л. М. 85
Холодов Э. Ю. 104
Хоптяр М. С. 47
Хосровян А. М. 38
Хохлатов Д. Э. 74
Хрипун А. И. 104
Христофорова О. А. 109
Хрупкин В. И. 39, 62
Хрупова А. Н. 104
Хуцишвили Л. Г. 95

Ц

Царапкин Г. Ю. 58, 59
Царенко С. В. 50
Цветкова Н. А. 44, 71, 101
Цидаева И. Г. 92
Цыгин Н. А. 45

Ч

Чарчян А. М. 75, 105
Чекмарева И. А. 59
Черепянцев Д. П. 74
Черкасов Ю. Е. 62
Черняева М. С. 49, 78, 105
Чиж Е. Ю. 105
Чипигина Н. С. 106
Чубарова А. И. 103
Чувилов А. О. 19
Чучалин А. Г. 77

Ш

Шабунин А. В. 106, 107, 108
Шавырин И. А. 87
Шагинян А. Р. 61
Шагинян Г. Г. 64, 108, 109
Шакиров Х. А. 107
Шалыгин В. А. 49
Шамалов Н. А. 24
Шапошникова А. Ф. 109
Шароев Т. А. 25, 87, 109
Шашлов С. В. 110, 112
Швайко С. В. 92
Шветский Ф. М. 38
Шевченко В. П. 47
Шевченко Н. А. 83
Шевченко Ю. С. 110
Шейх Ж. В. 92
Шимарова О. В. 67
Шиошвили В. А. 20
Ширяев В. С. 38
Шитиков Е. А. 74
Шишенок Ю. В. 20
Шишкина Е. А. 44
Шишова В. Г. 12
Шляховский И. А. 76
Шмилович А. А. 110
Шнайдерман М. С. 111
Шогенова Л. В. 77
Шпектор А. В. 24
Шубин А. А. 61

Щ

Щеголев А. А. 70
Щеголев А. И. 111

Э

Эминов М. З. 107
Энеева М. А. 55

Ю

Юрьева А. В. 19
Юсуфов З. А. 89

Я

Якимов Л. А. 52, 112
Яковлев М. Ю. 110, 112
Якомаскин В. Н. 13, 21, 106, 107
Якушев А. А. 8
Якушин А. А. 112
Яматина С. В. 81
Янгуразова Д. Р. 28
Яновский В. В. 60
Ярема Т. Н. 16
Ярцев П. А. 76, 108

Этапы интеграции семьи в процесс реабилитации ребенка с ментальными нарушениями

Абрамов К. В., Ермакова М. В.
ГБУЗ «НПЦПЗДП им. Г. Е. Сухаревой ДЗМ», Москва

Реакция семьи на появление ребенка с особенностями схожа с процессом переживания горя. Стадия переживания горя, на которой находится семья, обусловливает поведение, эмоциональные реакции, степень сотрудничества со специалистами, отношение семьи к особенностям и трудностям ребенка. Все это влияет на процесс его реабилитации и адаптации. На начальном этапе, когда семья сталкивается с фактом болезни ребенка, она отрицает эту информацию и, как следствие, игнорирует трудности ребенка. Родители часто пропускают коррекционные занятия, игнорируют рекомендации специалистов, не интересуются результатами занятий, не планируют путь реабилитации после выписки. Таким образом семья максимально старается не сталкиваться с «новой реальностью». За стадией отрицания следует стадия агрессии. Родители злятся на всех специалистов и на нежелательное поведение ребенка, ведь оно напоминает им про трудности. Семья не способна на конструктивное взаимодействие ни со специалистами, ни с ребенком. Агрессия может сменяться чувством вины, растерянностью и беспомощностью. В реабилитационном процессе такие родители никогда не просят о помощи, не задают вопросы. Из чувства вины родители часто гиперопекают ребенка, стараются как бы «отдать дань», что инвалидизирует его еще больше. На следующем этапе родители начинают «торговаться» со специалистами, хотят «получить гарантии». Родители чересчур нагружают детей коррекционными занятиями без учета их состояния, физических и психических особенностей и потребностей. За стадией торга следует стадия депрессии, на которой возникает острое чувство несостоятельности как родителя, взрослые не замечают положительную динамику, сильные стороны и успехи ребенка. Последний этап – принятие. На данной стадии родители активно включены в процесс реабилитации и сотрудничают со специалистами.

Выводы. 1. Основная задача специалистов – создать обстановку, в которой родитель смог бы найти доступ к своим ресурсам и пройти все эти стадии, чтобы смочь объективно оценить особенности ребенка и активно включиться в реабилитационный процесс. 2. Один из самых мощных ресурсов – семья и возможность разделенного опыта переживания горя. 3. Члены семьи могут находиться на разных этапах переживания, поэтому очень важно работать со всей семьей.

Влияние микроРНК на характер атерогенных нарушений у детей с солидными опухолями

Абрамов А. А., Петриченко А. В., Неудахин Е. В., Иванова Н. М.
ГБУ «НПЦ специализированной медицинской помощи детям имени В. Ф. Войно-Ясенецкого ДЗМ», Москва

Введение. В развитии атеросклероза принимает участие большой спектр различных биологически активных веществ. При этом важную роль играют микроРНК. Они регулируют экспрессию генов на посттранскрипционном уровне, влияя на образование белка, контролируют синтез липопротеинов высокой и низкой плотности, гомеостаз холестерина, активность фагоцитоза.

Цель. Определение роли микроРНК в патогенезе и диагностике атерогенных нарушений у детей с солидными опухолями.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 30 пациентов с солидными опухолями в возрасте от 5 до 17 лет (основная группа) и 4 здоровых ребенка в возрасте от 8 до 12 лет (контрольная группа). Выделение общей микроРНК проводилось из 200 мкл плазмы крови методом адсорбции на колонках с последующим центрифугированием. Затем проводили реакцию обратной транскрипции тотальной микроРНК с получением кДНК. Определение индивидуальных микроРНК (mir-21, mir-24, mir-125, mir-126, mir-145, mir-222, let-7a, let-7b) проводилось методом ПЦР в режиме реального времени с использованием высокоспецифических праймеров на каждую микроРНК. Полученные данные обработаны с помощью программного обеспечения Microsoft Excel-2010.

Результаты. При рецидивах солидных опухолей отмечается повышение атерогенных фракций микроРНК (mir-21, mir-24, mir-125), снижение антиатерогенных (mir-126, mir-145, mir-222, let-7a, let-7b). Соотношение атерогенных и антиатерогенных фракций (коэффициент атерогенности) у детей с солидными опухолями составляет 1,31; у здоровых детей – 0,13. Вне рецидива опухолей преобладают антиатерогенные микроРНК (коэффициент меньше 1).

Выводы. 1. МикроРНК, участвующие в развитии атерогенных процессов, параллельно играют роль и в онкогенезе. 2. Показатели микроРНК можно использовать для диагностики атерогенных нарушений и степени тяжести солидных опухолей, а также для оценки эффективности их терапии.

Значение церебральных сосудистых нарушений у детей и подростков в условиях психиатрической клиники

Абрамова М. Ф.[1, 2], Арефьев И. М.[1], Абрамов К. В.[1]
[1]*ГБУЗ «НПЦПЗДП им. Г. Е. Сухаревой ДЗМ», Москва*
[2]*ФДПО ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н. И. Пирогова МЗ РФ, Москва*

Введение. Обследования детей различного возраста показали, что наиболее частыми являются расстройства: речевые – 50,5 %, эмоционально-волевой сферы – 29,2 %, когнитивные – 9,2 %, поведения – 7,7 %, аутистического спектра (РАС) – 12,3 %. У детей с различными нарушениями поведения, речи, особенно находящихся в психиатрических клиниках, недостаточно уделяется внимания изучению нарушений церебральной гемодинамики, которые имеют большое значение в клинических проявлениях, от головной боли до развития энцефалопатии, и влияют на функциональное состояние, значительно ухудшают когнитивные навыки и активность ребенка.

Более 60 лет назад выделены формы нарушений церебральной венозной гемодинамики и наиболее частые клинические синдромы проявления энцефалопатии: астеновегетативный и псевдотуморозно-гипертензионный. Нарушения центральных регуляторных механизмов сосудистого тонуса – один из факторов астеновегетативного синдрома (ангиодистонии, флебопатии), чаще отмечаются у пациентов с дисплазией соединительной ткани (ДСТ).

Цель. Определение значения церебральных нарушений у детей и подростков в условиях психиатрического стационара для обоснования терапии.

Материалы и методы. Обследовано 54 ребенка 3–6 лет с различными формами задержки психоречевого и речевого развития, 28 детей 13–18 лет с нарушениями веса, аппетита, настроения, с диагнозом «анорексия». Исследования церебральной гемодинамики проведены ультразвуковыми методами: транскраниальная допплерография (ТКДГ), дуплексное сканирование.

Результаты. ДСТ – 70 % детей, 32 % – синдром неврологических нарушений. ТКДГ – статистически значимые нарушения у детей с задержкой речевого и психоречевого развития в каротидной системе (снижение и асимметрия скоростей кровотока, тонуса – 89 %, основной артерии – 75 %). Нарушения венозного оттока по глубоким венам мозга регистрировались различной степени выраженности у 77 %. У 67 % подростков с анорексией – выраженные ангиодистонические нарушения по брахиоцефальным сосудам, ультразвуковые признаки внутричерепной гипертензии.

Выводы. 1. Ультразвуковое исследование брахиоцефальных сосудов позволило определить взаимосвязь клинических проявлений и состояния церебральной и экстрацеребральной гемодинамики, что важно для лекарственного ведения пациентов с церебральными нарушениями. 2. Раннее выявление и комплексная коррекция отклонений в развитии, начатая с первых лет жизни ребенка, позволяют предупредить появление дополнительных нарушений, скорректировать уже имеющиеся трудности и в результате значительно снизить степень социальной недостаточности детей с отклонениями в развитии, достичь максимально возможного для каждого ребенка уровня общего развития, образования, степени интеграции в общество.

Современные тренды в психотерапии наркологических больных

Агибалова Т. В., Бузик О. Ж., Поплевченков К. Н., Тучина О. Д.
ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ», Москва

На фоне сложного этиопатогенеза и мультифакториального характера болезней зависимости, недостаточной эффективности фармакотерапии остается крайне актуальной проблема использования психотерапевтической помощи на всех этапах лечебно-реабилитационного процесса. Психотерапия в наркологии – это целенаправленная профессиональная помощь в изменении и восстановлении нарушенной деятельности организма психологическими средствами, в устранении личностных и поведенческих расстройств, оптимизации межличностных отношений, усилении мотивов к участию в лечебных и реабилитационных программах, а также к отказу от употребления психоактивных веществ и ресоциализации.

На сегодняшний день вопрос о психотерапевтических подходах к лечению пациентов с болезнями зависимости не является однозначно решенным: при всем разнообразии предложенных вариантов и методов психотерапии число программ с доказанной эффективностью крайне невелико. Это свидетельствует о сохраняющейся актуальности дальнейшей оптимизации психотерапевтических подходов начиная от самого первого этапа – мотивирующих воздействий, формирования психотерапевтического альянса, «комплайенс-психотерапии» – до более сущностных, глубинных воздействий на поздних этапах лечебно-реабилитационного процесса.

Как показывают научные исследования и клиническая практика, использование психотерапии может не только помочь пациентам решать психологические проблемы, налаживать семейные взаимоотношения, содействовать адаптации в социуме, но и быть эффективным методом для предотвращения обострений патологического влечения и формирования стабильной продолжительной и качественной ремиссии. Кроме того, применение психотерапевтических методов актуально как для краткосрочных, алгоритмизированных, мишеневориентированных форм работы, так и для долгосрочных программ реабилитации.

Выбор и продолжительность проведения тех или иных методов психотерапии определяется уровнем реабилитационного потенциала пациента, наличием наследственной предрасположенности, особенностями клинических проявлений основного заболевания, коморбидной и сочетанной психопатологией, личностным, социальным и семейным статусом больного. При этом обязательным является применение одного из следующих методов психотерапии с доказанной эффективностью: когнитивная психотерапия, мотивационная психотерапия, бихевиоральная психотерапия, психодинамическая психотерапия, гуманистическая психотерапия, семейная психотерапия.

Вывод. В настоящее время как в отечественной, так и в зарубежной наркологической практике при применении методов психотерапии основным трендом является применение научно обоснованных методов с доказанной эффективностью.

Тактика лечения больных хроническим туботимпанальным гнойным средним отитом

Азаров П. В., Мосейкина Л. А., Федорова О. В., Артюшина Е. И., Зализко А. В., Негребова М. М., Косарев Я. М., Якушев А. А., Короткова А. С., Красивичева О. В.
ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ», Москва

Введение. Одним из наиболее часто встречающихся заболеваний среди заболеваний лор-органов является хронический гнойный средний отит (ХГСО). По данным ВОЗ, ХГСО страдают от 65 до 330 млн человек, 60 % из них имеют значительное снижение слуха. В РФ распространенность ХГСО составляет от 8,4 до 39,2 на 1000 населения. Данному заболеванию подвержены различные возрастные категории, причем преобладает трудоспособный возраст.

Цель. Разработка системы индивидуального электронного послеоперационного контроля для снижения риска повторного оперативного лечения.

Материалы и методы. В период 2018–2019 гг. в условиях оториноларингологического отделения ГКБ № 52 было пролечено 852 пациентов в возрасте от 20 до 70 лет с диагнозом «туботимпанальный ХГСО». Основными факторами возникновения заболевания явились поздняя обращаемость пациентов, несвоевременная диагностика заболевания, а также отсутствие адекватного лечения. Анализ статистических данных показывает, что наиболее частые причины развития заболевания – дисфункция слуховой трубы у 443 (52 %) пациентов, заболевания носа и носоглотки – у 358 (42 %) пациентов, травма уха – у 42 (5 %) пациентов, аномалии развития черепа у 8 (1 %) пациентов. При обследовании больных выполнялись тональная пороговая аудиометрия, демонстрировавшая наличие кондуктивной либо смешанной тугоухости, импедансометрия, акуметрия, камертональные опыты. При выборе тактики лечения мы руководствовались традиционными канонами предоперационной подготовки, включающей устранение факторов, провоцирующих нарушение вентиляции барабанной полости, в сочетании с последующим двухнедельным курсом местной терапии с учетом чувствительности флоры. Следующим этапом всем пациентам выполнялась тимпанопластика (ТП) эндоуральным подходом. В 542 (64 %) наблюдениях выполнялась ТП I типа и в 305 (35 %) – ТП III типа (в том числе с применением протезов фирмы Kurz), в 5 (1 %) – тимпанопластики II и IV типов.

Результаты. Успешный результат был достигнут в 95 % случаев (в 5 % случаев причинами несостоятельности меатотимпанального лоскута, по всей видимости, могли стать недостаточная вентиляция барабанной полости, неадекватная эрадикация бактериального агента, образование биопленок, отягощающие соматические заболевания, несоблюдение рекомендаций в раннем послеоперационном периоде, недостаточная квалификация отохирурга). В 5 % случаев выполнялась повторная операция с достаточным функциональным результатом. Для оценки динамики течения послеоперационного периода нами была разработана система электронного мониторинга больных, индивидуальный график амбулаторного посещения, включающий осмотр и аудиологический контроль в сроки 1, 3, 6 месяцев, при необходимости выполнялась КТ височных костей.

Выводы. 1. Правильная предоперационная подготовка, ранняя реконструкция системы среднего уха улучшает перспективы у лиц с ХГСО. 2. Разработанная нами система индивидуального послеоперационного контроля позволяет снизить риск необходимости повторного оперативного лечения.

Роль нефлюороскопических методов навигации в проведении процедур радиочастотной абляции

Алимов Д. Г., Самойленко И. В., Сафонов Н. В.
ГБУЗ «ГКБ № 4 ДЗМ», Москва

Введение. Осведомленность о рисках, связанных с облучением ионизирующей радиацией пациента и медицинского персонала, значительно возросла. Ежегодно публикуются результаты исследований, которые показывают, что использование системы трехмерного анатомического картирования значительно сокращает время флюороскопии, а в некоторых случаях сводит его к нулю. Учитывая мировой опыт безопасности и эффективности данных процедур с использованием навигационных систем, в ГКБ № 4 с 2018 г. большинство радиочастотных абляций (РЧА) выполняется почти без использования флюороскопии.

Цель. Оценить возможности нефлюороскопических методов навигации в проведении процедур РЧА.

Материалы и методы. В 2017–2019 гг. на базе ГКБ № 4 выполнено 807 РЧА. Критерии включения: пароксизмальные суправентрикулярные тахикардии, желудочковые эктопии. Критерии исключения: пациенты с имплантированными сердечными устройствами. Конечные точки: основные сердечно-сосудистые события, повторные операции. Все пациенты были разделены на две группы. 1-я группа – 409 пациентов: РЧА дополнительных путей проведения (ДПП) – 26 (6,36 %), РЧ модуляция атриовентрикулярного соединения (АВ-соединения) – 78 (19,07 %), РЧА эктопического очага в желудочках – 25 (6,11 %), РЧА каватрикуспидального истмуса (КТИ) – 101 (24,69 %), РЧ изоляция устьев легочных вен – 179 (43,77 %). Пациентам из этой группы проводилась процедура с использованием флюороскопии. Средний возраст составил 65 ± 5,6 года. Мужчин – 198, женщин – 211. Среднее время процедуры составило 87 ± 28 мин. 2-я группа – 398 пациентов: РЧА ДПП – 28 (9,55 %), РЧА модуляция АВ-соединения – 74 (17,84 %), РЧА эктопического очага в желудочках – 20 (5,03 %), РЧА КТИ – 91 (22,86 %), РЧ изоляция устьев легочных вен – 185 (46,48 %). Средний возраст составил 65 ± 5,2 года. Мужчин – 198, женщин – 200. Среднее время процедуры составило 90 ± 35 минут. Все процедуры выполнялись с помощью системы навигации Biosense Webster Carto 3. Результаты операции оценивали через 2, 6 и 12 месяцев с помощью трехдневного мониторирования ЭКГ.

Результаты. Эффективность операций в группах составила 100 %. Отдаленные результаты по поводу лечения ДПП, модуляции АВ-соединения, эктопического очага в желудочках, РЧА КТИ составили в обеих группах соответственно 98 и 97 %. При изоляции устьев легочных вен – 73 и 75 % соответственно. Число осложнений составило в 1-й группе 12 (2,93 %) и во 2-й группе – 11 (2,76 %) . В 1-й группе диагностировано 10 (2,44 %) гематом в области пункции, 2 (0,49 %) гемоперикарда. Во 2-й группе – 9 (2,26 %) гематом в области пункции, 2 (0,5 %) гемоперикарда. Средняя доза в 1-й группе составила 14 мЗв. Во 2-й группе – 1,6 мЗв.

Вывод. Использование навигационной системы позволяет значительно снизить время флюороскопии при сохранении эффективности и безопасности РЧА.

Опыт комплекеного лечения пролежней различной локализации

Аникин А. И., Деденков О. А., Завьялов Б. Г.
ГБУЗ «ГКБ № 17 ДЗМ»

Введение. Пролежни отягощают общее состояние пациентов и являются частой причиной летальности. Смертность пациентов с пролежнями в 2–3 раза выше, чем без них.

Цель. Улучшение результатов лечения пациентов с пролежнями.

Материалы и методы. За 2017 и 2018 гг. проанализированы результаты лечения 26 пациентов с пролежнями различной стадии и локализации. Средний возраст пациентов составил 54,6 + 2,1 лет. Площадь пролежней варьировала от 20 до 300 см^2. Причинами образования пролежней были: спинальная травма у 7 (26,9 %), демиелинизирующие заболевания – у 4 (15,4 %), нахождение в реанимации – у 7 (26,9 %), ЦВБ – у 8 (30,8 %) пациентов. Пролежни III и IV стадии были у 20 (76,9 %) больных. У 16 (61,5 %) пациентов пролежни локализовались в крестцовой и седалищной областях. Лечение было комплексным и включало хирургическую обработку с этапными некрэктомиями и гидрохирургической обработкой, противопролежневые мероприятия, направленную антибиотикотерапию, местное лечение, включающее вакуум-терапию, и кожную пластику пролежней ротационными кожно-фасциальными и кожно-мышечными лоскутами, выполненную 11 (42,3 %) пациентам. Осложнения (частичное нагноение и некроз лоскута) отмечены у 2 (18,2 %) из этих пациентов.

Результаты. В анализируемой группе среди пациентов, которым не выполнялась кожная пластика, средний койко-день составил 9,6 + 2,9 дней, в то время как в контрольной группе средний койко-день был 12,3 + 2,4. Средний койко-день у пациентов, перенесших кожную пластику, составил 19,7 + 2,1 дней. В группе сравнения таких пациентов не было. Отдаленные результаты (через полгода) отслежены у 20 пациентов. Полное заживление отмечено у 14 (70 %), уменьшение в размерах и отсутствие осложнений – у 3 (15 %), прогрессирование процесса из-за ненадлежащего ухода – у 1 (5 %) пациента. Летальный исход, не связанный с течением раневого процесса, был у 2 (10 %) больных.

Вывод. Комплексный подход в лечении пациентов с пролежнями, активная хирургическая тактика с применением вакуум-терапии, кожно-пластических вмешательств позволяют в кратчайшие сроки купировать гнойно-некротический процесс и ликвидировать сам пролежень, что позволяет улучшить качество жизни пациентов и сократить затраты на лечение.

Опыт организации выявления и дифференциальной диагностики туберкулеза легких в условиях гериатрических отделений Госпиталя для ветеранов войн № 3

Антонова Е. В., Карнаушкина М. А.
ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн № 3 ДЗМ», Москва
ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова МЗ РФ», Москва

Введение. Изменения в иммунной системе, вызванные хроническими заболеваниями и возрастными изменениями, делают людей пожилого и старческого возраста более восприимчивыми к инфекционным агентам, в том числе к туберкулезу. Своевременную постановку диагноза «туберкулез» у них затрудняет стертая клиническая картина заболевания. Поскольку пациенты пожилого и старческого возраста часто маломобильны и имеют ряд тяжелых коморбидных заболеваний, то обследование с применением высокотехнологичных методов диагностики с привлечением врачей разных специальностей целесообразно проводить на базе гериатрических отделений, созданных специально для этой возрастной категории больных.

Цель. Апробация модели обследования пациентов пожилого и старческого возраста с подозрением на туберкулез на базе гериатрических отделений.

Материалы и методы. Предложенная модель представляет собой следующую схему.

1. Выявление больных туберкулезом органов дыхания на уровне приемного отделения. При отсутствии данных рентгенологического обследования рентгенография органов грудной клетки (ОГК) проводится на этапе приемного отделения. При выявлении изменений в легочной ткани, подозрительных в отношении туберкулеза, или при наличии туберкулеза в анамнезе пациент на уровне приемного отделения осматривается штатным фтизиатром госпиталя.
2. Выявление больных туберкулезом среди госпитализированных пациентов. В госпитале фтизиатр продолжает наблюдение за пациентами пожилого и старческого возраста, находящимися там с заболеваниями органов дыхания. В период с 2014 по 2018 г. в ходе обследования диагноз «туберкулез» был заподозрен у 31 больного, в 19 (61 %) наблюдениях он был подтвержден в противотуберкулезных учреждениях. Из 19 пациентов пожилого и старческого возраста с активным туберкулезом диссеминированный туберкулез был выявлен у 3 пациентов, инфильтративный туберкулез – у 4, из них у 2 пациентов туберкулез был в фазе распада. Еще 5 человек имели туберкулез внутригрудных лимфатических узлов. По 2 пациента имели туберкулему и очаговый туберкулез, 1 – туберкулезный плеврит. У 2 пациентов старше 90 лет был выявлен генерализованнный туберкулез – милиарный туберкулез легких и надключичных лимфоузлов и диссеминированный туберкулез легких в сочетании с туберкулезным спондилитом.
3. Проведение КТ ОГК является «золотым стандартом» дифференцированного подхода к выявлению туберкулеза у пациентов гериатрических отделений. Пациенты гериатрических отделений часто имеют хронические бронхолегочные заболевания, не позволяющие при проведении классической рентгенографии ОГК выявить и оценить характер «свежих» изменений в легких. Оценка эффективности проводимой терапии осуществляется по данным контрольной КТ ОГК.
4. Лабораторное подтверждение диагноза «туберкулез» в условиях госпиталя проводится методом бактериоскопии мокроты, смыва с бронхов на наличие кислотоустойчивых микобактерий (КУМ). В 2015–2018 гг. было обследовано на КУМ около 2000 больных, из них имели положительный результат 3 пробы в мазке мокроты и 2 пробы в смыве с бронхов при фибробронхоскопии.
5. В сложных клинических случаях в качестве дополнительного метода диагностики туберкулеза легких у пациентов пожилого и старческого возраста в условиях гериатрических отделений может быть использован Диаскинтест. Однако анергия, наличие тяжелых коморбидных патологических состояний у возрастной группы пациентов могут быть причиной ложноотрицательной пробы. При сохранении подозрения на активный туберкулез фтизиатр госпиталя организует перевод пациентов в противотуберкулезный стационар МНПЦ БТ или направляет в ПТД.

Результаты. За все время работы Госпиталя ветеранов войн № 3 ежегодно выявлялось от 5 до 10 случаев активного туберкулеза, что в общей структуре нозологий составляет 0,5–0,8 % пролеченных больных.

Вывод. Низкие показатели выявления активного туберкулеза позволила обеспечить созданная и внедренная модель обследования пациентов пожилого и старческого возраста с подозрением на туберкулез на базе гериатрических отделений Госпиталя ветеранов войн № 3, основанная на быстром и грамотном взаимодействии структур и подразделений госпиталя.

Анализ клинической практики больных сахарным диабетом в Москве

Анциферов М. Б.[1], Демидов Н. А.[2]
[1]*ГБУЗ «Эндокринологический диспансер ДЗМ», Москва*
[2]*ГБУЗ «Больница г. Московский ДЗМ», Московский*

Проведен анализ клинической практики терапии больных сахарным диабетом (СД) на основе данных Федерального регистра сахарного диабета (ФРСД). По данным ФРСД, в Москве на 01.01.2019 г. насчитывалось 20 тыс. больных СД 1-го типа (СД1)и 325,1 тыс. больных СД 2-го типа (СД2).
Средний уровень HbA1c у больных СД1 составил 7,7 %, у больных СД2 – 7,2 %. Больные СД1 чаще всего получают базис-болюсную инсулинотерапию (95,8 %), значительно реже – ультракороткий инсулин с помощью индивидуального дозатора (инсулиновой помпы) (4,2 %).
Лишь 1,4 % больных СД2 находятся только на нелекарственной терапии, а 21,7 % больных получают препараты инсулина. Больные СД2, не получающие препараты инсулина, чаще всего используют сахароснижающие препараты (ССП) в виде монотерапии (61,4 %) либо комбинации 2 препаратов (34,9 %). Терапия 3 и более ССП встречается только у 3,7 % пациентов. В монотерапии СД2 чаще всего (65,5 %) используется метформин (Мет) и препараты сульфонилмочевины (СМ) – 32,3 %. Самой частой комбинацией двух ССП является комбинация Мет + СМ (83,3 %). При применении трех ССП чаще всего используется комбинация: Мет + СМ + иДПП4 (49,1 %). Инновационные ССП (агонисты глюкогоноподобного пептида – 1, ингибиторы дипептилпептидазы 4-го типа, ингибиторы натрий-глюкозного котранспортера 2-го типа) на 01.01.2019 г. получали 9 % пациентов. У больных СД2, использующих инсулинотерапию, чаще всего применялась базис-болюсная схема (48,7 %) и терапия только базальным инсулином (41,1 %).
Вывод. Важнейшим достижением внедрения современных подходов в терапии больных СД явился рост средней продолжительности их жизни: как при СД1 (у мужчин с 48,1 года в 2013 г. до 53,5 лет в 2018 г.; у женщин – с 49,7 лет в 2013 г. до 56,8 лет в 2018 г.), так и СД2 (у мужчин с 71,8 года в 2013 г. до 72,7 лет в 2018 г.; у женщин – с 77,6 лет в 2013 г. до 79,7 лет в 2018 г.).

Оценка эффективности диагностики гиперпластических процессов эндометрия с применением офисной гистероскопии

Апресян С. В., Полонская Л. С., Рыженков К. В., Баблоян А. Г.
ГБУЗ «ГКБ им. А. К. Ерамишанцева ДЗМ»

Введение. Гиперпластические процессы эндометрия являются самой частой причиной госпитализации женщин в стационар. До сих пор основным скрининг-методом диагностики патологических состояний полости матки является УЗИ, точность диагностики которой в ежедневной практике составляет от 25 до 94 %. «Золотым стандартом» в диагностике гиперпластических процессов эндометрия остается гистероскопия с гистологическим исследованием биоптата.
Цель. Изучить диагностическую эффективность офисной гистероскопии.
Материалы и методы. За период с октября 2018 по май 2019 г. в ГКБ им. А. К. Ерамишанцева ДЗМ проведено обследование и лечение 127 пациенток с патологическим процессом эндометрия, средний возраст которых составил 48,5+1,6 лет. Методом случайной выборки пациентки были разделены на 2 группы. Основную группу составили 67 (52,3%) пациенток, которым проведена офисная гистероскопия в условиях амбулаторного центра. Контрольную группу составили 60 (47,2%) пациенток, которым проведена гистероскопия в условиях стационара. Проводилась оценка состояния слизистой цервикального канала, эндометрия, устьев маточных труб, наличие патологических изменений. Также проводилась биопсия эндометрия с последующим морфологическим исследованием.
Проведена оценка боли по цифровой рейтинговой шкале (Numerical Rating Scale, NRS 0–4 балла), которую испытывает пациентка во время проведения офисной гистероскопии. Согласно данной шкале, из 67 пациенток максимальная интенсивность болевого симптома в 4 балла оценена у 1 (1,5%) пациентки, 3 балла – у 8 (12%), 2 балла – у 38 (57%) и 1 балл – у 20 (30%) соответственно.
Результаты. При оценке информативности гистероскопического исследования в амбулаторных условиях нами выявлена высокая специфичность, что составило 88,6%, а чувствительность – 82,8%. При офисной гистероскопии хронический эндометрит выявлен у 16% пациенток, гиперплазия эндометрия – у 52%, что позволяет оценить высокую информативность метода. Проведена оценка частоты выявления гиперпластических процессов матки, при которой простая гиперплазия эндометрия выявлена у 35 (52,2%) пациенток основной и у 31 (52%) – контрольной группы. Полипы эндометрия и слизистой цервикального канала выявлены у 40 (59%) пациенток основной группы и у 32 (53,3%) – контрольной.
Низкая частота выявления синехий в цервикальном канале при проведении стационарной гистероскопии обоснована техникой расширения канала, при которой синехии разделяются механически и не визуализируются исследователем (за исключением плотных). Полипэктомия в основной группе в процессе офисной гистероскопии выполнена 39 (58,2%) пациенткам, в контрольной – 32 (53,3%). При морфологическом исследовании эндометрия у 39 пациенток (58,2%) в основной и у 43 (71,6%) в контрольной группах диагностирована железисто-кистозная гиперплазия эндометрия, у 40 (59%) пациенток, которым проведена офисная гистероскопия, и у 32 (53,3%), которым проведена стационарная гистероскопия, выявлены железисто-фиброзные полипы эндометрия. В 3 (4,4%) наблюдениях в основной и в 4 (5,2%) в контрольной группе выявлена аденокарцинома эндометрия.
Выводы. 1. Офисная гистероскопия является высокоинформативным стационарзамещающим амбулаторным методом диагностики и зачастую – лечения внутриматочных патологических процессов, позволяет выполнять полипэктомию, рассечение синехий. 2. Техника выполнения симультанных операций и интенсивность болевых ощущений позволяют исключить использование анестезиологического пособия, что минимизирует частоту нехирургических осложнений, а выполнение всех этапов офисной гистероскопии под прямым визуальным контролем позволяет исключить интраоперационные осложнения, такие как перфорация стенки матки.

Семейная иммунопрофилактика как инструмент борьбы с вакциноуправляемыми инфекциями

Артамонова И. Л.
ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей МЗ РФ», Москва

Вакцинация – выдающийся успех здравоохранения. Благодаря прививкам спасены миллионы людей, получивших право на здоровую жизнь. Семейная вакцинация представляет важный инструмент в решении проблемы борьбы с инфекционными болезнями. Кабинет семейной вакцинации в НМИЦ здоровья детей функционирует с 2007 г. Идеология кабинета семейной вакцинации была направлена на:

- вакцинацию детей, страдающих хроническими неинфекционными заболеваниями и часто имеющих отказы от вакцинации со стороны родителей;
- привлечение к вакцинации самих родителей, так как это формирует их ответственность как за собственное здоровье, так и за здоровье ребенка;
- вакцинацию сотрудников НМИЦ здоровья детей, так как собственный пример повышает убедительность приводимых аргументов для родителей.

О результатах работы кабинета семейной вакцинации по каждому из вышеперечисленных приоритетов свидетельствуют следующие данные. В 2014 г. в кабинете было вакцинировано 16 343 человека, в том числе 1041 родитель. В 2018 г. через кабинет прошло 23 954 человека, в том числе 3223 родителя. Более чем втрое увеличившееся количество вакцинаций родителей свидетельствует, с одной стороны, о степени их ответственности за здоровье семьи, а с другой – об умении врачебного и сестринского персонала сформировать мотивацию в семье к проведению вакцинации.
Значительно изменилось и число сотрудников, прошедших вакцинацию в нашем кабинете. Так, в 2014 г. их число составило 128 человек, а в 2018 г. также увеличилось втрое – 407 врачей и медицинских сестер.
Выводы. 1. Создание отделения семейной вакцинопрофилактики в нашем центре позволило отработать эффективный алгоритм (дорожную карту) для детей и родителей, имеющих и не имеющих медицинские отводы по различным причинам. 2. Сотрудники центра, получившие вакцинацию в нашем отделении, становятся пропагандистами семейной иммунопрофилактики.

Полиморфизм клинико-лабораторной картины атипичного гемолитико-уремического синдрома у пациентов с различными стадиями хронической болезни почек

Артюхина Л. Ю.[1], Иванова Е. С.[1], Бурулева Т. А.[1], Столяревич Е. С.[1, 2], Котенко О. Н[1].
[1]*ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ», Москва*
[2]*Кафедра нефрологии ФПДО ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А. И. Евдокимова МЗ РФ», Москва*

Введение. Атипичный гемолитико-уремический синдром (а-ГУС) – орфанное заболевание, проявляющееся системной, комплемент-опосредованной тромботической микроангиопатией (ТМА) с развитием микроангиопатической гемолитической анемии (МАГА), тромбоцитопенией и ишемическим поражением различных органов, чаще почек и ЦНС. Морфологически выявляется ТМА.
Цель. Изучить клинико-лабораторные аспекты дебюта а-ГУС, подходы к диагностике и ведению данной когорты пациентов на додиализной стадии и в условиях заместительной почечной терапии (ЗПТ), включая аллотрансплантацию почки (АТП).
Материалы и методы. Изучены 11 случаев а-ГУС, верифицированного на основании анамнеза, клинико-лабораторной картины и подтвержденного генетическими методами исследования, на фоне патогенетической терапии.
Результаты. Проанализированы 11 наблюдаемых нами случаев а-ГУС, имевших в дебюте заболевания диализ-потребную почечную недостаточность, в возрасте от 21 до 38 лет. В качестве триггера у 5 пациенток выступала беременность, в 1 наблюдении – оперативное вмешательство, в 1 – панкреатит. 4 пациента – без явного триггера, но с выраженной длительной артериальной гипертензией. Одна пациентка имела 6 эпизодов активации а-ГУС, провоцируемых энтероколитом.
При подозрении на а-ГУС начинались процедуры плазмообмена. При их неэффективности назначалась терапия экулизумабом.
На фоне лечения у 5 пациентов – стойкая ремиссия заболевания: у 3 – полное восстановление функции почек, у 2 – частичная ремиссия. У 1 пациента с регрессией до ХПН 1 ст. на фоне прекращения лечения развилась ТХПН, возобновлен программный гемодиализ (ПГД). У оставшихся 5 пациентов отмечалось необратимое почечное повреждение (в 2 случаях морфологически верифицирована ТМА). Данные пациенты получали ЗПТ, троим из них выполнена АТП. Одной пациентке выполнена повторная АТП в связи с возвратом ТМА в трансплантате в отсутствие терапии экулизумабом после первой АТП. В настоящее время у всех пациентов после АТП функция трансплантата удовлетворительная на фоне патогенетической терапии экулизумабом.
Выводы. 1. При а-ГУС своевременная диагностика и адекватная терапия улучшают прогноз исхода как в отношении пациента, так и в отношении почечной функции. 2. Проведение АТП при а-ГУС является приоритетным методом ЗПТ в сочетании с патогенетической терапией.

Перспективы ведения и прогноз возвратного ANCA-ассоциированного васкулита после трансплантации почки

Артюхина Л. Ю.[1], Иванова Е. С.[1], Фролова Н. Ф.[1], Котенко О. Н.[2], Столяревич Е. С.[1, 2]
[1]*ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ»*
[2]*ФГБОУ ВО МГМСУ им. А. И. Евдокимова, МЗ РФ, Москва*

Введение. В качестве заместительной почечной терапии (ЗПТ) при ANCA-ассоциированном васкулите с исходом в терминальную стадию хронической почечной недостаточности (ТХПН) наиболее перспективна аллотрансплантация почки (АТП). Выживаемость пациентов и трансплантатов в целом не отличается от таковой при других заболеваниях, приведших к ТХПН.
Цель. Анализ течения, особенностей терапии и прогноза возвратного БПГН в рамках ANCA-ассоциированного васкулита у реципиентов почечного трансплантата.
Материалы и методы. В 5 наблюдениях возвратного ANCA-ассоциированного васкулита с поражением трансплантата и экстраренальными проявлениями, особенностей патогенетической терапии с учетом базисной иммуносупрессии.
Результаты. По данным нашего центра, за последние 10 лет количество реципиентов почечного трансплантата с ТХПН в исходе БПГН составляет 1,3 %. БПГН трансплантата выявлен в 22,5 %. Проанализированы 5 наблюдений возврата ANCA-ассоциированного васкулита после АТП в возрасте от 25 до 54 лет, из которых 4 женщины и 1 мужчина. Первичное заболевание – БПГН (у 2 морфологически верифицирован). У 1 пациента – в сочетании с ТМА. Экстраренальные проявления: в 3 наблюдениях пневмонит с кровохарканьем, в 2 – суставной синдром. АТП проводилась вне активности васкулита.
Морфологически у всех пациентов выявлен экстракапиллярный гломерулонефрит, у 1 – с АФС-нефропатией и ТМА. Повышение серологических маркеров системного васкулита: 2 пациента с повышением c-ANCA, у 2 – повышение p-ANCA, у 1 – сочетание p-ANCA и c-ANCA. Патогенетическая терапия: пульс-терапия метипредом, преднизолон внутрь – 60 мг/сутки, плазмообмены, циклофосфан и (или) ритуксимаб. При сочетании с АФС применялись низкомолекулярные гепарины. Был получен полный регресс экстраренальных проявлений, нормализация серологических показателей. У 3 пациентов – регресс азотемических показателей с частичным восстановлением функции трансплантата.
Выводы. 1. Выполнение АТП при ANCA-ассоциированном васкулите является эффективным методом ЗПТ при отсутствии активности васкулита на момент трансплантации. 2. Частота возврата системного васкулита сравнима с рецидивами у нетрансплантированных пациентов. 3. Проведение патогенетической терапии эффективно для подавления активности васкулита, что увеличивает выживаемость пациентов после АТП и пролонгирует функцию трансплантата.

Заболевание почек и беременность: клинические подходы и тактика ведения в многопрофильном стационаре

Артюхина Л. Ю.[1], Кокая И. Ю.[1], Котомина Т. С.[1], Столяревич Е. С.[1, 2], Котенко О. Н.[1]
[1] *ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ», Москва*
[2]*ФГБОУ ВО МГМСУ им. А. И. Евдокимова МЗ РФ», Москва*

Введение. Нефрологические заболевания в акушерстве являются серьезной проблемой. Ведение беременности у пациенток с заболеваниями почек требует тщательного мониторинга, особенно при нарушенной функции почек и находящихся на заместительной почечной терапии (ЗПТ): программном гемодиализе (ПГД), перитонеальном диализе, реципиентки почечного трансплантата. Прогноз в большей степени определяется патологическим состоянием, ассоциированным с беременностью: преэклампсией, эклампсией, HELLP-синдромом.
Цель. Изучение течения беременности на фоне нефрологических заболеваний, соотнесение рисков развития осложнений, определение тактики ведения данной категории пациенток.
Материалы и методы. Проанализировано течение беременности и раннего послеродового периода у 35 пациенток с заболеваниями почек.
Результаты. Всего в клинике за год было принято 4890 родов, из них – 35 (0,7 %) пациенток с нефрологическими заболеваниями в анамнезе. У 8 пациенток был хронический гломерулонефрит (4 случая морфологически верифицированные: 2 – IgA-нефропатия, 1 – болезнь минимальных изменений, 1 – фокальный сегментарный гломерулярный склероз (ФСГС). 3 случая: первичный антифосфолипидный синдром, 1 – аномалия развития мочевыводящих путей. Остальные пациентки имели изолированный мочевой синдром, не верифицированный морфологически. 34 пациентки были с нормальными азотемическими показателями. У 2 пациенток была терминальная хроническая почечная недостаточность, ЗПТ: 1 на ПГД, 1 после повторной аллотрансплантации почки, что требовало жесткого мониторинга состояния матери и ребенка. Это позволило провести беременность и роды без значимых осложнений. Активация гломерулонефрита, потребовавшая патогенетической терапии, отмечалась в одном случае (рецидив нефротического синдрома при ФСГС). На фоне лечения кортикостероидами нефротический синдром регрессировал, беременность была пролонгирована. У остальных пациенток мочевой синдром не прогрессировал, проявлений преэклампсии и эклампсии не отмечалось.

В целом умеренная преэклампсия выявлялась у 881 пациентки (18 %), тяжелая – у 12 (0,2 %).

Выводы. 1. Полиморфизм нефрологических заболеваний диктует необходимость тщательного мониторинга состояния матери и плода. 2. В большинстве случаев риски осложнений сопоставимы с таковыми у здоровых женщин. 3. При сохранной функции почек беременность не оказывает значимого влияния на частоту развития преэклампсии и течение гломерулонефрита, что соотносится с патогенетическими процессами во время беременности. 4. При активации гломерулонефрита эффективно проведение патогенетической терапии.

Индивидуальные подходы к тренировкам дыхательной мускулатуры у пациентов с хронической сердечной недостаточностью II–III функционального класса

Арутюнов Г. П.[1], Ильина К. В.[1, 2], Колесникова Е. А[1]., Рылова А. К.[1], Шишова В. Г.[2]
[1] *ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова МЗ РФ», Москва*
[2] *ГБУЗ «ГКБ № 4 ДЗМ», Москва*

Введение. Важной частью физической реабилитации пациентов с сердечной недостаточностью (СН) являются тренировки дыхательной мускулатуры (ТДМ).

Цель. Исследование морфологических особенностей диафрагмы у пациентов с СН и новый подход к назначению ТДМ у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материалы и методы. 1-й этап. Проводилось морфофункциональное исследование аутопатов диафрагмы. Долю мышечной ткани сравнивали с результатами максимального инспираторного давления (МИД). Пациенты с 79–73 % мышечной ткани имели 43 ± 9 мм H_2O МИД; 58–55 % – 2 ± 4 мм H_2O МИД.

2-й этап. 67 пациентов (35 мужчин и 32 женщины), средний возраст которых составил 64,6 ± 7,2 лет, с II и III ФК по NYHA были разделены на группы. 1-я группа (Г1): 20 < МИД ⩽ 40 мм H_2O. 2-я группа (Г2): МИД > 40 мм H_2O. Пациенты в каждой группе были рандомизированы для занятий одним из 3 вариантов ТДМ: статические нагрузки (СН), динамические нагрузки (ДН), их сочетание (СДН) или дыхание без создаваемого сопротивления, контрольная группа (КГ). VO2 пик, МИД, качество жизни (КЖ) и приверженность тренировкам оценивали исходно и через 3, 6, 12 месяцев.

Результаты. Через 12 месяцев в Г2 было большее увеличение физической выносливости в сравнении с исходным (–VO2 56 % против 37 % в Г1). В период 6–12 месяцев госпитализаций из-за прогрессирования СН и пневмоний было меньше в Г2 (11,3 против 17,9 против 21,5). Летальных исходов также меньше в Г2 (9,5 против 14,7 против 19,1). В Г2 выполнение СН, ДН и СДН способствовало улучшению выносливости и снижению госпитализаций, со статистически лучшим результатом у пациентов с СДН. В Г1 статистически значимые лучшие результаты показали пациенты с ДН и СДН без достоверной разницы между ними. Пациенты КГ показали лучшие результаты по приверженности КЖ.

Выводы. 1. Морфологическое строение диафрагмы напрямую коррелирует с функциональными нарушениями дыхания, определяет наиболее эффективный способ ТДМ. 2. При сохранении более чем 70 % мышечной ткани наиболее эффективно сочетание статических и динамических нагрузок упражнений, для 60–70 % мышечной ткани – динамические нагрузки.

Междисциплинарное взаимодействие наркологической службы

Аршинова В. В., Бедина И. А., Былинкина В. С.
ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии ДЗМ», Москва

Проанализированы современные мировые достижения междисциплинарного взаимодействия различных отраслевых учреждений здравоохранения в сфере профилактики, лечения и реабилитации пагубного употребления психоактивных веществ среди населения, реализованные в основных направлениях деятельности московской наркологической службы. Одна из главных особенностей российской системы здравоохранения – это доставшаяся в наследство служба оказания наркологической помощи, признанная ВОЗ лучшей и достойным примером для перенимания опыта.

На сегодняшний день государственная наркологическая служба сохранилась лишь в некоторых странах СНГ. В других странах оказание медицинской помощи наркологическим пациентам осуществляется, как правило, отдельными специалистами-практиками, работающими по патентам частной практики, или в отделениях соматических больниц. Кроме того, в этих странах существуют отдельные клиники, профилактические научные и практические центры. Реабилитационные мероприятия по преодолению болезней зависимости осуществляют государственные, коммерческие и некоммерческие реабилитационные центры, терапевтические сообщества, а также различные группы само- и взаимопомощи. Объединено все сертификационными центрами для специалистов, аккредитационными центрами для организаций, профессиональными медицинскими и немедицинскими ассоциациями.

Одновременно с этим услуги наркологического профиля сопряжены с лечением и профилактикой социально опасных заболеваний (ВИЧ, СПИД, туберкулез, инфекционный гепатит, ИППП), коморбидных психических расстройств и профилактикой противоправного поведения больных.

В системной работе государственной наркологической службы ДЗМ созданы все звенья профилактики (первичной, вторичной и третичной), лечения и реабилитации больных наркологическими заболеваниями. В рамках Приказа № 37 от 26.01.2018 в Москве выстраивается междисциплинарное взаимодействие со стороны первичной медико-санитарной помощи населению и наркологической службы.

МНПЦ наркологии разрабатывает и издает методические рекомендации, программы работы по отдельным направлениям, ведет подготовку смежных медицинских специалистов. Для этого Центр проводит уникальные научные исследования по адаптации инструментария скрининга наркологических заболеваний, разрабатывает алгоритмы проведения профилактических вмешательств и маршрутизацию пациентов с высокими наркологическими факторами риска в центрах здоровья и кабинетах профилактики.

Вывод. Система раннего выявления заболевания, своевременное обращение к врачу-наркологу позволяют выстроить современный целостный механизм снижения рисков развития наркологических расстройств среди населения.

Реабилитация спортсменов с травмой плечевого сустава

Арьков В. В.
ГАУЗ «МНПЦ медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗМ», Москва

Введение. В последние десятилетия, по данным ВОЗ, болезни костно-мышечной системы являются основной причиной заболеваемости, наносят значительный ущерб системе здравоохранения (Букуп К., 2007). Заметная роль в их патогенезе принадлежит травматическим факторам. После травмы плечевого сустава во всех случаях очень важно оценить функцию опорно-двигательного аппарата (Калинкин Л. А., 2008), а также объективно контролировать процесс восстановления (Разумов А. Н., 2007).

Цель. Разработка комплексной системы биомеханического и физиологического контроля восстановления и коррекции функциональных нарушений при спортивной травме плечевого сустава.

Материалы и методы. На всех этапах работы в исследовании принимали участие 315 спортсменов различных видов спорта. Методы исследования включали изокинетическую динамометрию, видеоанализ движения.

Сравнительный анализ изокинетических характеристик силовых возможностей мышц спортсменов показал существенные достоверные различия между представителями видов спорта с различной биомеханикой, то есть с различным вкладом силовой подготовленности верхних конечностей, в обеспечение специальной работоспособности.

По динамической силе верхних конечностей крайние позиции по уровню силовых возможностей занимали академическая гребля и баскетбол. Гребцы академического стиля отличались наибольшим уровнем развития мышц-сгибателей как правой, так и левой руки на всех рассматриваемых угловых скоростях. Баскетболисты, напротив, характеризовались минимальным уровнем силовых возможностей сгибателей и разгибателей рук. Ватерполисты, занимая по ряду позиций промежуточное положение, выделялись максимальным уровнем силы мышц-разгибателей обеих рук на всех угловых скоростях, а также мышц-сгибателей на высокой угловой скорости. Отличительными чертами дзюдоистов являлся высокий и средний уровень развития силовых возможностей разгибателей и сгибателей правой руки на низкой угловой скорости.

Результаты. В результате проведенных исследований разработана комплексная система оценки и коррекции нарушений опорно-двигательного аппарата после травмы верхних конечностей спортсмена, определены закономерности и нормативные показатели оценки динамической силы рук спортсменов, установлены количественные и качественные критерии их нарушения после травмы, изучены эффекты различных стимуляционных воздействий. По результатам исследования получен патент на изобретение № 2401056 «Способ реабилитации опорно-двигательного аппарата».

Показано, что основными принципами амбулаторной комплексной индивидуальной программы реабилитации должны быть:

- динамическое наблюдение врача восстановительной медицины или врача ЛФК;
- взаимодействие спортсмена, тренера и врача;
- частое выполнение (5 раз в день и более) упражнений на разработку объема движения;
- коррекция нарушений плечелопаточного ритма;
- акцент на восстановление мышц-стабилизаторов ключицы и лопатки, наружных ротаторов плеча, соотношения длинных головок бицепса и трицепса;
- объективный контроль эффекта лечения с использованием биомеханических методов.

Вывод. Индивидуальный подход в применении комплексной системы биомеханического и физиологического контроля восстановления и коррекции функциональных нарушений при спортивной травме плечевого сустава способствует наиболее качественной реабилитации.

Туберкулез и ВИЧ: проблемы борьбы с сочетанной инфекцией

Аюшеева Л. Б.
ГБУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ», Москва

Проблема сочетания туберкулеза и ВИЧ как двух социально значимых инфекций сохраняет актуальность и в мире, и в России, и в Москве. Повсеместно отмечается недостаточная эффективность мер по профилактике и выявлению туберкулеза у пациентов с ВИЧ-инфекцией, в первую очередь вследствие отсутствия четкого алгоритма взаимодействия соответствующих специализированных медицинских служб. ВИЧ-ассоциированный туберкулез характеризуется высокой частотой генерализации, трудностями диагностики и низкой эффективностью лечения. Пациенты с ВИЧ-инфекцией формируют наиболее уязвимую из медицинских групп риска, заболеваемость туберкулезом которых почти в 80 раз превышает общепопуляционный показатель среди постоянного населения города; наибольшая доля заболевших (76,4 %) приходится на молодой и трудоспособный возраст. Разработка и внедрение новой модели оказания противотуберкулезной помощи больным сочетанной инфекцией, основанной на интеграции противотуберкулезной службы города и Центра СПИД, организации активного раннего выявления и профилактики туберкулеза среди ВИЧ-инфицированных в течение последних 5 лет способствовали значительному уменьшению показателей заболеваемости (на 43,2 %) и распространенности (на 40 %) коинфекции в городе Москве. Улучшились результаты лечения: доля впервые выявленных больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией, досрочно прервавших лечение, сократилась на 45,3 %, доля эффективно завершивших химиотерапию увеличилась на 11,8 %, а среди пациентов, прошедших полный курс, успех лечения отмечен у 91,7 %.

Вывод. Основные концепции работы по дальнейшему улучшению эпидемиологической ситуации включают: продолжение и развитие взаимодействия противотуберкулезной и инфекционной служб, активное применение химиопрофилактики туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией, увеличение числа ВИЧ-инфицированных пациентов, получающих антиретровирусную терапию; совершенствование методов диагностики и лечения сочетанной инфекции, в том числе с применением новых режимов химиотерапии и хирургических методов; повышение приверженности больных к лечению; уменьшение резервуара туберкулезной инфекции среди населения города.

Выбор оптимальной методики биопсии у пациентов с генерализованной лимфоаденопатией

Багателия З. А.[1, 2], Греков Д. Н.[1, 2], Якомаскин В. Н.[1], Курдюков К. С.[1]
[1] *ГБУЗ «ГКБ им. С. П. Боткина ДЗМ», Москва*
[2] *ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ, Москва*

Введение. Синдром лимфоаденопатии характерен для полиморфной группы заболеваний, включающей онкологические, инфекционные, паразитарные, системные заболевания соединительной ткани. Методом окончательной верификации диагноза является биопсия лимфатического узла. Основной задачей врача-хирурга является выбор оптимальной методики получения морфологического субстрата.

Цель. Сравнить эффективность различных методик биопсии лимфатических узлов, определить критерии выбора оптимального способа получения морфологического субстрата у пациентов с различными вариантами лимфоаденопатии.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 96 пациентов, проходивших обследование и лечение в хирургической клинике ГКБ им. С. П. Боткина с диагнозом «Лимфоаденопатия неясного генеза» за 2015–2018 гг. Из них мужчин было 49 (51 %), женщин – 47 (49 %). Средний возраст составил 61, 2 ± 19,7 лет. Больным выполнялись следующие вмешательства: экстирпация периферических лимфоузлов в 64 (66,7 %) наблюдениях, лапароскопическая экстирпация лимфоузлов брюшной полости – в 21 (21,8 %), режущая игольная трепан-биопсия под УЗ-контролем – в 11 (11,5 %) наблюдениях. В группе пациентов генерализованная лимфоаденопатия была диагностирована у 63 (65,6 %) пациентов, в том числе с поражением внутрибрюшных и забрюшинных лимфатических узлов. У 34 пациентов лимфоаденопатия носила регионарный характер. С генерализованной лимфоаденопатией 30 (47,6 %) пациентам при наличии измененных периферических лимфоузлов выполнялась экстирпация лимфатического узла местным доступом. При отсутствии измененных периферических лимфоузлов 24 (38,1 %) пациентам выполнялась лапароскопическая экстирпация лимфоузлов брюшной полости, а в 9 (14,3 %) наблюдениях произведена игольная режущая биопсия.

Результаты. В 64 наблюдениях при выполнении биопсии лимфатического узла из местного доступа, как у пациентов с регионарной, так и с генерализованной лимфоаденопатией, был получен адекватный материал для выполнения морфологического и иммуногистохимического исследований, что позволило верифицировать диагноз. Среди пациентов, которым выполнялось лапароскопические вмешательство, в 3 (12,5 %) наблюдениях не удалось получить адекватный материал для постановки достоверного диагноза. У 11 больных, которым выполнялась режущая биопсия под УЗ-наведением, в 2 (18,2 %) наблюдениях не было получено достаточного объема материала. В 9 наблюдениях материал был представлен достаточным объемом опухолевой ткани для проведения не только морфологического, но и ИГХ исследования. Следует отметить, что в группе пациентов, которым выполнялась игольная режущая биопсия под УЗ-наведением, отсутствовали измененные лимфоузлы периферических групп и брюшной полости, а имели место конгломераты лимфоузлов в трудных для биопсии местах, что повлекло бы применение широких травматичных оперативных доступов.

Выводы. 1. При генерализованной лимфоаденопатии целесообразно выполнение экстирпации периферического лимфатического узла из местного доступа. 2. При отсутствии у пациентов с генерализованной лимфоаденопатией измененных периферических лимфатических узлов, при наличии внутрибрюшной лимфоаденопатии предпочтительно выполнение лапароскопической лимфоаденэктомии или трепан-биопсии под контролем УЗ. 3. Биопсия лимфатических узлов под УЗ-наведением является методикой выбора для пациентов с регионарной и генерализованной лимфоаденопатией при тенденции к формированию массивных конгломератов лимфатических узлов.

Критическая ишемия нижних конечностей у гериатрического пациента

Барамидзе Г. Г., Алябьев В. С., Мурадов Р. Г., Кузеев А. Н., Акопян Р. А., Нагорный А. Б., Нечаев А. И.
ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн № 3 ДЗМ», Москва

Проведен анализ реваскуляризирующих оперативных вмешательств у 198 пациентов с хронической критической ишемией нижних конечностей 4-й стадии (Покровский А. В.) в возрастной группе старше 70 лет (средний возраст 79 лет). Данные обследования сосудистого русла и результаты ревизии артерий позволили нам определить особенности поражения сосудистого русла у пациентов с критической ишемией данной возрастной группы.

При сочетании гемодинамически значимого стеноза подвздошных артерий с окклюзионным поражением артерий бедренно-подколенного участков артериального русла, а также при сочетании бедренно-подколенных окклюзий с окклюзионным поражением артерий голени в 32 наблюдениях выполнялось гибридное вмешательство, совмещающее открытую реконструкцию с эндоваскулярной коррекцией. Поэтапная эндоваскулярная и открытая реваскуляризация в различных сосудистых бассейнах выполнена в 47 наблюдениях. Исключительно эндоваскулярный метод реваскуляризации использован у 52 пациентов. Открытые реваскуляризации на бифуркации бедренной артерии, бедренно-подколенные и бедренно-тибиальные шунтирования выполнены в 67 наблюдениях. В 46 наблюдениях после восстановления кровообращения в конечности выполнялась ампутация части стопы. Ранний послеоперационный тромбоз области реконструкции развился в 4 (2 %) наблюдениях: после бедренно-тибиального шунтирования у 3 пациентов и у одного после реканализации и баллонной ангиопластики артерий голени. В двух наблюдениях после раннего тромбоза выполнена ампутация на уровне верхней трети голени. Послеоперационная летальность составила 1 % (2 пациента).

Выводы. 1. Пациентов с критической ишемией данной возрастной группы отличает коморбидность сосудистых нарушений, проявляющаяся в сочетании облитерирующего поражения артерий конечностей с поражением коронарного, брахиоцефального, висцерального бассейнов. 2. Атеросклероз артерий нижних конечностей при критической ишемии у лиц пожилого возраста характеризуется тотальной распространенностью во всех уровнях сосудистого русла конечностей, большой частотой преимущественно дистального поражения артерий, а также значительной выраженностью кальциноза стенок артерий. 3. Полноценное предоперационное обследование с проведением коррекции жизненно важных функций позволяет минимизировать риски реваскуляризирующих вмешательств. 4. Выбор вмешательства с максимально возможной минимизацией операционной травмы при относительно сохраненной радикальности позволяет добиться удовлетворительных непосредственных результатов лечения, уменьшить уровень ампутации.

Использование мини-инвазивных медицинских технологий в лечении гериатрических больных в ГВВ № 3

Барамидзе М. Г., Кузеев А. Н., Старинский М. В.
ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн № 3 ДЗМ», Москва

Введение. Современные тенденции развития медицины характеризуются активным внедрением мини-инвазивных технологий в практическое здравоохранение. Существенно расширились перечень и сферы применения подобных методов лечения. Литературные данные однозначно подтверждают их эффективность в снижении частоты послеоперационных осложнений, летальности, продолжительности стационарного лечения. Если в начале мини-инвазивные методы в основном носили симптоматический, паллиативный или же этапный характер, то сегодня они чаще используются как радикальный и окончательный метод лечения. Особенно актуальным является использование этих вмешательств в гериатрической практике. Большинство пациентов пожилого возраста имеют полиморбидность: ИБС, гипертоническая болезнь тяжелого течения, нарушения сердечного ритма и проводимости, которые часто являются абсолютными противопоказаниями для выполнения оперативных вмешательств традиционными способами.

Цель. Анализ использования мини-инвазивных методов в гериатрической практике в общей хирургии, сосудистой хирургии, урологии.

Материалы и методы. Проведен анализ 25-летнего опыта эндоскопических, рентгенохирургических и УЗ методов лечения. Все эти методы в разной степени используются для лечения больных различного профиля. В данном сообщении представлен анализ использования мини-инвазивных методов в общей хирургии, сосудистой хирургии, урологии. Возраст больных: старше 65 лет, средний возраст: 82,5 лет.

Результаты. Эндоскопические методы: внутрипросветные и внутрипологостные вмешательства; ретроградные: дренирование (47), стентирование желчных протоков (10), стентирование толстой кишки при обтурационной кишечной непроходимости (8), пищевода (10), желудка (5). Эндоскопические полипэктомии, подслизистые резекции в данном сообщении не приведены. Под УЗ-контролем выполнены дренирование желчных протоков по методике «рандеву» (3), холецистостомия при остром холецистите, холангите, механической желтухе (56); чрескожное дренирование, установка санационно-ирригационной системы при абсцессах печени, брюшной полости, забрюшинного пространства (12).

Рентгенохирургические методы лечения (стентирование) при ишемиях верхних и нижних конечностей (21), эмболизация сосудов при кровотечениях из мочевого пузыря, желудка в сочетании с эндоскопическими методами или без них (5), ангиопластика при тромбозах мезентериальных сосудов (3), стентирование почечных артерий (7), дренирование желчных протоков антеградными ретроградными способами «рандеву» (3).

Внедрены в практику гибридные операции в сосудистой, общей хирургии с использованием мини-инвазивных (рентгенохирургических, эндоскопических) и традиционных методов лечения.

Выводы. 1. Использование мини-инвазивных методов лечения существенно расширило возможности оперативного лечения больных пожилого возраста, особенно в случаях, когда основной причиной отказа в лечении являлся высокий риск традиционной «открытой» операции. 2. В ряде случаев сочетание различных мини-инвазивных методов позволяет достичь окончательного положительного результата. При этом сочетание этих методов должно быть не только мини-инвазивным, но и малотравматичным (по продолжительности, по влиянию оперативного вмешательства на сердечно-сосудистую, дыхательную системы). 3. Использование мини-инвазивных технологий не должно быть самоцелью, оно нуждается в объективных критериях оценки предстоящего вмешательства. В определенных ситуациях предпочтение следует отдавать гибридным операциям. Тем более что в некоторых случаях невозможно использовать мини-инвазивный метод без выполнения предварительного «открытого» этапа или наоборот.

Вопросы дифференциального подхода к применению мини-инвазивных ретроградных и антеградных методов разрешения механической желтухи у больных пожилого и старческого возраста

Барамидзе М. Г., Мизиано С. А.
ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн № 3 ДЗМ», Москва

Введение. Использование малотравматичных методов лечения механической желтухи при заболеваниях гепатопанкреатодуоденальной зоны имеет особенности, которые должны быть учтены при их применении в пожилом возрасте. Вместе с тем желтуха, которая сама является осложнением, может стать причиной других более тяжелых осложнений – холангита, печеночной недостаточности и коагулопатии. В связи с этим оказание срочной хирургической помощи этой категории пациентов является, несомненно, актуальным.

На сегодняшний день применяемые малотравматичные методики разрешения механической желтухи можно разделить на две основные группы — ретроградные эндоскопические и антеградные с использованием ультразвуковой и/или рентгенологической навигации. Как правило, авторы предпочтение отдают конкретной методике лечения в зависимости от возможностей выполнения того или иного метода в конкретном лечебном учреждении. Использование этих методик требует специального технического оснащения, расходных материалов, подготовленных специалистов, владеющих определенными навыками.

Цель. Определение положительных и отрицательных сторон применяемых методик, показаний и противопоказаний для выполнения ретроградных и

НИИ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И МЕДИЦИНСКОГО МЕНЕДЖМЕНТА

Статистика и аналитика

НИИОЗММ ДЗМ – крупнейший поставщик статистической и аналитической информации для Департамента здравоохранения города Москвы

КОМПЕТЕНЦИИ

- Организация и управление системой медицинской статистической отчетности.
- Организация, сбор и обработка медико-статистических данных о сети, кадрах и ресурсном обеспечении медицинских организаций, заболеваемости населения и др..
- Ведение регистров: кадров, медицинских организаций, нозологических и других.
- Анализ медико-статистической информации о состоянии здоровья населения и деятельности учреждений здравоохранения.
- Подготовка сводных государственных и отраслевых медицинских отчетов и формирование сборников, статей и обзоров.

ЦЕНТР УСПЕШНО СОБИРАЕТ, ОБРАБАТЫВАЕТ, СВОДИТ И АНАЛИЗИРУЕТ ИНФОРМАЦИЮ ПО

21 **ФОРМЕ ОТЧЕТА БОЛЕЕ ЧЕМ ОТ 500 МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ**

30 **В ОПЕРАТИВНОМ РЕЖИМЕ ВЕДЕТСЯ БОЛЕЕ ОПЕРАТИВНЫХ МОНИТОРИНГОВ**

В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ ИНФОРМАЦИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ОДНИМ ИЗ ВАЖНЕЙШИХ РЕСУРСОВ НАРАВНЕ С МАТЕРИАЛЬНЫМИ, ТРУДОВЫМИ И ФИНАНСОВЫМИ. ОНА ПОМОГАЕТ ГОСУДАРСТВУ ПРИНЯТЬ ЭФФЕКТИВНЫЕ УПРАВЛЕНЧЕСКИЕ РЕШЕНИЯ ДЛЯ РЕАЛИЗАЦИИ ОСНОВНОЙ ЗАДАЧИ – УКРЕПЛЕНИЯ И СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН».

Анастасия ПОДЧЕРНИНА, *заведующая Центром медицинской статистики*

антеградных методов, возможности их использования как по отдельности, так и совместно.

Материалы и методы. Выбор метода декомпрессии желчных путей осуществляли следующим образом. Вначале выполняли дуоденоскопию, определяли анатомические особенности расположения большого дуоденального соска, поступление желчи в двенадцатиперстную кишку, наличие косвенных эндоскопических признаков воспалительного или опухолевого процесса. В последующем выполняли ретроградную холпангиопанкреатографию (ЭРХПГ), папиллосфинктеротомию. При невозможности выполнения канюляции холедоха, безуспешности контрастирования желчного дерева прекращали попытки ретроградных манипуляций и переходили на антеградный способ декомпрессии желчевыводящих протоков. Меняли положение больного на операционном столе, выполняли УЗИ печени, желчных протоков, определяли точку пункции, выполняли чрескожную чреспеченочную холагниостомию или холецистостомию с возможностью (при необходимости) осуществления встречных антеградных и ретроградных манипуляций («рандеву»).

Проведен анализ результатов лечения 65 больных механической желтухой. Возраст составил от 75 до 91 года. У 47 (72 %) больных причиной желтухи был холедохолитиаз, у 5 % – доброкачественные стриктуры внепеченочных желчных протоков, у 23 %– опухоли головки поджелудочной железы, желчных протоков.

Результаты. У 47 больных выполнена ЭРХПГ в сочетании с папиллосфинктеротомией, литоэкстракцией. 10 больным выполнено стентирование желчных протоков в связи с опухолевой стриктурой. 8 больным выполнена антеградная декомпрессия желчевыводящих путей. Из них в 3 наблюдениях – чрескожная чреспеченочная холецистостомия, в 5 наблюдениях – чрескожная чреспеченочная холангиостомия.

В 4 наблюдениях применена конверсия ретроградных манипуляций и выполнены антеградные: в 3 наблюдениях выполнена декомпрессия по способу «рандеву». В 63 (97 %) наблюдениях получили положительный результат. Летальный исход наступил в 2 наблюдениях, его причиной явилось прогрессирование онкопроцесса.

Вывод. Применение мини-инвазивных методов декомпрессии желчевыводящих путей у пожилых пациентов является оправданным (отсутствие послеоперационных осложнений) и эффективным (97 %) способом лечения механической желтухи. В ходе работы, анализа его результатов определены критерии перехода от одного метода к другому или их сочетанного применения.

Суицидальное поведение детей и подростков: от мыслей к поведению

Басова А. Я.[1, 2], Северина Ю. В.[1]
[1]*ГБУЗ «НПЦПЗДП им. Г. Е. Сухаревой ДЗМ», Москва*
[2]*ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н. И. Пирогова МЗ РФ», Москва*

В XXI веке по всему миру суицид остается одной из основных причин смерти, особенно в подростковом и юношеском возрасте. В развитых странах в период 15–29 лет суицид является второй причиной смерти, уступая только дорожно-транспортным происшествиям. На один случай суицида приходится около 20 суицидальных попыток и еще больше суицидальных мыслей. Так, количество детей и подростков, поступивших в Центр им. Г. Е. Сухаревой с суицидальным поведением в период 2014–2018 гг., возросло от 262 до 1042 человек.

В связи с этим перед специалистами возникает проблема оценки суицидального риска пациентов, поступивших с различными суицидальными проявлениями. Такая оценка требует существенного пересмотра существующих на сегодняшний день теоретических представлений, разработки новых или внедрения уже имеющихся в других странах методов оценки суицидального поведения и риска его рецидива.

На сегодняшний день большинство отечественных и западных теорий не учитывают существенной разницы между суицидальными мыслями, намерениями и собственно суицидальным поведением. В последние годы разработаны три теоретические модели, делающие акцент на переходе от суицидальных мыслей к суицидальному поведению (Joiner, 2005, O'Connor, 2011, Klonsky&May, 2015). Во всех этих моделях суицидальное поведение рассматривается как нарушение равновесия между потенциально просуицидальными факторами (душевная боль, безнадежность, одиночество и др.) и способностью к совершению суицида (наследственность, толерантность к боли и др.) Разрабатываются методики оценки мотивов суицидального поведения. Так, в 2019 г. в Центре им. Г. Е. Сухаревой начата апробация и валидизация опросника мотивов суицидального поведения (Klonsky&May, 2015), разрабатывается протокол ведения таких больных. В июне 2019 г. в Центре состоялось открытие Кризисной клиники, предназначенной для подростков, переживших тяжелую психотравмирующую ситуацию, которая привела к развитию аффективных и поведенческих нарушений и в ряде случаев – к суицидальному поведению. Лечение в Кризисной клинике охватывает все этапы помощи, в том числе стационарный, дневной стационар и постгоспитальное сопровождение.

Вывод. Разработка новых, апробация и внедрение уже имеющихся методов диагностики и оценки суицидального поведения поможет созданию эффективного протокола ведения таких больных и, таким образом, снизит вероятность рецидива и регоспитализации.

Особенности электроэнцефалограммы у детей с детеким церебральным параличом

Батышева Т. Т., Боровицкая М. Ш., Ярема Т. Н., Рубинова Ю. Л., Саржина М. Н., Платонова А. Н.
ГБУЗ «НПЦ детской психоневрологии ДЗМ», Москва

Введение. У детей с детским церебральным параличом (ДЦП) отмечаются особенности функциональной активности коры головного мозга вследствие структурных изменений головного мозга. Изучение этих особенностей позволяет расширить возможности составления индивидуальной программы восстановительного лечения.

Цель. Изучить особенности количественных характеристик электроэнцефалограммы (ЭЭГ) у детей с ДЦП с помощью методов компьютерного анализа.

Материалы и методы. Обследовано 16 больных в возрасте от 7 до 15 лет с установленным диагнозом ДЦП, GMFCS 1–2 уровень, форма – спастическая диплегия. Все пациенты без эпилептических приступов в анамнезе. ЭЭГ проводилась на нейрокартографе 5.41.10 с использованием международной системы наложения электродов «10–20». Вычислялись спектральная мощность основного ритма, когерентный анализ средних частот в межполушарных и внутриполушарных средних парах.

Результаты. У всех пациентов зарегистрирован основной ритм в каудальных отведениях, индекс представленности высокий у 8 (50 %) пациентов, средний – у 4 (25 %), низкий – у 4 (25 %) детей. На спектрограммах мощности выявлен мономодальный альфа-ритм у 12 (75 %) пациентов, бимодальный у 1 (6,2 %) ребенка, у 3 (18,7 %) пациентов не выявлено зон узкочастотного доминирования. При когерентном анализе межполушарных пар отмечается снижение уровня связей во всех парах у 6 (37,5 %) пациентов, в передних парах – у 8 (50 %) пациентов. У 2 детей выявлено изолированное снижение связей в центральных парах. При когерентном анализе внутриполушарных пар выявляется снижение уровня связей в передних парах у 5 (31, 2 %) пациентов, в задних парах – у 5 (31, 2 %) пациентов. Гиперинтеграция отмечается у 4 (25 %) пациентов. У 2 (12,5 %) детей отмечается нормальный уровень и градиент внутриполушарной интеграции.

Вывод. Изучение количественных характеристик основного ритма и когерентного анализа средних частот в энцефалограмме детей с ДЦП выявило различные изменения внутримозговой интеграции, что в дальнейшем позволит индивидуально подбирать программу реабилитации каждому ребенку для успешной адаптации в социуме.

Болезнь Шпренгеля. Редкое клиническое наблюдение

Батышева Т. Т., Гунченко М. М., Климов Л. В., Бакуменко В. И., Раков Д. В., Тыщенко А. О., Соколова Н. П., Бахтеев К. К., Платонова А. Н.
ГБУЗ «НПЦ детской психоневрологии ДЗМ», Москва

Введение. Болезнь Шпренгеля относится к редким врожденным порокам развития плечевого пояса, связанным с нарушением эмбрионального развития плода, частотой 1 на 3000 всех врожденных деформаций. Основной клинический признак – анатомический дефект в виде высокого стояния лопатки, что приводит к нарушению функций верхнего плечевого пояса и формированию косметического дефекта, когда одно плечо расположено значительно выше другого. Различается две формы деформации Шпренгеля: мышечная, обусловленная неправильным расположением зубчатой, трапециевидной и ромбовидной мышцы плеча, и костная, связанная с недоразвитием скелета и часто сопровождающаяся добавочными полупозвонками, сращением ребер, косолапостью, короткой малоподвижной шеей. Как правило, пациентам проводят оперативное лечение, направленное на опущение лопатки, однако результат позволяет лишь частично восстановить нормальное ее положение. При невозможности оперативного вмешательства либо при незначительных клинических изменениях возможно консервативное восстановительное лечение.

Клиническое наблюдение. *Пациент 8 лет обратился в НПЦ Детской психоневрологии с жалобами на нарушение осанки, асимметрию лопаток. В анамнезе в возрасте до 1 года наблюдался и получал консервативное лечение по поводу кривошеи. При осмотре: ограничение движений правой рукой, правое плечо выше левого, нарушение осанки по сколиотическому типу, признаки дисплазии соединительной ткани, продольное плоскостопие II степени, микрогнатия. Диффузная мышечная гипотония. Гипотрофия мышц в области лопатки: надостной, подостной, передней зубчатой мышцы справа и гипертонус трапециевидной мышцы справа. Мышечная сила не снижена. Сухожильные рефлексы живые, симметричные. ЭНМГ-патологических изменений не выявлено. Компьютерная томография грудного отдела позвоночника: асимметрия в высоте стояния лопаток, правая лопатка расположена выше левой до 25 мм, нижний угол правой находится на уровне середины VI ребра, левой – на уровне VII–VIII ребра. Лопатки равны в форме и размерах. Правый плечевой сустав поднят вверх и смещен вперед по сравнению с левым.*

На основании клинической картины, данных дополнительных обследований пациенту поставлен диагноз: синдром Шпренгеля справа, мышечная форма. Недифференцированная дисплазия соединительной ткани; продольное плоскостопие II степени; нарушение осанки по сколиотическому типу. Пациент направлен на оперативное лечение.

Вывод. Несмотря на редкость данного врожденного порока развития, врачам необходимо в раннем возрасте во время диспансерных осмотров с рождения до 3 лет своевременно диагностировать болезнь Шпренгеля для коррекции и раннего выбора метода лечения.

Место семьи в профилактике и коррекции нарушений речевого развития ребенка раннего возраста

Батышева Т. Т., Колчина Т. Ю.
ГБУЗ «НПЦ детской психоневрологии ДЗМ», Москва

Введение. Согласно неутешительным данным Федеральной службы государственной статистики РФ, количество здоровых новорожденных неуклонно уменьшается, количество младенцев, рожденных с различными пороками развития, растет, что увеличивает уровень инвалидности среди населения. Такие дети имеют высокий риск формирования в дальнейшем различных психофизических патологических состояний, в том числе сочетанных, а также риск нарушения речевого развития.

Цель. Обратить внимание семей на необходимость ранней совместной целенаправленной мультидисциплинарной помощи в профилактике и коррекции речевых нарушений, информировать родителей по вопросам нормального речевого онтогенеза, а также дать соответствующие рекомендации.

Материалы и методы. В работе используется обзор современной литературы, беседа с родителями детей раннего возраста по вопросам речевого онтогенеза с целью выявления степени их просвещенности по данной проблеме.

Результаты. Ранняя целенаправленная помощь способствует достижению лучших результатов в сравнении с результатами, полученными при традиционном начале коррекционной работы. Это объясняется уникальной нейропластичностью детского головного мозга и его наибольшей способностью к компенсации нарушенной функции. Особенно ценным в плане проведения обучения, профилактики и коррекции нарушений является возраст от 0 до 3 лет. Важно обозначить центровую роль семьи в ранней логопедической помощи ребенку. Своевременное просвещение родителей и вовлечение их в совместную работу всей мультидисциплинарной команды специалистов представляет собой опору для коррекционных и профилактических мероприятий, что способствует скорейшему достижению целей реабилитации и социализации особого ребенка. В результате проведенной работы нами были сформулированы практические рекомендации родителям, включающие в себя:

1) основные моменты и особенности развития речи и ориентировочно-познавательной деятельности, на которые родители должны обратить внимание в случае неблагоприятного течения беременности и родов;
2) роль семьи, влияние атмосферы семьи и стиля воспитания на формирование речевых навыков, познавательное и общее развитие ребенка;
3) рекомендации по профилактике и коррекции нарушений раннего речевого развития малыша, а также по стилю общения с особым ребенком.

Выводы. 1. Раннее выявление нарушений речевого развития и своевременно оказанная помощь междисциплинарной командой специалистов могут изменить дальнейшую жизнь ребенка. 2. Ранняя помощь позволяет минимизировать, а в отдельных случаях – предотвратить негативные последствия первичного дефекта, с которыми ребенок столкнется в более старшем возрасте. 3. Особое значение имеет раннее выявление нарушения и осуществление комплексной, индивидуальной коррекционной и профилактической помощи.

Опыт успешного применения лечебной физической культуры у ребенка с мышечной дистрофией Дюшенна

Батышева Т. Т, Ногова Е. В., Бакай С. А., Канаева М. А., Платонова А. Н.
ГБУЗ «НПЦ детской психоневрологии ДЗМ», Москва

Введение. Миодистрофия Дюшенна относится к Х-сцепленным рецессивным расстройствам, обычно дебютирует в 2–3 года, чаще у мальчиков, с прогрессирующей слабостью проксимальных мышц ног, осложняется сгибательными контрактурами суставов, сколиозом, развитием псевдогипертрофии. Большинство детей к 12 годам теряют способность к самостоятельному передвижению, а к 20 годам умирают от респираторных осложнений. Пациенты относятся к группе паллиативного сопровождения и не рассматриваются в качестве контингента для проведения медицинской реабилитации.

Клиническое наблюдение. *Пациент М., 14 лет, с миодистрофией Дюшенна, получавший курс физической реабилитации на базе НПЦ Детской психоневрологии. В анамнезе: дебют в 3 года с псевдогипертрофии икроножных мышц, «утиной» походки, к 5 годам развилась эквинусная деформация стоп. В 7 лет установлен и молекулярно-генетически подтвержден диагноз «прогрессирующая мышечная дистрофия Дюшенна». С 9 лет выявлена кардиомиопатия, в 12 лет утратил навык самостоятельной ходьбы. Получал гормональную, кардиотропную терапию. В 13 лет проводилась коррекция ортопедических осложнений: артролиз, артротомия с артропластикой обоих голеностопных суставов, пластика ахиллова сухожилия. При поступлении объективно: кушингоидный тип жироотложения, диффузная мышечная гипотония, снижение мышечной силы в конечностях до 2–3 баллов, атрофия мышц верхних и нижних конечностей, гипорефлексия, контрактуры голеностопных суставов, псевдогипертрофия икроножных мышц. Самостоятельно не вставал, лишь кратковременно стоял у опоры, не ходил, пересаживался с инвалидного кресла с помощью рук. Сопутствующий диагноз: кардиомиопатия вторичная (синусовая тахикардия), ФК II. Биохимические показатели: КФК —2730 Ед/л, АЛТ —141 Ед/л, АСТ —69 Ед/л. Проводился курс ежедневной лечебной физкультуры по 3,5 часа в сутки, длительность одной процедуры от 20 до 45 минут с перерывами на отдых: заднеопорный вертикализатор с фиксацией поясничного и грудного отдела позвоночника; групповые занятия АФК; индивидуальная ЛФК в тренирующем режиме в положении лежа на животе для мышц спины, задней поверхности бедра, дыхательная гимнастика; упражнения для верхнего плечевого пояса (ловля и бросание мяча) и нижних конечностей, имитация игры в теннис и футбол с использованием подвесной системы, затем обучение ходьбе с ходунками; плавание в бассейне.*

В результате трехнедельного курса лечебной физкультуры у ребенка повысился психоэмоциональный тон, стал с поддержкой вставать с кресла,

ходить и самостоятельно выполнять упражнения у шведской стенки, начал заниматься пара-карате.

Вывод. Индивидуально подобранная программа физической реабилитации может способствовать частичному восстановлению двигательной активности и повышению качества жизни у пациента с прогрессирующей миодистрофией Дюшенна.

Болезнь Мойамойа под маской мигрени в детском возрасте

Батышева Т. Т., Саржина М. Н., Кудрявцева О. И., Орешникова Н. В.
ГБУЗ «НПЦ детской психоневрологии ДЗМ», Москва

Введение. Болезни Мойамойа относится к редким вариантам поражения сосудов головного мозга и встречается как у детей с пиком манифестации в 10–20 лет, так и у взрослых. Характерным для данного заболевания является стеноз внутренней сонной артерии на уровне бифуркации, а также проксимальных отделов передней и средней мозговой артерий, расширение базальных коллатеральных артерий, особенно лентикулостриарных и таламоперфорирующих. Клиническими проявлениями в детском и подростковом возрасте могут быть головная боль, иногда по типу гемикрании, несистемное головокружение, снижение памяти и внимания. Впоследствии развиваются транзиторные ишемические атаки (ТИА), провоцируемые криком, натуживанием, гипервентиляцией. Повторные ТИА могут приводить к инфаркту мозга.

Клиническое наблюдение. *Болезнь Мойамойа у подростка, протекающая под маской мигрени. Пациентка В., 13 лет, обратилась в Центр с направляющим диагнозом: мигрень? Жалобы при поступлении на быструю утомляемость, интенсивную головную боль в правой половине лобной области в течение последних 4 лет, но участившуюся за последнее время до практически ежедневной, сопровождающейся тошнотой и головокружением. В анамнезе 2 года назад синкопальное состояние при заборе крови из вены, год назад – пароксизм онемения лица и руки справа во время приступа головной боли. Наблюдалась неврологом по месту жительства. На триплексном УЗИ брахиоцефальных сосудов выявлена гипоплазия правой ВСА, снижение кровотока на СМА и ПМА. Для обследования и уточнения диагноза девочка была госпитализирована в 8 ПНО НПЦ ДПН.*

При поступлении в соматическом и неврологическом статусе патологических изменений не выявлено. На МРТ головного мозга картина перивентрикулярного участка глиоза в левой лобной доле. МР-признаки резкого снижения кровотока по правым ВСА и СМА. Передняя трифуркация слева. На МР-ангиографии нельзя исключить артерио-венозную мальформацию в области проксимального отдела правой СМА и передней трифуркации ВСА слева. На мультиспиральной компьютерной ангиографии сосудов головного мозга с контрастным усилением – картина артериальной мальформации (врожденной) пещеристого тела ВСА и проксимального отдела СМА справа. Консультирована нейроангиохирургом в НМИЦ нейрохирургии им. Н. Н. Бурденко, заключение: по данным МРТ признаки окклюзии правых ВСА, СМА, ПМА как проявление болезни Мойамойа. При ASL признаки компенсации мозгового кровотока в бассейне СМА, ПМА. Клинически асимптомное течение. Рекомендовано наблюдение невролога и нейрохирурга, контроль ASL перфузии через 6–8 месяцев.

Вывод. Наиболее ранняя диагностика данного заболевания позволяет своевременно направить ребенка к нейроангиохирургам и провести оперативное лечение в наиболее благоприятное время, избегая развития инфарктов мозга в молодом возрасте.

Вариант аномалии развития головного мозга – гетеротопия серого вещества: обзор литературы и 3 клинических наблюдения

Батышева Т. Т., Саржина М. Н., Кудрявцева О. И., Мойзыкевич Е. Р., Гузино О. С.
ГБУЗ «НПЦ детской психоневрологии ДЗМ», Москва

Введение. Гетеротопия серого вещества головного мозга является вариантом аномального развития с группой скопления нейронов, патологически мигрировавших в различные аномальные места на пути следования к коре головного мозга. Описаны варианты гетеротопии: субэпендимальная нодулярная (узелковая), ленточная (слоистая, ламинарная), изолированная, синдром «двойной коры». Гетеротопию связывают с мутацией в Х-сцепленном гене FLNA, который перекрестно связывает внутриклеточный актин (гены GPR56, ARFGEF2), но большинство случаев являются спорадическими, без уточненной этиологии. Основными симптомами являются эпилептические приступы с дебютом в подростковом возрасте и различная степень задержки психомоторного и речевого развития с раннего возраста.

Клинические наблюдения. 3 клинических наблюдения пациентов с гетеротопией серого вещества головного мозга.

1. *Пациентка П., 8 лет, с жалобами на снижение успеваемости в школе, невнимательность, неусидчивость. Ранний анамнез не отягощен. Неврологический статус – без особенностей. Психоречевое развитие с легкой задержкой. На МРТ головного мозга – вариант корковой дисплазии в парасагитальных отделах лобных долей (локальная кортикальная дисплазия), дисплазия мозолистого тела, локальная асимметрия лобных долей и боковых желудочков. На ЭЭГ типичной эпилептиформной активности нет.*
2. *Пациентка У., 9 лет, с жалобами на снижение концентрации внимания, рассеянность, гиперактивность, нарушение школьной успеваемости, навязчивый смех. Ранний анамнез не отягощен. При осмотре – микроцефалия, гипотелоризм. Альтернирующее расходящееся косоглазие. Легкая асимметрия лица. Повышение мышечного тонуса по спастическому типу в правой ноге. Снижение мышечной силы в дистальных отделах правой ноги до 4б. Повышение сухожильных рефлексов, D>S. Патологический рефлекс Бабинского справа. Интеллектуальная недостаточность. На МРТ головного мозга – сочетанная аномалия головного мозга: агенезия мозолистого тела, множественная гетеротопия серого вещества. На ЭЭГ типичной эпилептиформной активности нет.*
3. *Пациент А., 15 лет, поступил с жалобами на трудности в обучении в школе, снижение концентрации внимания, медлительность. Перинатальный анамнез не отягощен. Развивался с психоречевой задержкой. Неврологический статус без особенностей. На МРТ головного мозга – участки симметричной перивентрикулярной узловой гетеротопии серого вещества. На ЭЭГ типичной эпилептиформной активности нет.*

У описанных троих пациентов в возрасте до 16 лет с гетеротопией серого вещества головного мозга, верифицированной на МРТ, эпилептиформной активности не было выявлено. Это подтверждает, что эпилептические приступы у детей с гетеротопией возникают в подростковом возрасте и старше (согласно медицинской литературе). Ранними клиническими симптомами являются задержка интеллектуального развития и расстройство когнитивных функций. Всем пациентам с верифицированнной на МРТ гетеротопией серого вещества головного мозга рекомендовано проведение молекулярно-генетической панели «наследственная эпилепсия» или полноэкзомное секвенирование (поиск мутаций в генах ARFGEF2, ADGRG1, FLNA) с целью дифференциального диагноза в группе наследственных синдромов с гетеротопией.

Применение кинезиотейпирования у детей с болями, связанными с нарушением опорно-двигательного аппарата

Батышева Т. Т., Тарасова Н. А., Гунченко М. М., Саржина М. Н., Типсина Н. В., Уханова А. Н., Кирсанова Е. Ю., Проскурина Ю. К., Филиппова Т. Н., Платонова А. Н.
ГБУЗ «НПЦ детской психоневрологии ДЗМ», Москва

Введение. Хронические боли в детском возрасте, в первую очередь при цервикалгии, нарушают общее психологическое, психосоматическое состояние, усиливают проявления основного неврологического заболевания. В последнее время в качестве нового перспективного метода немедикаментозной терапии находит применение кинезиотейпирование, основанное на фиксации на коже пациента специальных лент с различным натяжением. В зависимости от натяжения кинезиотейп снижает внутритканевое давление, оптимизирует микроциркуляцию либо, напротив, оказывая давление на кожу, стимулирует аферентную проприоимпульсацию.

Цель. Изучить современные представления о методике кинезиотейпирования у детей при болевом симптоме, а также эффективность метода при цервикалгии у детей на базе Научно-практического центра детской психоневрологии (НПЦ ДПН).

Материалы и методы. Проведен анализ данных отечественных и зарубежных научных исследований о методике кинезиотейпирования у детей при болевом симптоме. Проведена оценка эффективности метода у 20 детей с цервикалгией на базе НПЦ ДПН.

Результаты. По данным современной литературы методика кинезиотейпирования успешно применяется в детском и взрослом возрасте при детском церебральном параличе, мышечной спастике, дорсопатии, люмбалгиях. На базе НПЦ ДПН при проведении кинезиотейпирования у 20 детей с цервикалгиями отмечалось снижение боли по шкале ВАШ на 2–3 балла, вплоть до полного их исчезновения, а также увеличение объема ротации на пораженной стороне в среднем на 40–45°. В работе применяются следующие техники:

- Мышечное тейпирование: позволяет регулировать мышечный тонус – расслабить спазмированную мышцу либо ее стимулировать.
- Механическая коррекция: фиксация структуры в нейтральном положении с ограничением движений. Применяют при нестабильности шейного отдела позвоночника, после травм.
- Фасциальная коррекция: выполняется при наличии фасциальных ретрикций для развития движения фасции в необходимом направлении.
- Послабляющая коррекция: основана на создании «лифтинг»-эффекта – приподнимания кожи над подлежащими структурами и создания дополнительного пространства над тканью-мишенью, что позволяет снизить внутритканевое давление, увеличить микроциркуляцию.
- Связочно-сухожильная коррекция: используется для поддержки связок и сухожилий, применяется при патологических изменениях связочного аппарата в период реабилитации.
- Функциональная коррекция: применяется для поддержки и ограничения движения в суставе. Способствует профилактике перерастяжения ткани при гипермобильности суставов.
- Лимфатическая коррекция: направленная тяга тейпа позволяет экссудату перемещаться в менее переполненные участки через поверхностные лимфатические сосуды.

Выводы. 1. Кинезиотейпирование – эффективный неинвазивный метод лечения болевого симптома, в том числе цервикалгии у детей, с возможностью амбулаторного лечения. 2. Максимальный положительный эффект достигается в комплексной терапии с лекарственным лечением, физиотерапией, мануальной терапией, иглорефлексотерапией, лечебной физкультурой.

Применение метода биоакустической коррекции у детей с речевыми нарушениями в условиях дневного стационара

Батышева Т. Т., Типсина Н. В., Титова Е. Г., Тучак О. Н., Юрьева А. В., Платонова А. Н.
ГБУЗ «НПЦ детской психоневрологии ДЗМ», Москва

Введение. В настоящее время разработка и внедрение в практическую медицину немедикаментозных способов коррекции является актуальной медико-социальной проблемой. В неврологии активно разрабатываются новые способы лечения заболеваний центральной нервной системы и коррекции речевых нарушений. К таким разработкам можно отнести метод биоакустической коррекции (БАК) – инновационную методику, в основе которой лежит активация процессов нейропластичности. По данным литературы, применение БАК эффективно при нарушениях речевого развития, эмоциональных расстройствах, синдроме двигательного возбуждения и гиперактивности, вегетативно-сосудистой дистонии, детском церебральном параличе и др. Основой метода является компьютерное преобразование электроэнцефалограммы (ЭЭГ) больного в акустический сигнал и предъявление этого сигнала пациенту в реальном масштабе времени, тем самым осуществляется сенсорная ЭЭГ-зависимая стимуляция.

Цель. Изучить эффективность метода БАК в коррекции речевых нарушений у детей.

Материалы и методы. Проведена оценка эффективности метода БАК у 10 детей с речевыми нарушениями в возрасте от 3 до 4 лет на базе филиала НПЦ ДПН дневного стационара № 5.

Результаты. Апробация коррекции речевых нарушений у детей с применением метода БАК в условиях дневного стационара оказалась достаточно эффективной. БАК обладает стимулирующим эффектом, способствует становлению речевых и когнитивных функций у детей с задержкой психоречевого развития. При более раннем начале лечения БАК отмечена большая эффективность. У детей с расстройствами аутистического спектра отмечается уменьшение выраженности эхолалий, стереотипий, постепенно улучшались навыки коммуникации, понимание обращенной речи.

Вывод. БАК показала высокую эффективность в коррекции речевых навыков в младшем дошкольном возрасте.

Основные аспекты нейрореабилитации пациентов подросткового возраста с проводниковой афазией сосудистого генеза

Батышева Т. Т., Чувилов А. О.
ГБУЗ «НПЦ детской психоневрологии ДЗМ», Москва

Введение. Восстановление речи у пациентов подросткового возраста с афазией представляет собой одну из наиболее важных проблем современной нейродефектологии. Проблема восстановления высших психических функций имеет ключевой характер в сфере нейрореабилитации, а также связана с исследованиями нейропсихологических и нейролингвистических наук.

Цель. Выявить основные особенности состояния вербальных и невербальных высших психических функций у пациентов подросткового возраста с проводниковой афазией сосудистого генеза.

Материалы и методы. Методологической основой данного исследования служат современные представления о системной организации и динамической локализации высших психических функций в коре головного мозга (А. Р. Лурия, Т. В. Ахутина, М. К. Шохор-Троцкая, Т. А. Кучумова, П. К. Анохин, Н. А. Бернштейн, А. Н. Леонтьев).

Методами исследования являются: теоретические (анализ специальной литературы), эмпирические (эксперимент, наблюдение), методы обработки данных (качественный и количественный). Исследование проводилось на базе НПЦ ДПН в 2019 г. В исследовании принимали участие три пациента подросткового возраста с проводниковой афазией сосудистого генеза. Исследование проходило в несколько этапов. На первом этапе исследования рассматривались нарушения вербальных функций. Исследование состояния вербальной деятельности проводилось по методике А. Р. Лурия. На основе полученных данных исследования нарушений речи определялась форма и степень выраженности вербальных нарушений. Степень тяжести афатического дефекта определялась по методике оценки речи при афазии, предложенной Л. С. Цветковой, Т. В. Ахутиной, Н. В. Пылаевой. На втором этапе исследования проводилось общее нейропсихологическое обследование невербальных высших психических функций пациентов с проводниковой афазией по методу А. Р. Лурия. На основе полученных данных исследования нарушений высших психических функций определялась форма и степень выраженности клинического нейропсихологического синдрома.

Результаты. Пациент с проводниковой афазией демонстрирует значительные трудности при повторении слов, предложений и серии слогов, при том, что повторение отдельных фонем обычно сохранно. Повторение при проводниковой афазии нарушается значительно сильнее, чем экспрессивная речь и понимание речи, хотя при других типах передней и задней афазии степень тяжести нарушений повторения обычно в какой-то мере соответствует степени тяжести нарушения экспрессивной речи, понимания речи. Нарушения понимания речи проявляются в легкой степени и могут выявляться только в некоторых теста Хэда «рука-ухо-глаз» и в тестах со сложными синтаксическими структурами. Однако отчуждение смысла слова редко наблюдается даже в тесте «ухо-глаз-нос» с двумя компонентами. Фонологический анализ нарушен незначительно. Пациенты сталкиваются с трудностями при подсчете количества слогов только в словах, состоящих из четырех или пяти слогов. Чтение обычно сохранно. Трудности письма под диктовку и спонтанного письма характеризуются искажением некоторых слов литеральной параграфией, поэтому понять большинство слов, написанных пациентами с проводниковой афазией, не составляет труда.

Вывод. Количественная и качественная оценка пациентов с проводниковой афазией дает нам понимание, что данное нарушение имеет ряд специфических особенностей, которые мы должны учитывать при обследовании пациентов и составлении коррекционно-восстановительной программы.

Результаты применения динамической электронейростимуляции при нейрогенной дисфункции мочевого пузыря у детей

Батышева Т. Т., Шиошвили В. А., Корнеева И. В.
ГБУЗ «НПЦ детской психоневрологии ДЗМ», Москва

Введение. Нейрогенные дисфункции мочевого пузыря (НДМП) – разнообразные нарушения резервуарной и эвакуаторной функций мочевого пузыря, развивающиеся вследствие поражений механизмов регуляции мочеиспускания на различном уровне. НДМП в детском возрасте чаще обусловлены поражением не спинного мозга и внеспинальных проводящих путей, а нарушением нейрогуморальной регуляции и гипоксией данного органа вследствие незрелости центров мочеиспускания. Использование в педиатрии физических факторов низкой интенсивности, малой мощности, импульсного режима обусловлено высокой чувствительностью нервной системы ребенка, более выраженной интенсивностью обменных и репаративных процессов, хорошей гидрофильностью кожных покровов. Среди методов импульсных воздействий одним из эффективных и безопасных методов является чрескожная электронейростимуляция (ЭНС). Современные аппараты для ЭНС работают на фиксированных частотах и используют статичный вариант электростимуляции, воздействие осуществляется только на нервные окончания, находящиеся непосредственно под кожей в месте наложения электродов.
Цель. Оценить эффективность динамической ЭНС при НДМП у детей.
Материалы и методы. Для лечения отбирались дети 4–10 лет с нейрогенной дисфункцией мочевого пузыря по гиперрефлекторному и гипорефлекторному типу. Перед началом курса лечения предъявлялись жалобы на дизурию в виде синдрома императивного мочеиспускания (поллакиурия, императивные позывы, императивное недержание, энурез). Физиотерапевтическое лечение проводилось на аппарате «ДЭНАС» в комплексе с массажем и лечебной физкультурой по поводу сопутствующих патологических состояний. Воздействие проводилось поочередно на следующие зоны: пояснично-крестцовая зона, зона прямой проекции мочевого пузыря, зона сегментарного кольца на уровне мочевого пузыря. Использовались стабильная и лабильная методики лечения, постоянный режим воздействия, минимальный энергетический уровень у детей до 5 лет, комфортный энергетический уровень – у детей 5–10 лет. Время воздействия составляло у детей 4–7 лет – 10–15 минут, у детей 7–10 лет – 15–20 минут. На курс проводилось 10 ежедневных процедур.
Результаты. Динамическая ЭНС переносилась всеми детьми хорошо, побочных реакций не отмечалось. У пациентов с нейрогенной дисфункцией гиперрефлекторного типа положительная динамика отмечалась уже после первых 3 процедур в виде урежения эпизодов дневного и ночного недержания мочи, урежения императивных позывов. К концу курсового воздействия динамической электронейростимуляции у большинства пролеченных детей отмечалось снижение частоты энуреза от ежедневных эпизодов до 1 раза в неделю после курсового воздействия, урежение или полное отсутствие дневного недержания мочи. У пациентов с нейрогенной дисфункцией гипорефлекторного типа, предъявляющих перед началом курса лечения жалобы на непроизвольное мочеиспускание в ночное время, редкое (2–3 раза) мочеиспускание днем, положительная динамика на воздействие физическим фактором отмечалась уже с 1-й процедуры. Об этом свидетельствовали восстановление дневного ритма мочеиспусканий (до 4–5 раз), снижение частоты непроизвольных мочеиспусканий в ночное время после первых 3 процедур с полным их прекращением к концу курсового воздействия. Кроме того, улучшилось психоэмоциональное состояние пациентов, их родители отмечали исчезновение раздражительности, эмоциональной лабильности, головных болей, нарушения сна у большинства детей с энурезом.
Выводы. Применение динамической ЭНС целесообразно и эффективно при нейрогенной дисфункции мочевого пузыря у детей.

Применение методов биоэнергопластики в логопедической работе с детьми, страдающими детским церебральным параличом

Батышева Т. Т., Шишенок Ю. В.
ГБУЗ «НПЦ детской психоневрологии ДЗМ», Москва

Введение. У детей с детским церебральным параличом (ДЦП) отмечаются расстройства артикуляционной моторики, что приводит к нарушению фонетического строя речи. Коррекция двигательных расстройств артикуляционного аппарата является центральным направлением логопедической работы, требующим использования как классических, так и современных методов и технологий. Биоэнергопластика подразумевает сопряженную работу кистей рук и артикуляционного аппарата, движения рук при этом имитируют движения речевого аппарата.
Цель. Проверить эффективность биоэнергопластики в логопедической работе с детьми с ДЦП.
Материалы и методы. В ходе логопедического обследования детей с ДЦП особое внимание уделялось изучению мелкой, мимической и артикуляционной моторики, отмечались особенности звукопроизношения. По результатам диагностики выявлен ряд неврологических особенностей: невозможность выполнения двигательных проб, неточность и некоординированность движений, нарушение плавности при выполнении динамических заданий, наличие синкинезий. На основе этих данных нами были подобраны комплексы упражнений с использованием биоэнергопластики. Реализация данной технологии в структуре логопедических занятий подразумевает несколько этапов. Первый этап: ребенок знакомится с органами артикуляции (логопед и ребенок определяют нахождение и функциональность составляющих периферического речевого аппарата; сначала на своем лице, затем на лице логопеда/мамы, на изображении человека). На этом же этапе по показу и инструкции логопеда ребенком выполняются статические упражнения для щек, нижней челюсти, губ и языка, которые сопровождаются соответствующими движениями рук. При этом специалист находится строго напротив. При ограничении подвижности рук задания выполняют более сохранной рукой, поэтапно включая в работу вторую руку. Движения кистей рук должны быть раскрепощенными, точными, необходимо контролировать отсутствие напряжения в конечностях. На втором этапе количество и сложность упражнений увеличиваются, появляются задания на динамику. Ребенок выполняет динамическое артикуляционное упражнение или удерживает позу с одновременными движениями обеих рук, которые имитируют движения речевого аппарата. На третьем этапе к точным движениям рук и артикуляционного аппарата добавляется произнесение соответствующего упражнению звука/цепочки звуков. Применение биоэнергопластики реализовывалось нами в структуре каждого логопедического занятия, направленного на развитие артикуляционной моторики и коррекцию звукопроизношения у детей с ДЦП.
Результаты. Применение биоэнергопластики у детей с ДЦП расширило возможности артикуляционной и мелкой моторики, способствовало уточнению произношения доступных звуков и постановке нарушенных звуков. Отмечено положительное влияние метода на зрительное и слуховое внимание, двигательную и речевую память, сформированность пространственных представлений, синхронизацию работы конечностей. Благотворное влияние данная технология оказывает и на эмоциональное состояние ребенка, его положительное отношение к подобным заданиям.
Выводы. Использование биоэнергопластики в логопедической работе с детьми с ДЦП значительно повышает эффективность процесса реабилитации, улучшает показатели не только моторного развития, но и психологической базы речи.

Мануальная терапия как способ лечения цервикогенной головной боли

Бахтадзе М. А.
ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова, Москва

Введение. Цервикогенная головная боль (ЦГБ) – одна из форм вторичных головных болей, источником которой является шейный отдел позвоночника, преимущественно его кранио-цервикальный отдел (атланто-окципитальный и атланто-аксиальный суставы, а также сустав CII-CIII). Этиологическим фактором ЦГБ принято считать нарушение биомеханики шейного отдела позвоночника (ШОП), что отражено во 2-й версии Международной классификации головных болей (2004) и Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), где ЦГБ присвоен этиологический код М99. Мануальная терапия (МТ), восстанавливающая биомеханику позвоночника, эффективна при ЦГБ, что отражено в современных Клинических рекомендациях по нелекарственным методам лечения головных болей. В отечественной литературе нет публикаций, посвященных эффективности МТ при ЦГБ, что стало поводом для настоящего исследования.
Цель. Оценить эффективность мануальной терапии при цервикогенной головной боли, обусловленной нарушениями биомеханики ШОП.
Материалы и методы. Объект исследования – пациенты с ЦГБ, обусловленной нарушениями биомеханики ШОП. Качество жизни оценивали по Индексу ограничения жизнедеятельности из-за боли в шее; интенсивность болевого симптома – по 11-балльной Числовой рейтинговой шкале боли; изменение самочувствия в процессе лечения – по 7-балльной шкале Общего воспринимаемого эффекта (англ.: General Perceived Effect).
Результаты. Обследовано и пролечено 86 пациентов с ЦГБ (74 женщины и 12 мужчин) в возрасте от 19 до 60 лет (41 ± 10 лет). В результате курса МТ интенсивность как боли в шее, так и головной боли существенно уменьшилась: до лечения интенсивность боли в шее составила 6 баллов (IQR = 5–6,75), после лечения – 1 балл (IQR = 0–2); интенсивность головной боли до лечения составила 6 баллов (IQR = 5–7), после лечения – 1 балл (IQR = 0–2). До лечения жизнедеятельность оказалась ограниченной в среднем на 40 ± 13 %, после лечения – на 13 ± 8 %. По шкале GPE около трети пациентов (26 %) оценили эффективность лечения дескриптором «лучше», остальные 74 % – дескриптором «гораздо лучше».
Вывод. Мануальная терапия – эффективный метод лечения цервикогенной головной боли, обусловленной нарушениями биомеханики ШОП.

Гарантии качества медицинской помощи душевнобольному ребенку

Бебчук М. А.
ГБУЗ «НПЦПЗДП им. Г. Е. Сухаревой ДЗМ», Москва

Медицинские услуги, и, в частности, детям по профилю «психиатрия», характеризуются нестабильностью качества предоставляемой помощи. Непостоянство/изменчивость качества специализированной помощи детям с нарушениями в ментальной сфере связано с влиянием мифологии, психофобии, стигматизации и самостигматизации; с внутренней картиной болезни ребенка «глазами родителей» в зависимости от возраста и крайне субъективным восприятием характеристик качества основными потребителями помощи (семья душевнобольного ребенка); с влиянием большого количества внешних факторов (семья, школа, общество), динамично воздействующих на психическое здоровье и развитие ребенка; с нестабильностью, а нередко низким качеством разрешенных к использованию лекарственных средств; отсутствием клинических рекомендаций и протоколов лечения; с использованием многообразия реабилитационных школ и направлений при отсутствии доказательной базы; с разной (неравномерной) профессиональной подготовкой специалистов службы психического здоровья и отсутствием в действующих ФГОС необходимых компетенций для работы детского психиатра.
При таком значительном количестве факторов, влияющих на стабильность характеристик качества, для обеспечения гарантии качества в нем должны быть заинтересованы все участники процесса оказания помощи.
Родители душевнобольных детей, находясь в хроническом стрессе, обусловленном воспитанием особого ребенка, остро нуждаются в стабильности медицинской помощи. И, следовательно, в гарантиях ее качества, т. е. в комплексе мер, направленных на поддержание высокого уровня профильной помощи, который должна обеспечить медицинская организация вне зависимости от того, кем, когда, при каких условиях и обстоятельствах эта помощь оказана ребенку и семье в целом.
Специалисты, оказывающие профильную помощь, будут вовлечены в политику качества медицинской организации, если это улучшит условия их труда или увеличит объем стимулирующих выплат.
Со своей стороны, администрация должна обеспечивать качество структуры и качество процесса оказания помощи, включая внешние мероприятия, направленные на дестигматизацию детской психиатрии, и внутренние задачи по обеспечению прав пациентов и законных представителей, гарантированных Федеральными законами, по формированию штатного расписания, повышению квалификации сотрудников, бесперебойной закупочной деятельности и современному оснащению реабилитационного комплекса. Однако главной задачей при обеспечении гарантий качества профильной помощи является вовлечение сотрудников и семьи пациента в отношения сотрудничества в интересах душевнобольного ребенка.

Медицинская сестра в детском психиатрическом стационаре: вчера, сегодня, завтра

Бебчук М. А.
ГБУЗ «НПЦПЗДП им. Г. Е. Сухаревой ДЗМ», Москва

Задачами медицинских сестер детской психиатрической службы всегда были наблюдение и уход (купание, кормление, предотвращение увечий себе и другим), а также визиты в семью больного ребенка для сбора сведений об условиях жизни («сестра-надомница», «сестра-обследовательница»), помощь педагогам в организации внеклассной работы. Сегодня, как и в прошлом, детские психиатрические медицинские сестры являются специалистами, несущими ответственность за пациентов на протяжении двадцати четырех часов в сутки в условиях стационара, а следовательно, от них в первую очередь зависит состояние здоровья душевнобольных детей.
Реализация в современной психиатрии биопсихосоциальной концепции развития психических расстройств требует от медицинской сестры совершенствования медицинских компетенций, знаний по детской и семейной психологии, умений работать в команде и формировать терапевтическую среду и терапевтическое сообщество детей-пациентов.
Расширение функциональных задач медицинской составляющей означает, что детская психиатрическая медицинская сестра является помощником врача-психиатра на всех этапах (в получении анамнестических данных от законных представителей ребенка, в специфической подготовке детей к медицинским манипуляциям, особенно при расстройствах аутистического спектра, в использовании цифровых технологий при ведении медицинской документации, в оценке суицидального риска у подростков, выявлении тенденций к самоповреждению и принятии решений при отказе от еды).
На детской психиатрической медицинской сестре лежат уникальные организационные обязанности, которых нет в стационарах иного клинического профиля. Традиционно медицинская сестра планирует режим дня в отделении, т. е. активность, школьные занятия, реабилитационный комплекс, свидания с родителями, профориентацию, клубную (кружковую) работу. Эта деятельность требует от медицинской сестры большого такта, психологической проницательности, умения побудить к деятельности ребенка с апатико-абулическим состоянием, поощрить самостоятельность и, напротив, переключить внимание подростка, склонного к созданию конфликтогенных ситуаций в отделении.
Движение по направлению к большей открытости службы детского психического здоровья формирует и соответствующие ожидания от медицинских сестер: новые компетенции и совершенствование личных качеств в сторону большей гибкости, внимания и уважения к потребностям пациента и его семьи, ответственности за качество своей работы и вклада в деятельность полипрофессиональной команды. Существующие образовательные программы («Сестринское дело в педиатрии») не полностью покрывают этот запрос общества.

Анализ лапароскопических и робот-ассистированных вмешательств при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы в многопрофильном стационаре

Бедин В. В.[1, 2], Греков Д. Н.[1, 2], Якомаскин В. Н.[1], Кузьменко А. А.[1], Скоробогатов М. Б.[1]
[1]*ГБУЗ «ГКБ им. С. П. Боткина ДЗМ», Москва*
[2]*ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ, Москва*

Введение. Лапароскопические операции при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) в течение последних 20 лет являются «золотым» стандартом. По сравнению с лапароскопическими роботические методики имеют ряд известных преимуществ: например, лучшее позиционирование рабочих инструментов в плоскостях и, следовательно, возможность работать более прецизионно, что является значимым фактором при больших грыжах в ходе выделения грыжевого мешка.
Цель. Сравнить непосредственные результаты лечения пациентов с ГПОД при выполнении вмешательств лапароскопическими и роботическими способами с целью улучшения результатов лечения данной категории больных.
Материалы и методы. В 2016–2019 гг. в ГКБ им. С. П. Боткина выполнено 73 операции при ГПОД, из них 9 (12,5 %) выполнено с использованием робота DaVinchi. Среди прооперированных мужчин – 32 (43,8 %),

женщин – 41 (56,2 %). Возраст больных 45,6 ± 15,3 лет. Показанием к операции являлись грыжи I и II типа с клинической симптоматикой и неэффективность консервативной терапии, а также грыжи III и IV типа в независимости от наличия симптомов. Показаниям к робот-ассистированной операции в нашем случае являлись пациенты с индексом массы тела до 35 и минимальным количеством сопутствующих заболеваний. Спектр оперативных вмешательств: у 67 (91,8 %) пациентов выполнена 360-градусная фундопликация в режиме «Floppy» Nissen (из них робот-ассистированные – у 9 пациентов), у 5 (6,8 %) – сформирована симметричная фундопликационная манжета по Черноусову, у 3 (4 %) – фундопликация по Дору (в двух случаях в связи с выраженным перисфинктером, ограничивающим подвижность дна желудка, в одном из-за наличия у больного компенсированной стриктуры н/3 пищевода). Выделение и иссечение грыжевого мешка и задняя крурография выполнялась у всех больных. Симультанные операции выполнены у 18 (24,6 %) больных: у 14 – холецистэктомия, у 2 – TAPP пластика при паховой грыже и у 2 – пластика послеоперационной грыжи по методике IPOM. Симультанных операций в группе робот-ассистированных операций не было. В группе лапароскопических операций (1-я группа) выполнено 3 конверсии на лапаротомию, в группе робот-ассистированных вмешательств (2-я группа) 1 конверсия на лапароскопию.

Результаты. Длительность операций в 1-й группе составила 83 ± 31, 2 минуты, во 2-й – 160 ± 16,2 минут. Летальных исходов ни в одной группе не было. Во всех наблюдениях на 2-е сутки послеоперационного периода выполнялась рентгеноскопия пищевода и желудка, при которой отмечалось полное восстановление анатомического взаимоотношения органов брюшной полости и грудной клетки. Средний послеоперационный койко-день в 1-й группе составил 4,8 ± 1,6, во 2-й – 4,3 ± 1, 2. Интраоперационных осложнений не было. Исчезновение симптомов заболевания в раннем послеоперационном периоде отмечалось у всех оперированных в обеих группах. Болевой симптом после операции в обеих группах был выражен менее 3 суток и не требовал дополнительного обезболивания.

Выводы. 1. Результаты лечения пациентов с ГПОД лапароскопическими и роботическими операциями схожи, но значительно различается время вмешательства. 2. Преимущества роботической методики заключаются в больших технических возможностях при мобилизации пищевода и грыжевого мешка, лучшей визуализации операционного поля и позиционирования инструментов, в связи с чем ее можно рекомендовать при имеющихся сложных грыжах, где требуется более прецизионная работа.

Новые подходы к ультразвуковой диагностике АВФ-индуцированной сердечной недостаточности у пациентов на заместительной почечной терапии

Белавина Н. И.[1], Зелтынь-Абрамов Е. М.[1, 2], Сморщок В. Н.[1], Фролова Н. Ф.[1], Максимов И. К.[1], Артюхина Л. Ю.[1], Кудрявцева Е. С.[1]
[1]*ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ», Москва*
[2]*ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова МЗ РФ, Москва*

Введение. Артериовенозные фистулы (АВФ) являются наиболее распространенным сосудистым доступом для проведения программного гемодиализа (ПГД). Общепринята практика сохранения функционирующей АВФ после аллотрансплантации почки (АТП) на период не менее года. Однако АВФ в ряде случаев оказывает негативное влияние на ключевые параметры центральной гемодинамики (ЦГД). В результате формируется феномен сердечной недостаточности с высоким выбросом (СНВСВ), сопровождающийся ремоделированием сердца, развитием тяжелой диастолической дисфункции (ДД) и легочной гипертензии (ЛГ). Большой практический и теоретический интерес вызывает выработка диагностического алгоритма, позволяющего объективизировать негативное гемодинамическое влияние АВФ.

Цель. Анализ диагностической эффективности комбинированной ультразвуковой методики (сплит-исследования) у пациентов с АВФ-индуцированной сердечной недостаточностью, находящихся на заместительной почечной терапии (ЗПТ).

Материалы и методы. В исследование включено 36 пациентов с застойной сердечной недостаточностью (ЗСН) и функционирующей АВФ, находящихся на ЗПТ (10 на ПГД, 26 с АТП). Критерием исключения являлось наличие тяжелой ЗСН вследствие самостоятельных заболеваний сердца.

Всем пациентам проводилось сплит-исследование, представляющее собой эхокардиографию (ЭХОКГ) по расширенному протоколу с допплерографическим определением параметров ЦГД и расчет объемной скорости кровотока (ОСК) по АВФ с последующим определением кардиофистульной рециркуляции (% КФР). Исследования проводились одномоментно на УЗ-аппарате Vivid E90 GE секторным датчиком (5–7 MHz) и линейным датчиком (8–10 MHz) с использованием В-режима, режима допплерографии и цветового допплеровского картирования.

Оценка диагностической эффективности сплит-исследования осуществлялась путем сравнения клинико-инструментальной картины до и после оперативного лигирования АВФ.

Результаты. Исходно у всех пациентов методом ЭХОКГ было подтверждено наличие ЛГ (СДЛА более 35 мм рт. ст.), статуса СНВСВ (СВ > 8 л/мин, СИ > 3,9 л/мин/м^2), тяжелой ДД с косвенными признаками повышения давления наполнения. Клинически определялась ЗСН III-IY ф.к. ОСК по АВФ составила 3800 ± 850 мл/мин. Расчетный показатель %КФР 38 ± 5. Через 4 недели после лигирования АВФ отмечалось снижение СДЛА с 58,4 мм рт. ст. до 28,5 мм рт. ст. (p < 0,001), уменьшение объемных характеристик левых отделов сердца (ОЛП с 109,7 мл до 74 мл (p < 0,001), КДО ЛЖ – с 175 мл до 131 мл (p < 0,001), купирование статуса ВСВ – снижение УО ЛЖ с 94,8 мл до 70,4 мл (p < 0,005). Клинически у всех пациентов отмечено полное разрешение симптомов ЗСН.

Выводы. 1. АВФ обладает потенциальной кардиотоксичностью, формируя симптомокомплекс ЗСН. Особенностью АВФ-индуцированной ЗСН является СНВСВ. 2. Сплит-исследование обладает высокой диагностической эффективностью и результативностью для диагностики АВФ-индуцированного поражения сердца. Ключевым диагностическим параметром является показатель КФР более 30 %. 3. Особенностью АВФ-индуцированной ЗСН является ее полная обратимость после лигирования АВФ.

Особенности химико-токсикологической диагностики острых отравлений на современном этапе (по данным НИИ скорой помощи им. Н. В. Склифосовского)

Белова М. В.[1, 2], Клюев А. Е.[1], Поцхверия М. М.[1]
[1]*ГБУЗ «НИИ скорой помощи им. Н. В. Склифосовского ДЗМ», Москва*
[2]*ФГАОУ ВО «Первый МГМУ имени И. М. Сеченова МЗ РФ», Москва*

Введение. Современное состояние фармацевтического рынка приводит к разнообразию нозологических форм острых отравлений (ОО) лекарственными препаратами (ЛП) вследствие передозировки или суицидальной попытки. Мировые тенденции в употреблении наркотических и психоактивных веществ (НиПАВ) также отражаются на динамике ОО. Дифференциальная диагностика современных ОО только по клинической картине затруднена, не дает полного представления о причине и прогнозе заболевания. В этих условиях полная и информативная химико-токсикологическая диагностика (ХТД) приобретает особое значение.

Цель. Обоснование оптимальной системы химико-токсикологической диагностики на основании анализа динамики ОО.

Материалы и методы. Анализ данных госпитализации в отделение острых отравлений НИИ СП им. Н. В. Склифосовского выявил, что за 2005–2018 гг. доля отравлений ЛП снизилась с 75,6 до 49,9 %. При этом уменьшилась доля ОО психофармакологическими ЛП, среди которых стали чаще встречаться современные седативные препараты, нейролептики и антидепрессанты. Увеличилась доля ОО более доступными ЛП: НПВС, анальгетиками, гипотензивными и антиаритмическими средствами. За последние 5 лет вдвое выросла доля сочетанных ОО ЛП разных фармакологических групп.

Выявлен резкий рост ОО НиПАВ: с 3,6 % (2005 г.) до 24,6 % (2015 г.) и 21,5 % (2018 г.). Изменилась номенклатура НиПАВ: снизилась доля моно-отравлений опиатами, кокаином, метамфетамином. Одновременно участились ОО синтетическими психостимуляторами, каннабимиметиками, а также ЛП, принимаемыми с целью одурманивания. Многократно возросла доля случаев употребления нескольких НиПАВ и ЛП. За 2005–2018 гг. вдвое увеличилась доля ОО алкоголем. Кроме того, более трети пациентов, поступавших с ОО другой этиологии, находилось в состоянии алкогольного опьянения.

Стандартная процедура ХТД подразумевает проведение двухэтапного исследования – скрининговое (иммунные тесты и тонкослойная хроматография) и подтверждающее (хромато-масс-спектрометрия). Учитывая разнообразие номенклатуры токсикантов, стандартный скрининг в 67,4 % случаев дает неполные результаты.

Результаты. Предложена аналитическая процедура, включающая изолирование НиПАВ, ЛП и их метаболитов сорбцией или жидкостной экстракцией, дериватизацию, анализ методами ВЭЖХ-МС и ГХ-МС, что обеспечило идентификацию широкого круга веществ в автоматическом режиме. Внедрение методики позволило диагностировать отравление как отдельными ЛП, НиПАВ, так и их сложными сочетаниями.

Вывод. На современном этапе в связи с изменением структуры ОО для их правильной и полной ХТД необходимо использование высокочувствительных хроматографических методов.

Современный портрет ВИЧ-инфицированного пациента с острыми химическими отравлениями (по данным НИИ скорой помощи им. Н. В. Склифосовского)

Белова М. В.[1, 2, 3], Солонин С. А.[1], Поцхверия М. М.[1, 3], Годков М. А.[1, 3]
[1]*ГБУЗ «НИИ скорой помощи им. Н. В. Склифосовского ДЗМ», Москва*
[2]*ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И. М. Сеченова МЗ РФ, Москва*
[3]*ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ, Москва*

Введение. Лица, употребляющие психоактивные вещества, являются группой высокого риска заражения ВИЧ, при этом установить факт инфицирования удается лишь при поступлении в стационар скорой помощи в результате острых отравлений (ОО).

Цель. Анализ возрастно-половой структуры ВИЧ-инфицированных пациентов с острыми химическими отравлениями и особенностей этиологии этих отравлений.

Материалы и методы. Ретроспективно исследована этиологическая структура ОО у ВИЧ-инфицированных пациентов, госпитализированных в отделение острых отравлений и соматопсихиатрических расстройств (ОООСР) НИИ СП им. Н. В. Склифосовского за 2013–2018 гг.

Результаты. Выявляемость ВИЧ-инфекции у пациентов ОООСР варьировала от 5,9 до 7,7 %. Среди ВИЧ-инфицированных пациентов преобладали мужчины – 67,7 %. Наиболее часто (54,8–62,5 %) ВИЧ-инфекцию выявляли у лиц в возрастной группе 30–40 лет, в 13–20 % случаев – моложе 30 лет. Выявлена тенденция к увеличению доли ВИЧ-позитивных граждан с ОО старше 40 лет.

Большинство госпитализаций связано с отравлениями опиатами, смесями наркотиков и лекарственных препаратов (НиЛП). За 6 лет удельный вес госпитализаций с отравлениями опиатами сократился в 1,8 раза, а синтетическими каннабимиметиками и психостимуляторами возрос с 0,5 до 3 % и с 0,7 до 6,3 %, соответственно. Доля отравлений метадоном в разные годы варьировала от 4,8 до 9,4 %, чаще его обнаруживали в комбинациях с опиатами, психостимуляторами, другими НиЛП. Более чем в 2 раза возросла доля ОО смесями НиЛП. В 25–30 % случаев ОО связаны с приемом ЛП разных фармакологических групп. Около трети пациентов с ВИЧ находились в состоянии алкогольного опьянения. Отравления только этанолом, угарным газом, другими токсикантами регистрировали в среднем в 4,1, 0,3 и 2,1 % случаев, соответственно.

Вывод. Установлен современный усредненный портрет ВИЧ-инфицированного пациента ОООСР: мужчина в возрасте 31–40 лет, без определенного рода занятий или места жительства, страдающий медико-социальными девиациями (алкоголизм, наркомания, аффективное психическое и поведенческое расстройство), госпитализированный в результате ОО наркотиками; женщина в возрасте 31–40 лет, нередко имеющая в анамнезе медико-социальные девиации, госпитализированная после суицидальной попытки в результате передозировки препаратами снотворно-седативного действия и антидепрессантами, в том числе принятыми совместно с наркотиками.

Принципы лечения пациентов с посттравматическими дефектами и деформациями черепа

Бельченко В. А.
ГБУЗ «Челюстно-лицевой госпиталь для ветеранов войн ДЗМ», Москва

В ряду проблем, касающихся лечения пациентов с посттравматическими деформациями, реконструкция костей черепа занимает особое место. Нужно помнить, что при репозиции разрушенных или неправильно сросшихся костных фрагментов средней зоны лица дефект костной ткани неизбежен. Поэтому специалистам, занимающимся лечением пациентов с острой травмой или посттравматическими деформациями средней зоны лица, нужно иметь в виду, что разрушения тонкостенных полостных образований всегда более значительны, чем это может показаться при клиническом и рентгенологическом исследованиях. По прошествии определенного промежутка времени после травмы раздробленные и смещенные тонкие и плоские кости частично или полностью рассасываются, а на их месте образуется грубая рубцовая ткань, не способная выполнять функцию костного каркаса. Поэтому помимо выраженных косметических нарушений у таких больных в большей или меньшей степени нарушаются бинокулярное зрение и слезоотведение, дренажная система придаточных пазух носа и носовое дыхание, обоняние и мимика. Выбор методов лечения должен быть дифференцирован с учетом анатомического строения черепа, наличия хронических очагов инфекции и особенностей тканей при посттравматических деформациях лицевого скелета. Все вышесказанное определяет основные принципы лечения пациентов с острой травмой и посттравматическими дефектами и деформациями костей черепа. Этими принципами являются: 1) использование оперативных доступов, обеспечивающих свободное манипулирование и визуальный контроль в области оперативного вмешательства; 2) исключение патологической среды, связанной с хроническими посттравматическими синуитами и дакриоциститами; 3) реконструкция или эндопротезирование утраченных костей с обеспечением жесткой фиксации эндопротезов, репонированных костных структур и аутотрансплантатов; 4) минимизация неконтролируемого рассасывания костных аутотрансплантатов путем использования близких по структуре донорских участков.

30-летний опыт лечения пациентов с переломами нижней стенки глазницы

Бельченко В. А., Рыбальченко Г. Н.
ГБУЗ «Челюстно-лицевой госпиталь для ветеранов войн ДЗМ», Москва

Лечение пациентов с повреждениями нижней стенки глазницы остается одной из актуальных проблем челюстно-лицевой травматологии. Перелом этой тонкой костной структуры, отделяющей глазницу от верхнечелюстной пазухи, может вызывать особые осложнения, связанные с вытеканием содержимого глазницы в пазуху и ущемлением экстраокулярных мышц. Обзор отечественной и зарубежной литературы показывает, что самыми распространенными оперативными доступами к нижней стенке глазницы являются трансконъюктивальный, пальпебральный и трансантральный. Трансантральный оперативный доступ к нижней стенке глазницы позволяет выполнить репозицию и фиксацию смещенных отломков, устранить эно-, гипофтальм, провести ревизию и санацию верхнечелюстной пазухи. Этот доступ, по сравнению с трансконъюктивальным, пальпебральным доступами, наиболее безопасен и прост в исполнении, не оставляет рубцов на коже лица и не нарушает анатомической целостности периорбитальных тканей. Мы рекомендуем данный доступ при лечении пациентов с переломами дна глазницы.

Лечение стриктур бульбозного отдела уретры без полной мобилизации и пересечения дорзальной полуокружности спонгиозного тела уретры

Богданов А. Б.[1, 2], Лоран О. Б.[1, 2], Велиев Е. И.[1, 2], Соколов Е. А.[1, 2], Метелев А. Ю.[1], Ивкин Е. В.[1], Томилов А. А.[1], Марченко В. В.[2], Велиев Р. А.[2], Баранов Д. А.[2], Тазов М. Я.[2], Монаков Д. М.[1], Катибов М. И.[3]

[1]ГБУЗ «ГКБ им. С. П. Боткина ДЗМ», Москва
[2]ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ, Москва
[3]ГБУ Республики Дагестан «ГКБ № 1», Махачкала

Введение. Стриктура уретры остается достаточно распространенным заболеванием. Интерес представляют новые возможности ее лечения.
Цель. Представить собственную ранее не описанную технику пластики уретры и ее результаты.
Материалы и методы. С января 2016 по март 2019 г. одним хирургом 14 мужчинам со стриктурами бульбозного отдела уретры разной этиологии была выполнена анастомотическая ее пластика без полной мобилизации и пересечения дорзальной полуокружности спонгиозного тела уретры. Этиология стриктур уретры значительно различалась. В основном стриктуры носили ятрогенный – 5 (35,7 %) и посттравматический характер (тупая травма промежности) – 5 (35,7 %), постинфекционные – 4 (28,5 %). Значительная часть пациентов 10 (71,4 %) ранее подвергалась оперативному лечению по поводу стриктур уретры, включая внутреннюю оптическую уретротомию и ее бужирование. Средний возраст пациентов, подвергшихся оперативному вмешательству, составил 53 года.
Результаты. Средняя протяженность стриктур составила 2,1 см. Средняя продолжительность операции составила 131 мин. Ни у одного пациента не отмечено ранних послеоперационных осложнений. Медиана объемной максимальной скорости мочеиспускания оценивалась через 3 месяца после операции и составила 21,1 мл/с. Средняя сумма баллов по шкале МИЭФ до и после оперативного лечения существенно не изменилась, ее медиана до операции составила 19 баллов, через 3 месяца после операции – 19,6. По данным уретрографии в течение года наблюдений, ни у одного пациента не выявлено признаков констрикции в зоне анастомоза. Ограничением является более тщательная подготовка спонгиозного тела, обеспечивающая интраоперационный гемостаз и хорошую визуализацию, что на этапах освоения метода может потребовать дополнительного времени и несет в себе риск большей кровопотери.
Выводы. 1. Учитывая объективное уменьшение объема прямой операционной травмы, сохранение иннервации и кровоснабжения уретры, отсутствие ранних и поздних послеоперационных осложнений, удовлетворительное качество мочеиспускания, сохранение удовлетворительной эректильной функции, а также факт, что данная методика была осуществлена несмотря на различную степень спонгиофиброза, анастомотическая пластика уретры без полного пересечения спонгиозного тела может быть рекомендована как альтернатива классической технике. 2. После накопления достаточного опыта и подтверждения высокой эффективности эта методика должна быть рассмотрена как базовая хирургическая техника для разных этиологических групп больных короткими стриктурами уретры.

Эффективность использования стабилометрической системы с биологической обратной связью в комплексной реабилитации больных острым нарушением мозгового кровообращения с расстройством равновесия

Болотов А. В., Мелконян Г. Г., Уянаева М. А., Белькова А. А.
ГБУЗ «ГКБ № 4 ДЗМ», Москва

Введение. Среди различных последствий острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) вестибулярное головокружение при локализации процесса в вертебробазилярной артериальной системе, по данным исследований, наблюдается в 16 % случаев. Его наличие значительно затрудняет активизацию больного.
Цель. Исследовать эффективность применения у больных, перенесших ОНМК, стабилометрического комплекса с биологической обратной связью Prokin, предназначенного для диагностики патологических изменений баланса, объективной оценки эффективности проводимого лечения, а также восстановления функции равновесия.
Материалы и методы. В исследовании участвовали 20 пациентов с ОНМК, рандомизированные в 2 группы (основную и контрольную) по 10 участников. Обязательным условием включения в исследование являлось наличие расстройства равновесия. Критерий оценки – тест на равновесие Берга. Тест на равновесие Берга используется как показатель обнаружения изменений в балансе пациентов и как индикатор риска падения нестабильных пожилых людей. Этот тест также утвержден как показатель эффективности физиотерапевтического вмешательства и его влияния на баланс. 56 баллов (максимальное количество баллов в тесте) – пациент ходит безопасно. 45 баллов и ниже (имеется повышенный риск падений) – необходимо использовать вспомогательные средства. Все пациенты имели стартовый показатель меньше 45 баллов по шкале Берга, что является предиктором высокого риска падений и требует использования вспомогательных средств.
Пациентам основной группы проводился курс реабилитации с использованием стабилометрической системы Prokin с биологической обратной связью и лечебной гимнастики при ОНМК, контрольной группы – стандартный курс лечебной гимнастики при ОНМК.
Результаты. Данные исследования представлены в таблице ниже.
Вывод. Данное исследование продемонстрировало эффективность использования стабилометрической системы Prokin с биологической обратной связью в комплексной терапии пациентов, имеющих координаторные расстройства в результате перенесенного ОНМК.

Основная группа		Контрольная группа		Результаты (в %)			
				Основная группа		Контрольная группа	
Средний балл до лечения	Средний балл по окончании лечения	Средний балл до лечения	Средний балл по окончании лечения	45 баллов и менее	Более 45 баллов	45 баллов и менее	Более 45 баллов
40,3	48,1	38,3	44,7	20	80	60	40

Применение методов реперфузионной терапии у пациентов с ишемическим инсультом в стационаре инсультной сети Москвы (ГКБ им. И. В. Давыдовского)

Боцина А. Ю.[1], Суханова Е. О.[1], Анисимов К. В.[1], Скрыпник Д. В.[1,3], Шамалов Н. А.[2], Грачев С. П.[1,3], Васильева Е. Ю.[1], Шпектор А. В.[1,3]
[1]ГБУЗ «ГКБ им. И. В. Давыдовского ДЗМ», Москва
[2]ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова МЗ РФ», Москва
[3]ФГБОУ ВО МГМСУ им. А. И. Евдокимова МЗ РФ, Москва

Одним из основных показателей работы отделений для больных ОНМК является доля пациентов с ишемическим инсультом (ИИ), которым была проведена системная тромболитическая терапия. Целевой уровень МЗ РФ для этого показателя составляет 5 %. В нашей клинике доля системной тромболитической терапии у пациентов с ИИ на начальном этапе работы (за период с марта по декабрь 2014 г.) составляла 2,7 %, но уже в 2015 г. превысила порог в 5 % и достигла 5,7 %. В 2016 г. доля системных тромболизисов составила 7,2 %. В 2017 и 2018 гг. доля проведенных системных тромболизисов составила 16,6 % и 15,1 % соответственно, что сопоставимо с показателями ведущих специализированных клиник Западной Европы и США.
10 февраля 2017 г. ГКБ им. И. В. Давыдовского была включена в инсультную сеть, в которую вошли исходно девять стационаров Москвы с возможностью проведения рентгенэндоваскулярных методов восстановления кровотока пациентам с ИИ на фоне окклюзии крупной артерии. В 2016 г. в стационаре было проведено всего 3 рентгенэндоваскулярных вмешательства, в 2017 г. – 39, в 2018 г. – 56, что составило соответственно 6,3 % и 10,1 % от всех пациентов с ИИ.
Эндоваскулярное лечение пациентов с ИИ в ГКБ им. И. В. Давыдовского в 2017 г. привело их к значительному функциональному восстановлению в 41 % случаев (mRS 0–2), при этом 30,7 % восстановились полностью (mRS 0–1), а 51,3 % ушли на своих ногах (mRS 0–3). В 2018 г. было проведено почти в два раза больше рентгенэндоваскулярных вмешательств. Значительное восстановление отмечалось у 50 % пациентов с окклюзией крупной артерии, при этом полное восстановление было достигнуто у 41 % исходно тяжелых пациентов (mRS 0–1), а 60,7 % пациентов вернули независимую ходьбу (mRS 0–3).
На примере нашей клиники показана эффективная работа инсультной сети. Получены результаты, сопоставимые с результатами международных клинических исследований, которые легли в основу международных рекомендаций.

Кисты желчных протоков, современный взгляд на проблему и собственный опыт

Брехов Е. И., Калинников В. В., Репин И. Г., Сычев А. В.
ГБУЗ «ГКБ № 51 ДЗМ
ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента РФ, Москва

Введение. Кисты желчных протоков – редко встречающаяся аномалия. Выделяют 5 основных типов кист. Встречается один случай на 13 000–2 000 000 человек. Большинство исследователей считают, что это врожденное патологическое состояние, но около 20 % кист гепатикохоледоха выявляются во взрослом и пожилом возрасте.
Варианты осложнений подобных кист во многом зависят от возраста пациентов. У взрослых пациентов при длительно существующем застое желчи одновременно могут возникнуть несколько тяжелых осложнений: панкреатит, холангит, холедохолитиаз, внутрипеченочные абсцессы, портальная гипертензия, цирроз, холангиокарцинома.
Цель. Анализ эффективности лечения пациентов с кистами желчных протоков.
Материалы и методы. В период с 1998 по декабрь 2018 г. в отделении абдоминальной хирургии ГКБ № 51, ЦКБ с поликлиникой УД Президента РФ, были прооперированы 24 пациента с кистами желчных протоков, из них 8 (33,3 %) мужчин, 16 (66,6%) женщин. Возраст больных – от 32 до 78 лет, средний возраст – 58,2 ± 19,8 лет.
В зависимости от локализации и сопутствующих заболеваний были выполнены вмешательства: резекция кистозно измененных внепеченочных желчных протоков и гепатикоеюностомия по Ру или гепатикоеюноанастомоз с энтеро-энтероанастомозом, резекция 2/3 желудка по Бальфуру, холецистэктомия.
Результаты. Средняя продолжительность операций составила 210 ± 27,5 минуты. Осложнения в послеоперационном периоде были у 9,8 % больных. В основном серомы, гематомы, которые не требовали повторных оперативных вмешательств. Продолжительность лечения составила 14,6 ± 2 койко-дня. При наблюдении в группе оперированных больных выявлен 1 случай холангиогенного рака.
Вывод. Исходя из полученных результатов лечения кист желчных протоков, несмотря на то, что они являются редко встречаемым патологическим состоянием, только полное удаление кисты с адекватным внутренним дренированием для декомпрессии желчных путей является стандартным радикальным оперативным лечением данной категории больных. Все эти пациенты нуждаются в последующих периодических осмотрах с целью раннего выявления осложнений и возможной малигнизации.

Организация наркологической помощи в России и система подготовки профессиональных кадров

Брюн Е. А.
ГБУЗ «Московский НПЦ наркологии ДЗМ», Москва

Специализированная наркологическая помощь осуществляется в соответствии с Порядком оказания наркологической помощи и Клиническими протоколами. Разработанный и внедренный в практику в ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ» полный цикл оказания специализированной помощи больным был рекомендован всем субъектам РФ. Данный подход получил высокую оценку европейских экспертов, работающих в области болезней зависимости. Полный цикл включает первичную, вторичную и третичную профилактику. В основе этого цикла лежит формирование лечебной субкультуры как действенной антитезы алкогольной и наркотической субкультурам.
Разработаны групповые и индивидуальные профилактические и лечебно-реабилитационные программы, основу которых составляют мотивационные, психотерапевтические и коррекционные интервенции. В полном объеме проводится лабораторно-диагностическое обследование. В лечении больных применяется мультидисциплинарный подход. Бригада специалистов включает: врача психиатра-нарколога, клинического психолога, специалиста по социальной работе, врачей-консультантов (по показаниям). Эффективность раннего выявления лиц, злоупотребляющих психоактивными веществами (ПАВ), в значительной степени определяется эффективностью внутриведомственного и межведомственного взаимодействия, которое касается различных медицинских организаций (женские консультации, родильные дома, детские поликлиники, поликлиники для взрослых, центры здоровья для детей и взрослых, многопрофильные стационары), организаций, имеющих отношение к проблеме злоупотребления ПАВ (образовательные учреждения, трудовые коллективы, силовые структуры МВД, военкоматы, другие структуры и организации).
Система эффективной наркологической помощи неразрывно связана с необходимостью четкой организации образовательного процесса с учетом всех тенденций и требований, соблюдением условий контроля качества образования в наркологии. Для повышения уровня образования специалистов в рамках системы непрерывного медицинского образования с 1 января 2016 г. внедряется новая процедура допуска к профессиональной деятельности – аккредитация специалиста. Переход к процедуре аккредитации осуществляется в 4 этапа (с 2016 по 2025 г.).
Врач психиатр-нарколог должен обладать 12 профессиональными компетенциями, которые включают в себя профилактический, диагностический, лечебный, реабилитационный и организационно-управленческий виды деятельности. После обучения в ординатуре по специальности «Психиатрия-наркология» специалист входит в систему непрерывного медицинского образования посредством индивидуального 5-летнего цикла обучения по специальности «Психиатрия-наркология», по окончании которого он допускается к повторной аккредитации.

Современный взгляд на реабилитацию детей, больных злокачественными опухолями

Букреева Е. А., Петриченко А. В., Савлаев К. Ф., Шароев Т. А., Иванова Н. М.
ГБУЗ «НПЦ специализированной медицинской помощи детям им. В. Ф. Войно-Ясенецкого ДЗМ», Москва

Введение. Реабилитация онкологических больных детского возраста является сегодня значимой медико-социальной проблемой, требующей переоценки существующих возможностей и подходов.
Цель. Улучшение качества жизни детей, больных злокачественными опухолями.
Материалы и методы. Показанием к проведению восстановительного лечения служило снижение качества жизни пациента. Реабилитационные мероприятия начинались с момента постановки диагноза и проводились на всем протяжении противоопухолевой терапии: для адаптации пациента к проводимому лечению, при любой стадии болезни и на любом этапе специального лечения, а также для восстановления утраченных функций в послеоперационном периоде и для минимизации последствий агрессивного противоопухолевого лечения по достижению ремиссии. С целью оценки реабилитационных возможностей пациента и возможности проведения восстановительных мероприятий, а также для онкологического мониторинга проводилось комплексное обследование. В детской онкологии объем реабилитационных мероприятий ограничен кинезиотерапией и узким спектром методик физиолечения. Восстановительное лечение в раннем послеоперационном периоде проводилось на фоне замещения кровопотери, обезболивания, седации, на фоне лекарственной терапии, в том числе полихимиотерапии. Начиная с 21 суток и до окончания противоопухолевого лечения, в позднем и отдаленном послеоперационном периодах, формировались индивидуальные программы реабилитации, соответствующие состоянию и потребностям пациента на момент наблюдения.
Результаты. В результате проведенного восстановительного лечения наблюдалось улучшение общего состояния больного и функций жизненно

важных органов у всех больных, адъювантное противоопухолевое лечение было проведено всем пациентам без удлинения интервалов между курсами ПХТ, реабилитационные программы показали хорошую переносимость. Все пациенты, получавшие восстановительное лечение, были гемодинамически стабильны, наблюдалось восстановление утраченных двигательных навыков в приемлемом объеме.

Выводы. 1. Восстановительное лечение должно быть максимально ранним и активным. 2. Включение восстановительного лечения в программу противоопухолевой терапии не ухудшает онкологический результат, но может существенно улучшить качество жизни на всех этапах лечения и по достижению ремиссии.

Мультидисциплинарный подход к проблеме диагностики синдрома хронических тазовых болей у женщин репродуктивного возраста

Бурыгина Л. А.[1], Беляева Ю. В.[1], Сурнина С. С.[1], Кухарева Т. Н.[2], Ленина Л. А. [1]
[1] *ГБУЗ «ПКБ № 4 им. П. Б. Ганнушкина ДЗМ», Москва*
[2] *ГБУЗ Московской области «Долгопрудненская центральная городская больница», Долгопрудный*

Введение. К синдрому хронической тазовой боли (СХТБ) у женщин традиционно относят боли в области малого таза, длительностью более 6 месяцев. Считается, что под истинной ХТБ следует подразумевать только случаи нециклической боли неясного происхождения при исключении всех известных органических причин. Данный подход способствует выделению группы пациенток с функциональными психогенными болями. Важность правильной диагностики данного синдрома обосновывается высоким социально-экономическим значением, так как он приводит к снижению работоспособности вплоть до стойкой ее утраты, а также к нарушению сексуальной жизни женщины. В последнее время признается необходимость мультидисциплинарного подхода к диагностике СХТБ. В состав многопрофильной группы входят урологи, гинекологи, психиатры, психотерапевты, сексологи, психологи.

Цель. Усовершенствовать диагностические методы при обследовании пациенток с СХТБ.

Материалы и методы. В исследование, проведенное на базах «ПКБ № 4 им. П. Б. Ганнушкина», ПНД №7 ДЗМ и ДЦГБ, были включены 12 пациенток репродуктивного возраста с диагнозом: СХТБ, посттравматическое стрессовое расстройство, устойчивое соматоформное болевое расстройство.

Результаты. В структуре жалоб пациенток с СХТБ преобладали: альгоменорея, диспаренурия, вульводиния, дизурия, фибромиалгия, синдром раздраженного кишечника (СРК), гиперсензитивность, головные боли, ипохондрия сна, тревожно-депрессивные расстройства, дисфория, ипохондрическая фиксация на соматическом состоянии. У женщин, страдающих ХТБ, часто отмечаются указания на физическое или сексуальное насилие, неблагополучные отношения с матерью, наличие посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) в анамнезе. Наряду с общеклиническим, биохимическим и инструментальным обследованием применялись: шкала тревоги и депрессии Бека, симптоматический опросник SCL-90-R. У 67 % обследуемых по шкале тревоги Бека результат составил от 22 до 35 баллов, что означает среднюю выраженность тревоги. У 25 % испытуемых были получены значения выше 36 баллов, что указывает на наличие очень высокого уровня тревоги. У 8 % испытуемых тревога клинически не была выражена. По шкале депрессии Бека у 25 % диагностирована тяжелая депрессия. У остальных 75 % отмечена депрессия средней тяжести, из них у двоих диагностирована умеренная депрессия. Исследование по методике SCL-90 также выявило высокие показатели по шкалам «Тревожность», «Депрессия», «Соматизация» у 88 %, что указывает на тенденцию к устранению тревоги путем ее вытеснения и перевода в соматическую симптоматику. У остальных 12 % пациенток показатели в пределах нормативных значений.

Выводы. 1. СХТБ у женщин наряду с общесоматическими симптомами включает в себя патологическое состояние тревожно-депрессивного спектра. 2. В настоящее время внедряется мультидисциплинарный подход к диагностике пациенток с СХТБ с применением психотерапевтической и сексологической помощи для повышения эффективности общего лечения данного круга пациенток.

Геронтологический кабинет в структуре психоневрологического диспансера как инструмент повышения доступности и качества оказания первичной медико-санитарной помощи по профилю «психиатрия» пациентам старшей возрастной группы

Бурыгина Л. А., Голубев С. А., Беляева Ю. В.
ГБУЗ «ПКБ № 4 им. П. Б. Ганнушкина ДЗМ», Москва

Введение. Увеличение доли пожилых людей становится значимой социально-демографической тенденцией и требует пересмотра и модернизации стандартов не только в социальной сфере, но и в сфере оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи. Общество нуждается в увеличении периода здоровой и активной жизни людей. Кроме того, существует и общественный запрос на увеличение продолжительности и качества жизни со стороны значительной части населения. Изменение социального статуса человека в пожилом возрасте, соматические заболевания, маломобильность часто приводят к развитию пограничных психических патологических состояний, возникновению депрессивных расстройств в сочетании и/или на фоне органических заболеваний головного мозга, деменции различных форм.

Цель. Обоснование необходимости организации геронтологического кабинета в структуре психоневрологического диспансера как инструмента повышения доступности и качества первичной специализированной медико-санитарной помощи по профилю «психиатрия».

Материалы и методы. В структуре филиала ПКБ № 4 ПНД № 7 был сформирован кабинет врача-психиатра для лиц старше 60 лет, страдающих психическими расстройствами и расстройствами поведения, классифицируемыми в рубриках МКБ 10: F00-09; F30-48. В указанную группу вошли 1597 пациентов, что составляет 33,7 % от общего числа лиц, находящихся под диспансерным наблюдением, а также в группе амбулаторной помощи ПНД № 7. Высокая численность пациентов, попавших в выборку, наглядно демонстрирует потребность старшей возрастной группы в первичной специализированной медико-санитарной помощи по психиатрическому профилю. Геронтологический кабинет в структуре ПНД № 7 функционирует с января 2017 г. Силами его специалистов в составе полипрофессиональной бригады (врач-психиатр, медицинская сестра, клинический психолог, специалист по социальной работе) реализуются мероприятия по профилактике, диагностике, лечению, решению социальных вопросов пациентов старшей возрастной группы. Помощь оказывается амбулаторно и на дому. С учетом специфики пациентов отмечается смещение сегмента оказания помощи на дом, проводятся психообразовательные мероприятия с ближайшим окружением пациентов, взаимодействие с «Клиникой памяти», ДТСЗН.

Результаты. За время работы кабинета удалось сократить количество и длительность госпитализаций в круглосуточный стационар со 100 в 2017 г. до 74 в 2018 г.; сократилось количество случаев установления диспансерного наблюдения: 2017 г. – 37, 2018 г. – 28 случаев, признания пациентов недееспособными: 2017 г. – 13 случаев, 2018 г. – 8. В 2017 г. для проживания в учреждениях социальной защиты было оформлено 5 человек, в 2018 г. – 3 человека, помощь на дому оказана в 2017 г. 1235 пациентам, в 2018 г. – 1847 пациентам. Данная картина свидетельствует о замедлении прогрессирования психических расстройств, улучшении уровня социального функционирования пациентов и повышении их адаптационных ресурсов.

Выводы. 1. Геронтологический кабинет является инструментом повышения доступности и качества первичной специализированной медико-санитарной помощи: происходит уменьшение косвенных потерь, связанных с необходимостью ухода за престарелыми людьми их трудоспособными родственниками, снижается количество необоснованных диагностических и лечебных вмешательств. Главным результатом становится улучшение качества жизни людей пожилого и старческого возраста. 2. Целесообразно дальнейшее изучение данной проблематики, а также расширение сети геронтологических кабинетов, их открытие в структуре других амбулаторных филиалов ПКБ № 4 ДЗМ.

Обновленная структура социальной службы психиатрического объединения

Бурыгина Л.А., Левин М. Е.
ГБУЗ «ПКБ № 4 им. П. Б. Ганнушкина ДЗМ», Москва

Введение. Актуальность организации центра социальной и правовой помощи обусловлена устойчивым удельным весом пациентов, требующих помощи в решении широкого круга социальных (от восстановления документов до помещения в учреждения социального обслуживания в стационарных условиях) и правовых (лишение дееспособности, недобровольная госпитализация, медицинская эвакуация в регион постоянного проживания) вопросов.

Цель. Совершенствование подходов в решении социально-правовых вопросов в рамках межведомственного взаимодействия в условиях психиатрического объединения.

Материалы и методы. Созданный на базе объединения «Центр социально-правовой помощи» включает в состав специалистов по социальной работе, социальных работников учреждения, тесно сотрудничает со специалистами «Центра психолого-психотерапевтической помощи», юридической службой больницы, лечебными подразделениями как стационарного, так и амбулаторного звена, в том числе в рамках полипрофессионального подхода. Немаловажную роль играет тесное межведомственное сотрудничество с Центрами социальной защиты, центрами занятости населения и иными лечебными и социальными учреждениями города для наиболее адекватной дальнейшей маршрутизации после выполнения индивидуальных лечебно-реабилитационных мероприятий.

Результаты. Учитывая отработанную схему решения типовых социальных неурядиц (восстановление утраченных документов, оформление пенсии, идентификация личности), удалось сократить срок решения социальных задач на 15 % по сравнению с аналогичным периодом 2018 г., а также повысить эффективность использования стационарзамещающих форм оказания психиатрической помощи. Удалось значительно улучшить преемственность между амбулаторной и стационарной службами объединения, сформировать единые подходы конструктивного решения социальных вопросов на всех этапах оказания комплексной психиатрической помощи гражданам, а также значительно увеличить участие граждан с психическими особенностями, в том числе с ограниченными возможностями, в общественных мероприятиях (ярмарках вакансий), что позволило повысить на 350 % количество трудоустроенных граждан, получающих психиатрическую помощь.

Вывод. Консолидированные усилия сотрудников различных служб объединения и четкая алгоритмизация действий позволяют быстрее и проще решать проблемы, характерные для пациентов психиатрического профиля.

Организационная модель двухкомпонентного приемно-диагностического отделения с блоком кратковременного круглосуточного пребывания

Бурыгина Л. А., Левин М. Е.
ГБУЗ «ПКБ № 4 им. П. Б. Ганнушкина ДЗМ», Москва

Введение. Актуальность реорганизации службы приемного покоя обусловлена разрозненностью консультантов психиатрического стационара (терапевта, невролога, окулиста, стоматолога), удаленностью от непосредственного места первичного врачебного осмотра модулей инструментальной, лабораторной и патопсихологической диагностики, а также служб оказания правовой помощи, что повышает риск нежелательных осложнений при транспортировке пациента для дообследования и консультаций специалистами.

Цель. Сосредоточение в едином комплексе средств первичной диагностики, оказания экстренной и неотложной психиатрической помощи в совокупности с возможностью кратковременного (до пяти дней) пребывания, в период которого решаются диагностические вопросы, основанные на доказательной медицине, юридические вопросы недобровольной госпитализации, определяется дальнейшая маршрутизация при отсутствии показаний для лечения в условиях круглосуточного стационара.

Материалы и методы. В учреждении создана двухуровневая (двухкомпонентная) служба приемного отделения, включающая непосредственно приемный блок с двумя потоками поступления пациентов, в котором проводятся традиционные первичный осмотр, санитарно-гигиеническая обработка, сортировка пациентов, и блок круглосуточного краткосрочного пребывания (до 5 суток) в составе 80 коек с раздельным мужским и женским пребыванием на вышерасположенных этажах. При первичном осмотре и диагностике врач имеет возможность использования рутинных лабораторных методов исследования (общего и биохимического анализов крови, мочи, ЭКГ, ЭЭГ, флюорографии), сосредоточенных в приемно-диагностическом блоке. В дальнейшем при наличии медицинских показаний к госпитализации пациент направляется в блок кратковременного пребывания приемно-диагностического отделения, где имеется возможность всестороннего дообследования, осуществления консультаций врачами-интернистами, проведения судебного заседания для решения вопроса недобровольной госпитализации. Также пациент осматривается членами полипрофессиональной бригады, при необходимости привлекаются научные и кафедральные сотрудники. По истечении пятидневного срока пациент с полным пакетом результатов обследования и документов, включающих судебное решение о недобровольной госпитализации, в случае его необходимости, маршрутизируется в профильные клиники с учетом рекомендаций полипрофессиональной бригады. Часть пациентов направляется в стационарзамещающие подразделения в связи с отсутствием оснований для госпитализации в круглосуточный стационар.

Результаты. По результатам 5-дневного пребывания около 30 % поступивших выписываются в указанные выше стационарзамещающие подразделения (медико-реабилитационное отделение, дневной стационар, отделение интенсивного оказания психиатрической помощи), а порядка 70 % пациентов маршрутизируются в клинические отделения больницы для получения персонифицированной помощи согласно рекомендациям полипрофессиональных бригад.

Вывод. Внедрение двухуровневого блока приемно-диагностического отделения с концентрацией необходимых ресурсов вокруг пациента позволило существенно оптимизировать медицинскую психиатрическую помощь в части сокращения времени типовых медицинских обследований, способствовало снижению количества самовольных уходов из стационара, снижению риска травматизма при возникновении психомоторного возбуждения, а также улучшило маршрутизацию поступающих в стационар пациентов.

Взаимосвязь клинико-эпидемиологических и иммунологических показателей ВИЧ-инфицированных женщин, больных шизофренией

Бурыгина Л. А., Левин М. Е., Орлов В. А., Макарян Д. Э., Жиленкова А. В.
ГБУЗ «ПКБ № 4 им. П. Б. Ганнушкина ДЗМ», Москва

Введение. Пандемия ВИЧ представляет собой одну из наиболее масштабных проблем в сфере общественного здоровья. Распространенность ВИЧ-инфекции у лиц, страдающих шизофренией, составляет от 2 до 5 %, тогда как в общей популяции по данным Росстата за 2017 г. этот показатель составил 0,47 %. У женщин, страдающих шизофренией, риск ВИЧ-инфицирования выше, чем у мужчин.

Цель. Оценить взаимосвязь между иммунным статусом и клинико-эпидемиологическими показателями ВИЧ-инфицированных женщин, больных шизофренией.

Материалы и методы. В ретроспективный анализ включены 40 пациенток с шизофренией/острым преходящим психотическим расстройством, верифицированным носительством ВИЧ-инфекции и отсутствием активной зависимости от психоактивных веществ, средний возраст составил 38,2 ± 8,3 года (от 21 до 55 лет).

Результаты. Дебют психического расстройства предшествовал ВИЧ-инфицированию у значительной доли больных (65 %). Среди пациенток с длительностью ремиссии до первой госпитализации в 2017 г. более 365 дней 3-я стадия ВИЧ-инфекции встречалась в 2,7 раза чаще, чем 4-я стадия ВИЧ-инфекции ($p < 0,05$). При анализе иммунологических показателей обнаружено, что соотношение Т-хелперов/цитотоксических Т-лимфоцитов было выше у пациенток, находившихся в стационаре менее 25 дней за год, по сравнению с пациентками, находившимися на лечении от 26 до 55 дней (0,9 ± 0,8 по сравнению с 0,4 ± 0,3, $p = 0,03$). Уровень лимфоцитов (в %) был выше у пациенток, находившихся в стационаре менее 25 дней за год, по сравнению с пациентками, находившимися на лечении от 26 до 55 дней (32,7 ± 12,1 по сравнению с 21,4 ± 7,2, $p = 0,01$).

Вывод. Более благоприятные показатели иммунного статуса соответствуют группе пациентов с минимальной продолжительностью госпитализаций за год, что может указывать на взаимосвязь выраженных иммунологических

нарушений в результате прогрессирования ВИЧ-инфекции и тяжести течения обострения эндогенного процесса. В то же время прогрессирование ВИЧ-инфекции до 4-й стадии связано с увеличением частоты госпитализаций в психиатрический стационар.

Новый взгляд на полипрофессиональное обслуживание пациентов в ГБУЗ ПКБ № 4 им. П. Б. Ганнушкина ДЗМ

Бурыгина Л. А., Левин М. Е., Палин А. В.
ГБУЗ «ПКБ № 4 им. П. Б. Ганнушкина ДЗМ», Москва

Введение. Биопсихосоциальный подход и полипрофессиональное взаимодействие специалистов в условиях современного оказания психиатрической помощи приобретает все большее значение. Поиск новых путей и возможностей для улучшения качества оказания помощи пациентам и их ближайшему окружению стимулирует развитие в том числе и эффективной работы полипрофессиональных бригад.
Цель. Внедрение новой модели мультимодальной помощи лицам с особенностью психических функций.
Материалы и методы. В свете реализации двухкомпонентного приемно-диагностического комплекса на базе психиатрического объединения были внедрены новые подходы работы полипрофессиональной бригады. Был расширен состав специалистов с включением в него врачей-интернистов и юриста. Сохранили участие врач-психотерапевт, медицинский психолог, специалист по социальной работе, при основной ведущей роли врачей-психиатров амбулаторного и стационарного звена. Благодаря четко выстроенной системе в работе полипрофессиональных бригад удалось расширить спектр лечебно-реабилитационных и социальных программ для пациентов с низким реабилитационным потенциалом, значительно увеличить качество оказания помощи большой группе тяжелых пациентов и, что немаловажно, улучшить преемственность между амбулаторной и стационарной частью.
Выводы. 1. За 2019 г. (I и II квартал) по сравнению с 2018 г. количество заседаний полипрофессиональных бригад возросло в 3 раза, в том числе за счет внедрения бригад в амбулаторных и полустационарных подразделениях. 2. Благодаря изменениям в работе специалистов внутри полипрофессиональных бригад удалось наладить разработку индивидуальных планов лечебно-реабилитационных мероприятий, персонифицировать социальный маршрут каждого пациента, а также наладить преемственность между стационарной и амбулаторной психиатрической службами, что снизило риск регоспитализаций и улучшило решение сложных социальных проблем пациентов, в том числе по трудоустройству и интеграции в сообщество.

Опыт организации психопросветительского проекта «Только без паники!» ГБУЗ «ПКБ № 4 им. П. Б. Ганнушкина ДЗМ»

Бурыгина Л. А., Левин М. Е., Палин А. В.
ГБУЗ «ПКБ № 4 им. П. Б. Ганнушкина ДЗМ», Москва

Введение. Скрининговый анализ психопросветительских проектов, проводимых специалистами среди молодого населения (средний возраст 25 лет) в течение 2017–2018 гг. в библиотеках, университетах, на общественных площадках, показал достаточно высокий уровень показателей тревоги, нуждающейся в психологической коррекции, среди здоровых молодых людей.
Цель. Снижение повышенного уровня тревожности среди здорового населения.
Материалы и методы. По данным ста самоопросников, сформированных по шкале тревоги Бэка, среднее число баллов было равно 25, при норме до 21 балла, что соответствует среднему уровню тревоги. Таким образом, верифицирован повышенный уровень тревожности среди населения, что способствует потенциальному формированию риска панического расстройства и других болезненных проявлений. В связи с этим в мае 2019 г. на базе районной библиотеки стартовал новый проект «Только без паники!», задачами которого являются психопросвещение о расстройствах тревожного и фобического спектров, механизмах их возникновения и путях профилактики. Участники проекта имели возможность пройти специальное клиническое тестирование с выявлением рисков по тревожному расстройству и чувствительности к стрессовым факторам. Были разработаны специальные памятки и рекомендации по совладанию с повышенным уровнем тревоги и беспокойства, отмечена важная роль своевременного обращения за помощью.
Выводы. 1. В обществе имеется высокий запрос на тему профилактики повышенного уровня тревожности: насчитывалось свыше 250 человек, что свидетельствует о высокой значимости темы среди населения как молодого, так и среднего возраста. 2. Отмечена высокая потребность участников проекта в полноценном информировании о симптомах, причинах возникновения, а также современных способах психологической и лекарственной коррекции. 3. Проект способствовал профилактике тяжелых расстройств среди здорового населения и улучшению качества жизни жителей мегаполиса.

Опыт организации центра психолого-психотерапевтической помощи в ГБУЗ «ПКБ № 4 им. П. Б. Ганнушкина ДЗМ»

Бурыгина Л. А., Левин М. Е., Палин А. В.
ГБУЗ «ПКБ № 4 им. П. Б. Ганнушкина ДЗМ», Москва

Введение. Актуальность создания Центра психолого-психотерапевтической помощи определяется современными тенденциями деинституционализации оказания психиатрической помощи со смещением акцента на амбулаторное звено. Создание единого Центра психолого-психотерапевтической помощи, функционирующего как на базе психиатрического стационара, так и в стационарзамещающих подразделениях (медико-реабилитационное отделение (МРО), дневной стационар (ДС), отделение интенсивного оказания психиатрической помощи (ОИОПП)), служит цели объединения усилий специалистов-психиатров, психологов, психотерапевтов, социальных работников в дестигматизации пациентов и позволяет улучшить преемственность между стационарным и амбулаторным звеньями психиатрической службы.
Цель. Сосредоточение в едином комплексе средств психолого-психотерапевтической коррекции всего спектра психопатологических нарушений на основе мультидисциплинарного подхода, формирование единых стандартов оказания профильной помощи в рамках работы полипрофессиональной бригады.
Материалы и методы. В учреждении 01.09.2018 создан Центр психолого-психотерапевтической помощи, который представлен врачами-психотерапевтами, медицинскими психологами, инструкторами по трудовой терапии и медицинскими сестрами. Специалисты Центра организуют работу как на базе стационарных отделений, так и на базе стационарзамещающих подразделений: психоневрологических диспансеров, в условиях ДС, ОИОПП, МРО, психотерапевтических кабинетов, психотерапевтических кабинетов для обслуживания детей.
Результаты. Анализ работы центра показывает, что охват пациентов лечебно-реабилитационными мероприятиями возрос с 51,5 % в 2018 г. до 78,5 % в 2019 (I и II квартал), особенно охват психообразованием: с 32,8 % в 2017 г. до 65,5 % в 2019 г. Благодаря взаимозаменяемости и мобильности специалистов центра удалось решить кадровые сложности в амбулаторной сети и улучшить преемственность. В больнице и ее филиалах организованы унифицированные реабилитационные программы на основе практик доказательной медицины и современных реабилитационных технологий, что позволило значительно улучшить качество оказания помощи пациентам и способствовать лучшей интеграции пациентов в сообщество.
Вывод. Мультидисциплинарные подходы и поиск новых форм взаимодействия с населением способны улучшить качество психиатрической помощи, что в целом может благотворно влиять на психическое состояние жителей мегаполиса.

Методы диагностики и тактика лечения больных гнойными эпидуритами и спондилодиецитами

Васильченко М. И, Ким А. В., Пачев М. В., Беленькая О. И., Винокуров А. С., Янгуразова Д. Р.
ГБУЗ «ГКБ им. В. П. Демихова ДЗМ», Москва

Введение. Гнойно-воспалительные заболевания позвоночника требуют дифференцированного подхода к лечению.
Цель. Определение алгоритма диагностики и тактики оперативного лечения больных гнойным эпидуритом и спондилодисцитом.
Материалы и методы. В нейрохирургическом отделении ГКБ им. В. П. Демихова за период с 2016 по 2019 г. обследованы и пролечены 86 пациентов с гнойно-воспалительными заболеваниями позвоночника. Пациентам проведена КТ позвоночника, с помощью которой хорошо визуализируется локализация и деструкция тел позвонков. Другой вид использованного исследования, дополняющий компьютерную томографию, – МРТ позвоночника с контрастным усилением, позволяющая четко визуализировать и дифференцировать гнойный процесс в телах позвонков, межпозвонковых дисках, эпидуральной клетчатке, паравертебральных мягких тканях, а также позволяющая выявить отек и ишемию невральных структур. В случае выявления по данным МРТ паравертебральных абсцессов мягких тканей выполнялось УЗ-дренирование гнойных полостей с последующим бактериологическим исследованием биоматериала с целью выявления микробной флоры и ее чувствительности к антибактериальным препаратам.
Результаты. 20 больным при спондилодисците проводилась малоинвазивная транскутанная пункция очагов дисцита под контролем интраоперационного ЭОП с последующим цитологическим и бактериологическим анализом биоптата. При выявлении микробной флоры назначалась длительная терапия специфическими антибактериальными препаратами (парентеральными, а затем и энтеральными).
50 больным при гнойном эпидурите и спондилодисците проводилась декомпрессия позвоночного канала, санация эпидурита и спондилодисцита с последующей установкой приточно-отточной промывной дренажной системы. Интраоперационное дренирование позвоночного канала при гнойном эпидурите дало возможность выполнить активную аспирацию и вымывание остаточного гнойного содержимого и введение антисептика (диоксидин). Длительность дренирования позвоночного канала составляла в среднем 5–6 дней и определялась характером отделяемого раневого канала.
16 больным, при наличии деструкции и/или грубой кифотической деформации позвоночника, обуславливающих неврологический дефицит, выполнялось радикальное оперативное вмешательство в 2 этапа:
а) дорзальный металлоспондилодез (в большинстве случаев транскутанная установка);
б) торакотомия (лапаротомия), корпорэктомия пораженных тел позвонков, санация гнойных очагов с последующим вентральным спондилодезом имплантом «Mesh».
Выводы. 1. Оперативное вмешательство должно быть выполнено в максимально сжатые сроки после установки диагноза. 2. Оперативный доступ должен обеспечивать адекватность санации гнойного очага, установку дренажей, санирующих позвоночный канал, корректную установку стабилизирующей металлоконструкции. 3. Использование активного дренирования позвоночного канала с постоянной ирригацией гнойного очага растворами антисептиков и антибиотиков через микроирригаторы способствует очищению раны и позвоночного канала до чистых вод.

Сравнительная оценка робот-ассистированной, открытой и лапароскопической резекции почки

Велиев Е. И.[1, 2], Богданов А. Б.[1, 2], Марченко В. В.[2]
[1]ГБУЗ «ГКБ им. С. П. Боткина ДЗМ», Москва
[2]ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ, Москва

Введение. Возможности применения роботической хирургии требуют дальнейшего исследования и взвешенного подхода.
Цель. Оценка различных техник выполнения резекции почки, включая открытую, лапароскопическую и робот-ассистированную.
Материалы и методы. Операции по поводу рака почки, выполненные за период с января 2016 по апрель 2019 г. в клинике урологии РМАНПО. Общее количество прооперированных составило 342 пациента, из них 35 пациентов перенесли роботическую резекцию почки (РАРП), 75 – лапароскопическую (ЛАРП), 232 – открытую резекцию почки (ОРП).
Результаты. Все пациенты имели стадию заболевания T1N0M0. Средний возраст составил 57 лет. Средний максимальный размер опухоли пациентов, перенесших РАРП, – 5,7 см, ЛАРП – 3,1 см, ОРП – 4,6 см. Сопоставление результатов оценки по балльной шкале R.E.N.A.L. продемонстрировало заметную разницу сложности выполнения резекции почки. Так, РАРП и ОРП в среднем имели 7 баллов, а ЛАРП была выполнена пациентам с заметно более «резектабельными» опухолями с средней суммой баллов по шкале R.E.N.A.L. – 5. Средняя продолжительность оперативного вмешательства оказалась наименьшей у ЛАРП – 176 минут. С незначительным увеличением средней продолжительности была ОРП – 180 минут, а РАРП продемонстрировала наибольшую среднюю длительность оперативного вмешательства – 320 минут. Средняя интраоперационная кровопотеря при ЛАРП составила 137 мл, при РАРП – 167 мл, наибольшая при ОРП – 225 мл.
Выводы. 1. На ЛАРП отбирались пациенты с значительно более «резектабельными» опухолями, тогда как на ОРП и РАРП были направлены пациенты с заметно более «сложными» резекциями. 2. При сравнении РАРП и ОРП оказалось, что последняя уступает РАРП по величине кровопотери, но превосходит по продолжительности операции, в связи с чем РАРП не может быть рекомендована пациентам с тяжелыми соматическими заболеваниями.

Состояние оргазмической функции у пациентов после перенесенной радикальной простатэктомии

Велиев Р. А.[2], Велиев Е. И.[1, 2], Соколов Е. А.[1, 2]
[1]ГБУЗ «ГКБ им. С. П. Боткина ДЗМ», Москва
[2]Кафедра урологии и хирургической андрологии ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» МЗ РФ, Москва

Введение. Сохранить пациенту эректильную и оргазмическую функции после радикальной простатэктомии (РПЭ) – своего рода вызов для оперирующего хирурга.
Цель. Оценить оргазмическую функцию пациентов, перенесших РПЭ по поводу рака предстательной железы (РПЖ), влияние различных методик операции и ее модификаций, а также выявление прогностических факторов восстановления оргазмической функции после операции.
Материалы и методы. Проспективную группу исследования составили 33 пациента, перенесших позадилонную РПЭ или робот-ассистированную РПЭ с октября 2018 по январь 2019 г. в урологическом отделении ГКБ им. С. П. Боткина. В группу исследования были включены пациенты с сохранной оргазмической функцией на дооперационном периоде. Эректильная и оргазмическая функции пациентов оценивались через 3 месяца после перенесенной операции с применением вопросов эректильного и оргазмического доменов анкеты МИЭФ/IIEF.
Результаты. Оргазмическая функция через 3 месяца после операции оказалась сохранной у 16 (48,5 %) из 33 пациентов. При выполнении робот-ассистированной РПЭ сохранная функция оргазма определена у 53,9 % пациентов, при открытой технике операции – у 28,6 % пациентов. Применение нервосберегающей техники (с одной стороны или с обеих сторон) коррелировало с сохранным оргазмом у 9 (52,9 %) из 17 пациентов. В группе пациентов с сохранной оргазмической функцией средний возраст на момент выполнения операции составил 57,69 лет против 64,76 лет в группе без сохранного оргазма. В группе пациентов с сохранной оргазмической функцией объем предстательной железы до операции составлял 42,69 см^3 против 52,7 см^3 в группе без сохранного оргазма. В группе с сохранной оргазмической функцией также определялась положительная корреляция с более высокими показателями эректильной функции по шкале IIEF-EF в сравнении со второй группой: 23,94 против 20,65 до операции соответственно, а также 6,95 против 2,47 после операции соответственно.
Выводы. 1. Восстановление оргазмической функции наблюдается примерно у каждого второго пациента, перенесшего РПЭ по поводу РПЖ. 2. К основным прогностическим факторам восстановления оргазма после операции являются более молодой возраст пациента на момент операции, меньший объем предстательной железы, более высокая сумма баллов эректильного домена шкалы IIEF-EF как до, так и после операции. 3. Исследование ограничено небольшой группой пациентов, а также относительно коротким периодом наблюдения в послеоперационном периоде.

Результаты установки искусственного мочевого сфинктера при тяжелой степени стрессового недержания мочи

Велиев Е. И.[1,2], Томилов А. А.[1], Богданов А. Б.[1,2], Голубцова Е. Н.[1,2]
[1]*ГБУЗ «ГКБ им. С. П. Боткина ДЗМ», Москва*
[2]*ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ*

Введение. У пациентов с тяжелой степенью стрессового недержания мочи имплантация искусственного мочевого сфинктера (ИМС) на протяжении последних лет остается стандартом лечения.
Цель. Оценка эффективности и безопасности установки ИМС у пациентов с тяжелой степенью инконтиненции.
Материалы и методы. С 2004 по 2019 г. в клинике урологии имплантация ИМС произведена 49 пациентам со стрессовым недержанием мочи тяжелой степени. Излечением считалось использование ⩽ 1 прокладки в сутки, улучшением – сокращение потерь мочи более чем на 50 %, частота успеха определялась как сумма частоты излечения и улучшения.
Результаты. Медиана возраста составила 67 лет (IQR 63–73 года). Стрессовое недержание мочи тяжелой степени явилось осложнением следующих оперативных вмешательств: радикальная простатэктомия – 29 (59 %) пациентов, трансуретральная резекция простаты – 10 (20,4 %), чреспузырная аденомэктомия – 5 (10,2 %), другие вмешательства – 5 (10,2 %) пациентов. Медиана времени после операции на предстательной железе составила 24 месяца (IQR 12–36 месяцев). Оценены результаты лечения 42 пациентов. При медиане времени наблюдения 91 месяц (IQR 65–124 месяцев) отмечено статистически значимое снижение медианы количества теряемой мочи с 800 мл (IQR 700–1100 мл) вплоть до 0 (IQR 0–28 мл) $p<0,01$, а также медианы количества используемых прокладок с 7 штук (IQR 6–8 штук) также вплоть до 0 (IQR 0–1 штука), $p<0,01$. Критериям излечения соответствовали 91 % пациентов, критериям улучшения – 7 %, частота успеха была 98 %. Осложнения по Clavien-Dindo: I – 1 случай, II – 2 случая, IIIa – 13 случаев. Семнадцать ревизий выполнено 10 (20,4 %) пациентам, из них 4 – повторные. Частично или полностью конструкция удалялась у 9 пациентов.
Выводы. Несмотря на высокую частоту ревизий, установка ИМС является эффективным методом лечения пациентов с тяжелой степенью стрессового недержания мочи.

Синдром зависимости от ПАВ у пациентов с коморбидными патологическими состояниями шизофренического спектра: клинико-динамические особенности, терапевтические подходы

Винникова М. А., Ежкова Е. В.
ГБУЗ «Московский НПЦ наркологии ДЗМ», Москва

Введение. Особую категорию среди наркологических пациентов, страдающих зависимостью от психоактивных веществ (ПАВ), представляют пациенты с патологическими состояниями шизофренического спектра.
Цель. Изучить клинико-динамические особенности синдрома зависимости у пациентов с коморбидными патологическими состояниями шизофренического спектра, оценить эффективность и безопасность использования атипичных антипсихотиков в терапии.
Материалы и методы. Из 90 пациентов, включенных в исследование, 22 пациентам установлен диагноз «Шизофрения параноидная, малопрогредиентный тип течения» (F20.41 – эпизодический тип течения с нарастающим дефектом, F20.03 – эпизодический ремитирующий тип течения); 68 пациентам – «Шизотипическое расстройство» (латентная шизофрения F21.1; псевдоневротическая (неврозоподобная) шизофрения F21.3; псевдопсихопатоподобная (психопатоподобная) шизофрения F21.4; «бедная симптомами» шизофрения F21.5; шизотипическое личностное расстройство F21.8). Применены клинико-психопатологический, экспериментально-психологический, лабораторный, статистический, психометрический методы исследования.
Результаты. Для пациентов с «двойным диагнозом» характерны следующие клинико-динамические особенности наркологического заболевания: 1) ранняя социальная дезадаптация, о чем свидетельствует незначительное количество работающих (20 %), значительное количество одиноких, не состоящих в браке либо в отношениях (80 %); 2) склонность к развитию «госпитализма», связанная с частыми рецидивами и низким качеством ремиссий, о чем свидетельствует значительное количество госпитализаций в течение одного года (42 %); 3) развитие наркологического заболевания в раннем возрасте: 21, 2 ± 1,9 года; 4) наиболее частая мотивация приобщения к употреблению ПАВ – это т. н. «эксперимент», не для поиска эйфории, а для изучения действия психоактивного вещества на мозг (39,9 %) либо с целью коррекции своего психического состояния (35,7 %); 5) нехарактерная мотивация приобщения к употреблению ПАВ – «влиться в компанию» (7,1 %); 6) преобладание высокой прогредиентности наркологического заболевания (62 %); 7) преобладание в структуре абстинентного синдрома психопатологических проявлений (68 %); 8) преобладание в структуре синдрома патологического влечения идеаторного компонента (52 %); 9) паттерн употребления ПАВ хаотичный, более 2 ПАВ (66,7 %).
Вывод. Достоверные внутригрупповые различия, полученные по всем шкалам во всех группах, позволяют сделать однозначный вывод об эффективности применения антипсихотиков, как атипичных, так и традиционных, при лечении пациентов с «двойным диагнозом».

Возможности высокопоточной оксигенотерапии при лечении больных острой дыхательной недостаточностью различного генеза

Власенко А. В.[1,2], Корякин А. Г.[1], Евдокимов Е. А.[2]
[1]*ГБУЗ «ГКБ им. С. П. Боткина ДЗМ», Москва*
[2]*ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ,, Москва*

Введение. Несмотря на развитие медицинских технологий, тяжелая острая дыхательная недостаточность (ОДН) остается одной из актуальных проблем современной реаниматологии. Респираторная поддержка (РП) является незаменимым методом временного протезирования функции внешнего дыхания при лечении больных тяжелой ОДН, однако имеет ряд отрицательных эффектов со стороны легких и других органов и систем, особенно при агрессивных параметрах искусственной вентиляции легких (ИВЛ). Высокопоточная оксигенотерапия (ВПО) представляет инновационную разновидность неинвазивной вентиляции легких (НИВЛ), которая все более широко используется при ОДН и позволяет избежать многих осложнений ИВЛ. Для изучения клинического потенциала ВПО и разработки наиболее эффективных алгоритмов его применения на разных этапах лечения ОДН различного генеза необходимо продолжение изучения этого метода.
Цель. Изучение клинической эффективности ВПО при паренхиматозной ОДН различного генеза.
Материалы и методы. Проспективно у 72 пациентов, пострадавших и раненых (48 мужчин, 24 женщины, возраст от 18 до 75 лет), с паренхиматозной ОДН различного генеза выполнили сравнение клинической эффективности ВПО и НИВЛ на разных этапах РП. Все обследованные пациенты были разделены на 3 группы. В группе А (n = 23, 15 мужчин, 8 женщин) при манифестации ОДН РП начинали с использования масочной НИВЛ (в подгруппе А1, n=11) или ВПО с назальной канюлей (в подгруппе А2, n = 12). В группе В (n = 25, 16 мужчин, 9 женщин) при разрешении ОДН после экстубации РП продолжали с использованием масочной НИВЛ (в подгруппе В1, n = 12) или ВПО с назальной канюлей (в подгруппе В2, n = 13). В группе С (n = 24, 17 мужчин,7 женщин) при разрешении ОДН у трахеостомированных пациентов отлучение от респиратора проводили с использованием традиционной оксигенотерапии (в подгруппе С1, n = 12) или ВПО с трахеостомической канюлей (в подгруппе С2, n = 12). Анализировали динамику показателей газообмена и биомеханики легких, частоту интубаций, реинтубаций и развития гнойно-септических осложнений, продолжительность РП, применения симпатомиметиков и лечения в отделении реанимации (ОР), летальность в ОР.
Результаты. У пациентов в подгруппе А2, по сравнению с подгруппой А1, выявили: значимо более низкую частоту интубации и проведения ИВЛ, менее частое развитие вентилятор-ассоциированной пневмонии (ВПО), меньшую продолжительность РП. У пациентов в группе А при сочетанном применении масочной НИВЛ и ВПО отмечали значимо более эффективный рост PaO_2/FiO_2, снижение частоты интубации трахеи, сокращение продолжительности РП и применения симпатомиметиков, частоты развития ВАП, времени лечения в ОР. У пациентов в подгруппе В2, по сравнению

НИИ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И МЕДИЦИНСКОГО МЕНЕДЖМЕНТА

Наука

НИИОЗММ ДЗМ – активный участник научного обоснования реформ, проводимых в московском здравоохранении.

КОМПЕТЕНЦИИ

- Экспертная деятельность при проведении и планировании реформ в московском здравоохранении.
- Исследовательская работа в области управления здравоохранением и состоянием общественного здоровья.
- Прогнозирование изменений состояния здоровья и социально-демографических показателей среди москвичей.
- Проведение фармако-экономических расчетов при запуске новых проектов.
- Разработка систем принятия клинических решений.
- Развитие кадрового потенциала столичного здравоохранения.
- Развитие базовых технологий оказания медицинской помощи с использованием телемедицины.
- Разработка стратегии экспорта медицинских услуг в Москве.

36 ИНДЕКС ХИРША (ИНДЕКС НАУЧНОГО ЦИТИРОВАНИЯ) НАУЧНОГО СОВЕТА ИНСТИТУТА

БОЛЕЕ **60** НАУЧНЫХ СТАТЕЙ ПУБЛИКУЮТСЯ ЕЖЕГОДНО СОТРУДНИКАМИ НИИОЗММ

20 НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРОВОДЯТСЯ ЗА ГОД

«СОДЕРЖАНИЕ И ПЛАН НАШЕЙ РАБОТЫ ДОЛЖНЫ БЫТЬ МАКСИМАЛЬНО НАПОЛНЕНЫ ПРАКТИЧЕСКИМ СМЫСЛОМ И ПРИВЯЗАНЫ К ПРОЦЕССАМ, ПРОИСХОДЯЩИМ В СОВРЕМЕННОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ».

Елена АКСЕНОВА, *доктор экономических наук, директор НИИОЗММ ДЗМ*

с подгруппой В1, выявили: значимое сокращение частоты реинтубации и возобновления ИВЛ, отсутствие ВАП, сокращение продолжительности отлучения от респиратора и лечения в ОР. У пациентов в группе В при сочетанном применении масочной НИВЛ и ВПО отмечали значимо более эффективный рост PaO_2/FiO_2, снижение частоты реинтубации, сокращение продолжительности РП. У пациентов в подгруппе С2, по сравнению с погруппой С1, выявили: значимое сокращение частоты возобновления ИВЛ, отсутствие рецидивов ВАП, значимо более высокие значения PaO_2/FiO_2, сокращение продолжительности отлучения от ИВЛ.

Выводы. 1. У пациентов, пострадавших и раненых с паренхиматозной ОДН различного генеза использование ВПО на разных этапах РП позволяет сократить частоту интубации, реинтубаций и ВАП, уменьшить продолжительность РП и лечения в ОР без существенного влияния на летальность. 2. Сочетанное применение масочной НИВЛ и ВПО у данного контингента больных существенно увеличивает клиническую эффективность методов по сравнению с их раздельным использованием. 3. ВПО является методом выбора при отлучении от респиратора трахеостомированных больных паренхиматозной ОДН различного генеза.

Применение респираторных тренажеров при отлучении от ИВЛ пациентов с трахеостомой

Власенко А. В.[1, 2], Корякин А. Г.[1], Родионов Е. П.[1, 2], Евдокимов Е. А.[2]
[1]*ГБУЗ «ГКБ им. С. П. Боткина ДЗМ», Москва*
[2]*ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ, Москва*

Введение. Многим пациентам с тяжелой острой дыхательной недостаточностью (ОДН) при длительной искусственной вентиляции легких (ИВЛ) требуется выполнение трахеостомии, что не только ухудшает качество жизни, но и затрудняет процесс перевода на самостоятельное дыхание. В последние годы в пульмонологической практике успешно используются различные респираторные тренажеры (РТ) [побудительная спирометрия (ПС), дыхание с положительным давлением (PAP), положительное давление на выдохе с высокочастотной осцилляцией легких (VPEP) и др.]. Можно предположить, что применение этих способов респираторной терапии (РТ) будет не менее эффективно у пациентов с ОДН на разных этапах респираторной поддержки (РП). Это предположение диктует необходимость научного обоснования, разработки и внедрения новых алгоритмов применения РТ при ОДН в условиях ИВЛ у разного контингента пациентов.

Цель. Изучение клинической эффективности применения РТ в протоколе прекращения ИВЛ у трахеостомированных пациентов с ОДН различного генеза.

Материалы и методы. Проспективно у 19 трахеостомированных пациентов (13 мужчин, 6 женщин, возраст от 24 до 68 лет) с ОДН на фоне тяжелой сочетанной травмы (ТСТ) и абдоминального сепсиса (АС) после длительной ИВЛ (более 15 суток) при отлучении от респиратора использовали: в группе А (N = 9, 5 мужчин, 4 женщины) ВПО (Airvo-2, Optiflow (F&P), в группе В (N = 10, 7 мужчин, 3 женщины) ВПО в сочетании с VPEP (Acapella®, SmithsMedical). Больным в каждой группе индивидуально подбирали и корректировали параметры ВПО и VPEP. ВПО проводили по 8–20 часов в сутки, сеансы VPEP – 4–8 раз в сутки по 5–15 минут через коннектор, соединенный с трахеостомической трубкой. Анализировали динамику показателей газообмена и биомеханики легких, частоту возобновления ИВЛ, развития гнойно-септических осложнений, продолжительность периода отлучения от ИВЛ и применения симпатомиметиков.

Результаты. На вторые сутки исследования у всех пациентов в группе В по сравнению с группой А отмечали: достоверное превышение индекса оксигенации (в среднем на 23,5 %), значимо больший прирост жизненной емкости легких (ЖЕЛ) (в среднем на 18,6 %), значимо меньшую частоту возобновления ИВЛ [отсутствие в группе В и 2 пациента в группе А (22,2 %)], время отлучения от респиратора (в среднем 2,2 суток и 4,8 суток соответственно) и применения симпатомиметиков (в среднем 2 и 3,4 суток соответственно). В группе В отмечали более эффективное разрешение трахеобронхита и пневмонии по клинико-лабораторным и инструментальным данным.

Вывод. У трахеостомированных пациентов с ОДН вследствие ТСТ и АС включение VPEP в протокол прекращения ИВЛ существенно повышает клиническую эффективность процесса отлучения от респиратора по сравнению использованием только ВПО.

Применение респираторных тренажеров в комплексном лечении больных острой дыхательной недостаточностью различного генеза

Власенко А. В.[1, 2], Корякин А. Г.[1], Родионов Е. П.[1, 2], Евдокимов Е. А.[2]
[1]*ГБУЗ «ГКБ им. С. П. Боткина ДЗМ», Москва*
[2]*ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ, Москва*

Введение. На всех этапах комплексного лечения больных острой дыхательной недостаточностью (ОДН) различного генеза необходимо применение тех или иных методов респираторной терапии (РТ). Современные медицинские технологии предоставляют большой выбор простых, неинвазивных и эффективных способов РТ – побудительная спирометрия (ПС), дыхание с положительным давлением на выдохе (PEP), дыхание с положительным давлением (PAP, EzPAP), положительное давление на выдохе с высокочастотной осцилляцией легких (VPEP), интрапульмональная перкуссионная вентиляция (IPV), экстраторакальная высокочастотная осцилляция грудной клетки (HFCWO) и др.). Рациональное использование этих методик позволяет улучшить результаты лечения пациентов с ОДН. В настоящее время перечисленные способы широко используются пациентами с хроническими обструктивными заболеваниями легких (ХОБЛ), а также для профилактики развития и лечения послеоперационных легочных осложнений (ПЛО). Необходима разработка новых эффективных алгоритмов применения методов РТ в разных клинических ситуациях.

Цель. Сравнение клинической эффективности применения высокопоточной оксигенотерапии (ВПО) и комбинированного использования ВПО с EzPAP при развитии ОДН различного генеза.

Материалы и методы. Проспективно у 23 пациентов (15 мужчин, 8 женщин, возраст от 21 до 67 лет) при развитии ОДН паренхиматозного типа вследствие тупой травмы груди (ТТГ), тяжелой сочетанной неторакальной травмы (ТСТ) или внебольничной пневмонии (ВП) РП начинали: в группе А (N = 12, 8 мужчин, 4 женщины) с применения ВПО (Airvo-2, Optiflow (F&P), в группе В (N = 11, 7 мужчин, 4 женщины) с комбинированного применения ВПО и EzPAP (SmithsMedical). Больным в каждой группе индивидуально подбирали и корректировали параметры ВПО и EzPAP. ВПО проводили по 16–24 часа в сутки, сеансы EzPAP 8–12 раз в сутки по 10–20 минут. Анализировали динамику показателей газообмена и биомеханики легких, частоту интубаций, развития пневмонии, продолжительность РП и лечения в отделении реанимации (ОР), летальность в ОР.

Результаты. В группе В по сравнению с группой А отмечали: в среднем со вторых суток исследования значимо более высокий индекс оксигенации (в среднем на 32,4 %) и значимо большую жизненную емкость легких (ЖЕЛ) (в среднем на 24 %), значимо меньшую частоту развития пневмонии у пациентов с ТТГ и ТСТ (18,2 % и 33,3 % соответственно), интубаций [1 (9,1 %) пациент и 3 (25 %) пациента, соответственно], а также значимо меньшую продолжительность РП (в среднем 7,1 суток и 10,2 суток, соответственно), большее время без интубации у интубированных пациентов (в среднем 4,2 и 1,8 суток соответственно), менее длительное лечение в ОР (в среднем 9,5 суток и 13,3 суток соответственно), без достоверных различий летальности в ОР (1 пациент в каждой группе).

Вывод. При развитии ОДН вследствие ТТГ, ТСТ и ВП сочетанное применение ВПО и EzPAP потенцирует терапевтические эффекты этих методов и улучшает результаты лечения больных ОДН, по сравнению с использованием только ВПО.

Эффективность применения респираторных тренажеров на этапе прекращения респираторной поддержки

Власенко А. В.[1, 2], Корякин А. Г.[1], Родионов Е. П.[1, 2], Евдокимов Е. А.[2]
[1]*ГБУЗ «ГКБ им. С. П. Боткина ДЗМ», Москва*
[2]*ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ, Москва*

Введение. Отлучение от респиратора на этапе прекращения искусственной вентиляции легких (ИВЛ) является важным и сложным этапом лечения больных тяжелой острой дыхательной недостаточностью (ОДН). В последние годы на этом этапе лечения больных ОДН широко используются различные неинвазивные методы ИВЛ (НИВЛ). Применение инновационных методов НИВЛ [высокопоточная оксигенотерапия (ВПО) и респираторной терапии (РТ) (побудительная спирометрия (ПС), дыхание с положительным давлением (PAP, EzPAP), дыхание с положительным давлением и высокочастотной осцилляцией легких (VPEP) и др.] делает этот процесс более эффективным и безопасным. Однако в настоящее время отсутствуют четкие протоколы применения разных методов НИВЛ и РТ у данного контингента больных.

Цель. Сравнение клинической эффективности применения ВПО и комбинированного использования ВПО с VPEP при отлучении от респиратора пациентов с ОДН различного генеза.

Материалы и методы. Проспективно у 21 пациента (14 мужчин, 7 женщин, возраст от 24 до 62 лет) с ОДН, развившейся вследствие тяжелой сочетанной травмы (ТСТ), абдоминального сепсиса (АС), вентилятор-ассоциированной пневмонии (ВАП) на этапе прекращения длительной ИВЛ (более 12 суток) использовали: в группе А (N = 10, 6 мужчин, 4 женщины, из них 2 мужчин и 2 женщин с трахеостомой) ВПО (Airvo-2, Optiflow (F&P), в группе В (N = 11, 8 мужчин, 3 женщины, из них 3 мужчины и 2 женщины с трахеостомой) ВПО в сочетании с VPEP (Acapella®, SmithsMedical). Пациентам в каждой группе индивидуально подбирали и корректировали параметры ВПО и VPEP. ВПО проводили по 8–20 часов в сутки, сеансы VPEP – 4–8 раз в сутки по 5–15 минут. Анализировали динамику показателей газообмена и биомеханики легких, частоту реинтубаций, продолжительность периода отлучения от ИВЛ и применения симпатомиметиков, летальность в ОР.

Результаты. В группе В по сравнению с группой А отмечали: достоверное превышение индекса оксигенации в среднем через 22 часа после прекращения ИВЛ (в среднем на 21,5 %), в среднем через 36 часов после прекращения ИВЛ – значимо большую жизненную емкость легких (ЖЕЛ) (в среднем на 19 %). Данные различия в группах А и В были более выраженными у пациентов с трахеостомами. У пациентов с трахеостомами в группе В отмечали более эффективное разрешение трахеобронхита по данным фиброоптической бронхоскопии. В группе В по сравнению с группой А отмечали: значимо меньшую частоту реинтубаций [1 (9,1 %) пациент и 2 (20 %) пациента соответственно], значимо меньшую продолжительность периода отлучения от респиратора (в среднем 2,7 суток и 5,2 суток соответственно) и применения симпатомиметиков (в среднем 1,8 и 3,5 суток соответственно), отсутствие достоверных различий летальности в ОР (0 на данном этапе в каждой группе).

Вывод. При ОДН вследствие ТСТ, АС и ВАП после длительной ИВЛ сочетанное применение ВПО и VPEP увеличивает клиническую эффективность процесса отлучения от респиратора, особенно у трахеостомированных пациентов, по сравнению использованием только ВПО.

Медицинская сестра как часть полипрофессиональной команды

Власова Н. Д.
ГБУЗ «НПЦПЗДП им. Г. Е. Сухаревой ДЗМ», Москва

«Медсестра – это ноги безногого, глаза ослепшего, опора ребенку, источник знаний и уверенности для молодой матери, уста тех, кто слишком слаб или погружен в себя, чтобы говорить»

Вирджиния Хендерсон, медицинская сестра, США

«Ни одна другая профессия не имеет такого близкого, конкретного, повседневного отношения к самому важному и сокровенному для человека: его жизни и смерти»

Флоренс Найтингейл

В последние годы все большее признание набирает модель полипрофессиональной помощи в психиатрической практике, так как этот подход позволяет оказывать помощь во всех аспектах, не только превозмочь болезнь, но и вновь интегрироваться в социальное окружение, наладить взаимодействие с близкими родственниками и друзьями.

Полипрофессиональная бригада в психиатрии состоит из психиатров, врачей смежных специальностей (педиатр, невролог), психотерапевтов, психологов, медицинских сестер, воспитателей, социальных работников. Основополагающим принципом работы полипрофессиональной бригады является ее динамический и преемственный характер, при котором на разных этапах каждый специалист выполняет свою роль в проведении диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий, привнося бесценный вклад в общее дело.

Палатные медицинские сестры являются незаменимыми участниками полипрофессиональных бригад, именно они проводят больше всего времени с пациентами и их близкими. Благодаря наблюдениям медицинских сестер за поведением, настроением, высказываниями пациентов производится корректировка курса лечения.

Медицинские сестры знакомят вновь поступивших пациентов и их законных представителей с отделением, в доступной форме предоставляют информацию о режиме, средней продолжительности госпитализации, разрешенных к передаче продуктах и т.п.

На этапе диагностики медицинские сестры отвечают за подготовку пациентов к назначенным обследованиям, сопровождают пациентов во время их проведения.

Именно на сестринский персонал возложена задача по контролю за исполнением медицинских назначений, приемом лекарственных препаратов. Кроме того, медицинские сестры ежедневно оставляют записи в журналах наблюдения с краткой характеристикой состояния пациента, заполняют листы контроля за температурой тела, артериальным давлением, стулом, аппетитом, что также во многих случаях позволяет делать выводы о динамике их состояния.

Обсуждение результатов наблюдений происходит каждый день во время «пятиминутки», на которой в обязательном порядке присутствуют медицинские сестры, сдающие и принимающие смену, лечащие врачи пациентов, педиатр, при необходимости психологи, диагносты и корректоры. Тесное взаимодействие специалистов позволяет оперативно и координированно решать любые возникающее проблемы.

Вывод. Полипрофессиональный подход позволяет повысить уровень комплаентности и, следовательно, снизить продолжительность стационарного этапа лечения и риск регоспитализации.

Болезни кожи у спортсменов на современном этапе

Волкова О. С.[1], Павлов В. И.[2], Орджоникидзе З. Г.[2], Демидов Н. А.[3], Резепов А. С. [4]
[1]*ООО УК «Профи-клиник», Владивосток*
[2]*ГАУЗ «Московский НПЦ медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗМ», Москва*
[3]*ГБУЗ «Больница г. Московский ДЗМ», Московский*
[4]*Медицинский штаб профессионального футбольного клуба «Арсенал», Тула*

Введение. В Москве более 3,6 млн людей занимаются спортом разных уровней подготовки. Значительную часть из них составляют дети и подростки. Численность населения Приморья, систематически занимающегося физической культурой и спортом на данный момент, превышает 500 000 человек. По данным профильного департамента краевой администрации, количество систематически занимающихся спортом жителей края за прошлый год увеличилось на 5,6 %. В настоящее время в Приморье занимается физкультурой и спортом более 25 % человек, или каждый четвертый житель края.

Цель. Выявить склонность спортсменов к инфекционным болезням (или поражениям) кожи, в частности в зависимости от вида спорта.

Материалы и методы. За основу взята выборка углубленного медицинского обследования (УМО), включавшая осмотр дерматологом, 1435 спортсменов Приморского края и Московского региона, из них занимающихся единоборствами – 936 человек.

Результаты и обсуждение. По нашим данным, около 40 % спортсменов-подростков организованных спортивных коллективов имели поражения кожи. Особое внимание уделялось кожным инфекционным болезням (или поражениям). Они распространены у спортсменов всех возрастов, особенно у тех, кто занимается такими видами спорта, как борьба и футбол. Инфекция может передаваться от одного спортсмена другому через непосредственный контакт или косвенно через загрязненные предметы, такие как полотенца, маты и оборудование.

Наиболее часто наблюдавшееся вирусное инфекционное поражение кожи у спортсменов было вызвано вирусом простого герпеса. При этом обращало на себя внимание наличие у 2,6 % спортсменов-подростков герпетической инфекции; у спортсменов, занимающихся единоборствами,

ее частота достигала 7,6 %, а у спортсменов, практикующих безударные техники (дзюдо, самбо, джиу-джитсу и др.), частота герпетической инфекции приближалась к 10 %.
Особое внимание обращало относительно частое выявление у спортсменов-единоборцев т. н. tinea corporis gladiatorum. Из бактериальных инфекций большую проблему представляют штаммы стафилококка, устойчивые к бета-лактамным антибиотикам. Из других актуальных болезней кожи у спортсменов следует отметить контагиозный моллюск, бородавки, грибковые поражения.
Выводы. 1. Вследствие значительных перегрузок, снижающих иммунитет, и непосредственных контактов в процессе состязаний в среде спортсменов-подростков распространены кожные инфекционные болезни. 2. У юных спортсменов в единоборствах поражения кожи, вызванные инфекциями, встречаются примерно на 1/3 чаще, чем в общей популяции, в т. ч. устойчивые к терапии кожные инфекционные болезни, что придает особую важность профилактическим мероприятиям.

О патогенетической взаимосвязи липидного и энергетического видов обмена у новорожденных с внутричерепными кровоизлияниями

Ворона Л. Д., Неудахин Е. В., Ишутина Ю. Л., Лукаш Е. Н., Асадуллаева М. А.
ГБУЗ «НПЦ специализированной медицинской помощи детям ДЗМ»

Введение. Атерогенные нарушения возникают уже во внутриутробном периоде, прогрессируют на протяжении всей жизни человека. Любые экзогенные и эндогенные повреждающие факторы оказывают влияние на интенсивность и характер атерогенных сдвигов. В литературе практически нет данных о патогенезе и особенностях атерогенных сдвигов у новорожденных с различными патологическими состояниями.
Цель. Оценка атерогенных нарушений у новорожденных детей с внутричерепными кровоизлияниями.
Материалы и методы. Обследовано 17 детей в возрасте от 14 дней до 2 месяцев (недоношенных 65 %) с внутричерепными кровоизлияниями: 8 детей с внутрижелудочковыми кровоизлияниями 1–2-й степени (ВЖК 1–2); 9 – с внутрижелудочковыми кровоизлияниями 3–4-й степени (ВЖК 3–4). Диагноз устанавливался с помощью нейросонографического исследования. У наблюдаемых детей определялись показатели липидного обмена: общий холестерин (ОХС), триглицериды, липопротеины низкой (ЛПНП) и высокой (ЛПВП) плотности, а также митохондриальные ферменты лимфоцитов периферической крови (сукцинатдегидрогеназа (СДГ), α-глицерофосфатдегидрогеназа (α-ГФДГ), лактатдегидрогеназа (ЛДГ) количественным методом в модификации Р. П. Нарциссова (1986) с последующей визуальной морфометрией. Материал статистически обработан математическим методом стандартного алгоритма. Показатели СДГ, α-ГФДГ и ЛДГ сравнивались с аналогичными показателями, полученными в 2003 г. в родильном доме Москвы при обследовании здоровых доношенных новорожденных детей.
Результаты. При оценке показателей липидного обмена установлено:
1) достоверное увеличение триглицеридов до 2,49 ± 0,46 при ВЖК 1-2 ст. и до 2,84 ± 0,22 при ВЖК 3-4 ст. (возрастная норма 0–1,7 ммоль/л);
2) уменьшение показателя ЛПНП до 1,08 ± 0,38 при 1–2-й ст., до 1,05 ± 0,31 ммоль/л при 3–4-й степени;
3) нормальное содержание холестерина. Изменение показателей активности митохондриальных ферментов характеризовалось достоверным увеличением активности СДГ, α-ГФДГ, ЛДГ как при 1–2-й степенях, так и при 3–4.
Выводы. 1. Высокая активность митохондриальных ферментов свидетельствует о выраженной напряженности энергетического обмена, обусловленного усилением аэробного и анаэробного видов гликолиза, протекающих на фоне метаболического ацидоза. 2. Высокий уровень триглицеридов можно связать с повышенным их образованием для обеспечения напряженного энергетического обмена. 3. Повышение содержания триглицеридов может также свидетельствовать о высоком риске повреждения печени и поджелудочной железы, о развитии инсулинорезистентности и нарушения углеводного обмена, об атерогенезе.

Анализ результатов лечения больных дивертикулярно-спастической болезнью ободочной кишки

Вторенко В. И., Негребов М. Г., Мударисов Р. Р., Фоломина Т. Е.
ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ», Москва

Введение. Дивертикулярная болезнь ободочной кишки (ДБОК) является одним из наиболее распространенных заболеваний. Количество ежегодно выполняемых операций по поводу осложнений ДБОК не уменьшается, а, наоборот, имеется тенденция к их росту.
Цель. Разработать алгоритм обследования и лечения пациентов с ДБОК.
Материалы и методы. Были изучены результаты обследования и лечения 93 (100 %) пациентов, которые находились на лечении с осложнениями ДБОК в хирургическом отделении ГКБ № 52. Из 93 больных 41 (44 %) обратились за помощью в период до 12 часов с момента возникновения заболевания, а 52 (66 %) через 12 часов и более.
У 65 (70 %) пациентов госпитализация была обусловлена симптомами дивертикулита, у 4 (4 %) – образованием инфильтрата брюшной полости, у 11 (12 %) кишечным кровотечением, а у 13 (14 %) – перфорацией дивертикула, перитонитом.
У 87 (93 %) выявили сопутствующие заболевания, такие как: гипертоническая болезнь (ГБ) 2–3-й ст., цереброваскулярная болезнь, сахарный диабет (СД) 2-го типа, ишемическая болезнь сердца (ИБС) с недостаточностью кровообращения (НК) 1–3-й ст., хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), пневмосклероз, мочекаменная болезнь (МКБ).
Для подтверждения диагноза всем пациентам выполняли обзорную рентгенограмму брюшной полости, УЗИ брюшной полости, колоноскопию, ирригографию, а в 2 (2 %) случаях была произведена диагностическая лапароскопия. 4 (4 %) больным выполнили КТ брюшной полости.
Из 93 больных оперировано было 23 (25 %), остальным пациентам с дивертикулитом проводилась антибактериальная терапия, с положительным эффектом.
У 19 (20 %) пациентов показанием к операции явились перфорация дивертикула, а у 4 (4 %) – абсцесс брюшной полости. Преимущественно выполняли операцию типа Гартмана и петлевую колостомию, 16 (17 %) и 7 (7 %) соответственно.
Результаты. Проведенный анализ результатов лечения у 23 (100 %) оперированных пациентов с ДБОК показал, что интраоперационных осложнений не было.
Нагноение послеоперационной раны выявили у 6 (26 %) пациентов с ГБ 1–2-й ст., цереброваскулярной болезнью с деменцией и СД 2-го типа. У 5 (21,7 %) больных ИБС, мерцательной аритмией, НК 1–2-й ст., ГБ 2-й и 3-й ст., ХОБЛ, хроническим бронхитом вне обострения, пневмосклерозом, цереброваскулярной болезнью с деменцией диагностировали двустороннюю, нижнедолевую пневмонию. У 1 (4,3 %) пациента с ГБ 1–2-й ст., МКБ, хроническим пиелонефритом вне обострения, СД 2-го типа послеоперационный период осложнился обострением хронического пиелонефрита.
В раннем послеоперационном периоде умерло 5 (21,7 %) оперированных пациентов. Причинами летальных исходов явились: острый инфаркт миокарда в 2 (8,6 %) случаях, ТЭЛА в 3 (13 %) наблюдениях.
Средний койко-день составил 5,7.
Выводы. 1. Хорошие результаты лечения и наименьшее количество койко-дней установили у больных ДБОК, которым оперативные вмешательства не осуществляли и которым выполняли петлевые колостомы. 2. Наибольшее количество осложнений возникало у пациентов, которым выполняли операции типа Гартмана. 3. Для выявления осложнений ДБОК всем пациентам следует использовать КТ брюшной полости.

Оценка удовлетворенности лечением пациентов офтальмологического профиля в стационаре кратковременного пребывания и круглосуточном стационаре

Выборная Т. Р., Маленкова Н. Л.
ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ», Москва

Введение. В соответствии с постановлением Правительства Москвы от 04.10.2011 N 461-ПП «Об утверждении Государственной программы города Москвы "Развитие здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранение)" на 2012–2020 годы» и с целью внедрения современных технологий оказания медицинской помощи, формирования эффективной системы здравоохранения города Москвы был запущен Пилотный проект «СКП» – «Стационар кратковременного пребывания».
Цель. Определение общественного мнения по поводу нового способа оказания медицинской помощи по офтальмологическому профилю среди граждан города Москвы, оценка учета пожеланий и предложений и возможной корректировки целевой схемы организационных процессов.
Материалы и методы. С мая 2016 по август 2017 г. в отделении СКП ГКБ № 52 был прооперирован 2391 пациентов. Распределение по выполненным оперативным вмешательствам было следующим: факоэмульсификация катаракты – 2134, операции по поводу заболеваний сетчатки – 3, исправление заворота – 25, исправление выворота – 5, удаление птеригиума – 8, иссечение халязиона – 113, удаление новообразований век и конъюнктивы – 95, устранение птоза и (или) блефарохалязиса – 18.
Совместно с клиническим психологом стационара были разработаны анкеты обратной связи, по которым изучалась степень удовлетворенности пациентов пребыванием в отделении офтальмологии и проводилось сравнение удовлетворенности пребывания в СКП и круглосуточном стационаре (КС). В каждой группе было опрошено по 100 человек.
Анкета включала 6 вопросов, отвечая на которые пациенты имели возможность количественно и качественно оценить пребывание в отделении. В основе количественной оценки лежал выбор на шкале от 0 до 10 (где 0 – самая негативная оценка, 10 – самая позитивная), качественной – комментарии к своему выбору.
Результаты. Высокий индекс NPS (индекс приверженности респондента к объекту исследования): СКП = 9,4 и КС = 9,6.
Удовлетворенность пациентов пребыванием в КС и в СКП пребывания была оценена достаточно высоко: 9,65 и 9,5 соответственно.
Качество общения медицинского персонала с пациентами оценивалось на разных этапах лечения и мало различалось в СКП и КС: сбор жалоб, анамнеза, диагностика заболевания (СКП = 9,4 и КС = 9,3); разъяснение диагноза и перспектив лечения (СКП = 9,4 и КС = 9,3); обоснование лечения именно в данном стационаре (СКП = 9,2 и КС = 9,5); во время операции (СКП = 9,87 и КС = 9,75); послеоперационное сопровождение в стационаре (СКП = 9,77 и КС = 9,75).
Важным критерием удовлетворенности пациентов является сравнение эмоциональных состояний в начале и в конце лечения. В СКП до лечения пациенты испытывали: спокойствие и любопытство (по 7,6 баллов из 10), а также грусть и тревожность (по 6,6 баллов из 10); в конце лечения: радость (9,4 балла), спокойствие (8,8 баллов), любопытство (8,5 баллов), тревожность и грусть снизились до соответственно 5,7 и 5,3 баллов из 10.
В КС до лечения пациенты испытывали следующие эмоциональные состояния (по убыванию): радость (8,6 баллов из 10), тревожность (7,4), спокойствие (7,2), любопытство (7,1), грусть (6,4); в конце лечения: спокойствие (9,1), радость (8,9), любопытство (8,4), тревожность (7,2).
Как наилучший выбор госпитализацию на несколько суток, а не кратковременное пребывание, выбрали 76,8 % пациентов КС, остальные 23,2 % КС проголосовали за кратковременное пребывание.
Как наилучший выбор кратковременное пребывание, а не госпитализацию на несколько суток, выбрали 90,7 % пациентов СКП.
Выводы. 1. При грамотном разъяснении всех деталей заболевания и планируемого лечения, а также подробном планировании маршрутизации для подготовки к операции пациенты оказываются психологически готовыми к лечению в условиях СКП. 2. Высокие оценки пациентов профессионализма и квалификации персонала независимо от режима пребывания (СКП или КС) говорят о том, что у пилотного проекта есть перспективы для будущего развития и распространения на другие учреждения системы здравоохранения.

Влияние курения беременной на состояние фетоплацентарного комплекса

Габриелян А. Р.[1], Апресян С. В.[1, 2], Кохно Н. И.[2], Расторгуева Л. И.[2], Кира Е. Ф.[2]
[1] *ГБУЗ «ГКБ им. А. К. Ерамишанцева ДЗМ», Москва*
[2] *ФГБУ «НМХЦ им. Н. И. Пирогова МЗ РФ», Москва*

Введение. Табакокурение во время беременности достоверно негативно влияет на структуру и развитие плаценты и приводит к нарушениям фетоплацентарного кровообращения. Для беременных табачный дым представляет двойную опасность, поскольку неблагоприятно влияет как на здоровье матери, так и на состояние плода. Курение увеличивает риски выкидыша, мертворождения и преждевременных родов.
Цель. Исследование фетоплацентарного комплекса у курящих беременных и определение ассоциативного риска развития фетоплацентарных нарушений на фоне табакокурения.
Материалы и методы. В исследование были включены 25 женщин, которые выкуривали минимум 10 сигарет в день. Группу контроля составили 25 беременных, которые никогда не курили. Критерием исключения в контрольной группе были: наличие ИППП, любые доказанные тромбофилические состояния, преэклампсия. Приведенные данные были получены при скрининговом УЗИ и допплерометрии в 30–32 недели гестации. Критерии сравнения: оценка толщины и структуры плаценты, поиск в структуре плаценты признаков фиброза и петрификации, анализ допплерометрических показателей кровотока в артериях пуповины (АП): систолической и диастолической скоростей кровотока, индекс резистентности (ИР), систоло-диастолическое отношение (СДО), пульсационный индекс (ПИ).
Результаты исследования. Преждевременное старение плаценты встречалось у курящих беременных в 6,3 раза чаще, тонкая для данного срока гестации плацента – в 15 раз чаще, снижение ИР в АП – в 10,5 раз чаще, повышение показателей СДО в АП – в 5 раз чаще. Нулевой диастолический компонент в АП ни разу не был диагностирован при физиологическом течении беременности в группе женщин, которые не курили во время беременности, в то время как у курящих этот признак мы диагностировали в 28 % наблюдений. Не было достоверной разницы в частоте встречаемости утолщения плаценты 24 % случаев в группе курящих беременных и 20 % в группе некурящих женщин. Анализ отношений шансов показал, что при курении во время беременности достоверно повышается риск преждевременного старения плаценты (ОШ = 23,2; 95 % ДИ 5,1–105,7, $p < 0,0001$), нарушений фетоплацентарного кровотока: снижения ИР в АП (ОШ = 60,4; 95 % ДИ 10–364,6; $p<0,0001$) и повышение СДО в АП (ОШ = 38,5; 95 % ДИ 7,7–192,9; $p < 0,0001$). Мы получили достоверно высокие показатели предсказательной ценности положительного результата для следующих диагностических критериев: тонкая плацента (93,75 %), снижение ИР в АП (91,3 %), преждевременное старение плаценты (86,36 %), повышение СДО в АП (84,62 %).
Вывод. Табакокурение во время беременности достоверно негативно влияет на структуру и развитие плаценты и приводит к нарушениям фетоплацентарного кровообращения.

Современные возможности снижения материнской и неонатальной заболеваемости

Габриелян А. Р.[1], Апресян С. В.[1, 2], Кохно Н. И.[2], Кира Е. Ф.[2]
[1] *ГБУЗ «ГКБ им. А. К. Ерамишанцева ДЗМ», Москва*
[2] *ФГБУ «НМХЦ им. Н. И. Пирогова МЗ РФ», Москва*

Введение. Инфекции любой этиологии, частые рецидивы вирусной и бактериальной инфекции во время беременности ухудшают перинатальные исходы, что требует проведения комплексного лечения и прегравидарной подготовки.
Цель. Изучить эффективность проведения прегравидарной подготовки у женщин в группах с высоким инфекционным риском.
Материалы и методы. В исследование были включены 1054 беременных, родивших живых детей в сроках 36–41 неделя. Когорта была разделена на 2 группы: 1-я группа – 178 беременных, которым была проведена прегравидарная подготовка в соответствии с клиническим протоколом Междисциплинарной ассоциации специалистов репродуктивной медицины (МАРС), и 2-я группа – 876 женщин, которым не проводили подготовку к беременности.
Результаты. Достоверно доказано, что комплексная прегравидарная подготовка позволяет достичь клинико-лабораторной ремиссии дисбиотических состояний влагалища у 98,3 % беременных. Использование подготовки к беременности позволяет провести эффективную профилактику внутриутробной инфекции (100 %), снизить частоту заболеваемости острыми респираторными заболеваниями в течение беременности на 71,5 %, рецидивов герпесвирусной инфекции – на 93,3 %. Эффективность

прегравидарной подготовки подтверждают показатели ROC-анализа: относительный риск и отношение шансов. Достоверно снижение риска ОРВИ (ОР – 0,2525, $p < 0,0001$; ОШ – 0,01444 (95 % CI 0,009003 до 0,02317), $p < 0,0001$) и герпесвирусной инфекции у беременных (ОР – 0,07645, $p<0,0001$; ОШ – 0,03299 (95 % CI 0,01603 до 0,06789), $p < 0,0001$), а также инфекционно-воспалительных заболеваний и дисбиотических состояний родовых путей (ОР – 0,03916, $p < 0,0001$; ОШ – 0,02269 (95 % CI 0,007191 до 0,07159), $p < 0,0001$). Показателем эффективности применения прегравидарной подготовки к беременности являлось также состояние новорожденных: отсутствие признаков ВУИ (97,2 %), энцефалопатий инфекционного генеза (100 %), в то время как в группе без прегравидарной подготовки эти показатели составили 60,9 % (534 новорожденных) и 21,6 % (189 детей) соответственно.

Вывод: . Проведение прегравидарной подготовки позволяет снизить частоту патологического течения беременности (заболеваемость беременных вирусными инфекциями, рецидивы герпетической инфекции, инфекционно-воспалительных и дисбиотических состояний родовых путей) и заболеваемость новорожденных (внутриутробное инфицирование и энцефалопатии инфекционного генеза).

Сочетанная фотодинамическая терапия внутрикожных метастазов рака молочной железы препаратом Фотосенс

Галкин В. Н., Сдвижков А. М., Борисов В. И., Филинов В. Л., Калмыков А. С., Маханова О. В., Астахова Н. В.
ГБУЗ «ГКОБ № 1 ДЗМ», Москва

Введение. Фотодинамическая терапия (ФДТ) – один из современных и высокотехнологичных методов лечения больных онкологическими заболеваниями. Клинические исследования, проведенные в рамках Московской научно-технической программы, показали высокую эффективность ФДТ с фотосенсибилизатором Фотосенс у пациентов с метастазами рака молочной железы (РМЖ) в кожу. Фотосенс обладает уникальными свойствами, позволяет проводить лазерное облучение с фракционированием световой дозы, что значительно эффективнее однократного облучения с использованием фотосенсибилизаторов хлоринового ряда (Радахлорин, Фотодитазин, Фотолон). ФДТ с Фотосенсом вызывает цитотоксическую реакцию, а также стимулирует противоопухолевый иммунитет, что приводит к избирательной гибели опухолевых клеток, преимущественно по механизму апоптоза. Глубина дистанционного лазерного терапевтического воздействия при проведении ФДТ не превышает 4–6 мм от поверхности кожи и ограничивает возможности метода. Клинические исследования показали, что сочетание ФДТ и дистанционной лучевой терапии (ДЛТ) позволяет увеличить глубину терапевтического воздействия за счет синергии этих методов. Регрессия и деструкция метастатических опухолей наблюдается уже в процессе проведения сочетанного лечения. Разовая очаговая доза – 3 Гр не вызывает лучевых повреждений кожи в виде эпидермита. По окончании курса сочетанной терапии при суммарной очаговой дозе 36 Гр наблюдалась регрессия опухолей. Сочетание лучевой терапии и пролонгированной ФДТ возможно только с использованием препарата Фотосенс.

Цель. Изучение эффективности сочетания ФДТ и ДЛТ в лечении пациентов с внутрикожными и подкожными метастазами РМЖ с препаратом Фотосенс.

Материалы и методы. Сочетанную (ФДТ + ДЛТ) терапию получили 69 пациенток с внутрикожными и подкожными метастазами РМЖ. Метастатические опухоли были множественными, имели размеры от 0,5 до 1 см и локализовались в зоне ранее выполненной мастэктомии: в коже и мягких тканях грудной и брюшной стенки. Площадь поражения составляла от 150 до 700 см^2. Показанием для сочетанной терапии являлось наличие множественных метастатических опухолей в коже и мягких тканях, прогрессирование процесса на фоне химиотерапии, невозможность выполнения оперативного лечения. ДЛТ проводилась на аппаратах Рокус-АМ, Агат-С. Фотосенс в дозе 0,4 мг/кг вводился однократно перед началом курса лечения. Выполнялась обязательная разметка всех опухолевых очагов под контролем УЗИ. Ежедневно сеанс лечения начинался с ДЛТ в дозе 3 Гр. Через 2 часа проводилось контактное (интерстициальное) и дистанционное лазерное облучение отдельных опухолей и всей площади опухолевого поражения. Курс лечения составлял 12 дней. Осложнений сочетанной терапии не было.

Результаты. Сроки наблюдения составили более года. Полная регрессия метастатических опухолей зарегистрирована в 57 % наблюдений, частичная – в 29 %, стойкая стабилизация – в 14 % случаев. Прогрессирования процесса не отмечено.

Выводы. 1. Сочетанная (ФДТ + ДЛТ) терапия пациентов с множественными метастазами РМЖ в кожу и мягкие ткани с фотосенсибилизатором Фотосенс является высокотехнологичным, эффективным и перспективным методом лечения и может быть рекомендована для практического применения в специализированных онкологических учреждениях здравоохранения. 2. Резистентность метастатических опухолей к химиотерапии и лучевому лечению не является противопоказанием для проведения сочетанной (ФДТ + ДЛТ) терапии.

Оценка результатов лечения больных рецидивными дискогенными болями при повторных поясничных микродискэктомиях

Герасименко В. В., Мартикян А. Г., Ковтунец С. В., Бублиевский Д. В., Прокопович В. С., Каранадзе А.Н.
ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн № 2 ДЗМ», Москва

Введение. Распространенность болезней позвоночника требует постоянного усовершенствования существующих методик лечения.

Цель исследования. Определить эффективность лечения пациентов с дегенеративно-дистрофическим заболеванием пояснично-крестцового отдела позвоночника, осложненным рецидивными грыжами межпозвонковых дисков, путем дифференцированного подхода к оперативному лечению с применением поясничной микродискэктомии (МДЭ) и транспедикулярной стабилизации.

Материалы и методы. Исследованы результаты лечения 16 пациентов (М : Ж = 10 : 6, средний возраст 54,4 лет), которые подверглись МДЭ и/или транспедикулярной стабилизации на поясничном отделе позвоночника в период с 2017 по 2018 г. по поводу рецидивных грыж межпозвонковых дисков после МДЭ. Рецидивные грыжи межпозвонковых дисков располагались на уровнях LIII–LIV (n = 2), LIV–LV (n = 9), LV–SI (n = 5) позвонков. Рецидивные грыжи определялись как повторное возникновение корешковых болей при наличии грыжевого субстрата на ранее оперированном уровне после первичной поясничной дискэктомии.

Семь пациентов составили группу А, им выполнена декомпрессия невральных структур с постановкой транспедикулярой фиксации (4 мужчины, 3 женщины, 43–74 лет). Девять пациентов составили группу Б, им произведена декомпрессия невральных структур без постановки транспедикулярной фиксации (6 мужчин, 3 женщины, 50–79 лет).

Обследование пациентов включало оценку неврологического статуса и выраженности болей, МРТ, КТ, рентгенографию поясничного отдела позвоночника с функциональными пробами. Все были оперированы в нейрохирургическом отделении ГВВ № 2. Выраженность боли в спине и ноге оценивалась по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), изменения качества жизнедеятельности – по опроснику Освестри (Oswestry Disability Index – ODI). Исходы лечения оценивались по шкале Macnab. Показаниями для оперативного вмешательства являлись наличие некупируемых дискогенных болей и прогрессирование неврологического дефицита. В послеоперационном периоде оценивались время активизации пациентов, выраженность болевого симптома при выписке. Результаты повторной поясничной МДЭ и/или транспедикулярной стабилизации оценивались через шесть месяцев после операции.

Результаты и обсуждение. В 13 наблюдениях отмечена ипсилатеральная ишиалгия, в трех – двусторонняя. Во всех случаях верифицирована интраоперационная картина рубцовоспаечного процесса в позвоночном канале, что требовало менингорадикулолиза. Интраоперационные осложнения в виде нарушения целостности твердой мозговой оболочки (ТМО) и интраоперационной ликвореи не отмечались.

Оценка неврологического статуса осуществлялась до операции и через шесть месяцев после операции. Оценка болевого симптома по шкале VAS: в группе А в общем числе после операции в среднем боли уменьшились на 6 баллов (с ВАШ 9 до 3 баллов). В группе Б в общем числе после операции боли в среднем уменьшились на 4 балла (с ВАШ 8 до 4 баллов). По результатам анализа можно отметить уменьшение болевого симптома в обеих исследуемых группах: в группе А снижение выраженности болей несколько больше, но статистически разница недостоверна.

Оценка динамики болевого симптома по шкале Освестри показала, что в группе А после операции в среднем функциональный статус улучшился на 62 %. В группе Б после операции функциональный статус в среднем улучшился на 54 %. Улучшение функционального статуса в группе А более выражено, но статистически разница является недостоверной.

Выводы. 1. У пациентов с ДДЗП позвоночника с рецидивными грыжами на поясничном уровне за период наблюдения декомпрессия невральных структур со стабилизацией дает в большинстве случаев положительные отдаленные результаты. 2. Снижение болевого симптома и улучшение функционального статуса в обеих группах пациентов близки по значениям, статистически разница является недостоверной.

Структура работы логопеда в дневном детском стационаре

Головачева М. Ю., Петрова А. В.
ГБУЗ «Центр патологии речи и нейрореабилитации ДЗМ», Москва

Услугами логопедов пользуются различные учреждения образования и здравоохранения, в каждом из которых деятельность этого специалиста имеет свои особенности и специфику. Работа логопеда в дошкольном образовательном учреждении значительно отличается от аналогичной деятельности в дневных и круглосуточных стационарах. Особенности работы в образовательных учреждениях хорошо освещены в психолого-педагогической литературе, а структура работы логопеда в учреждениях медицины рассмотрена недостаточно.

Дневной детский стационар (ДДС) в ЦПРиН является структурным подразделением медицинской организации и предназначен для специализированной помощи детям с нарушениями речи и других высших психических функций (ВПФ): дисграфия, дислексия, алалия, системное нарушение речи, афазия, ЗРР и ЗПР, речевые нарушения в структуре расстройств аутистического спектра, дизартрия.

Курс нейрореабилитации в дневном стационаре является эффективной организационной формой коррекционного воздействия на ребенка, поскольку он в течение дня получает целенаправленное лечебное воздействие, а вечером находится в привычной социальной среде.

В ДДС работает междисциплинарная команда высококвалифицированных специалистов разного профиля: психиатры, психотерапевты, неврологи, педиатр, медицинские психологи, логопеды, арттерапевты, логоритмисты, массажисты, воспитатели.

Профессиональная деятельность логопеда заключается в комплексном восстановительном лечении детей с системными нарушениями речи и других ВПФ вследствие сосудистых, травматических, нейроинфекционных заболеваний центральной нервной системы, а также оперативных вмешательств на головном мозге; уточнении диагноза и решении экспертных вопросов в случаях, требующих длительного наблюдения пациентов специалистами.

Таким образом, как и у любого другого специалиста, профессиональная деятельность логопеда имеет специфические особенности в зависимости от типа и вида учреждения, в котором он работает. В дневном стационаре логопед работает в тесном взаимодействии со всеми специалистами, проводит коррекционные мероприятия, используя при этом определенный арсенал эффективных форм и методов работы с ребенком.

Гетерогенность рака предстательной железы низкой степени злокачественности: онкологические результаты, степень клинической недооценки

Гончарук Д. А.[1], Велиев Е. И.[1, 2], Соколов Е. А.[1, 2], Паклина О. В.[2], Сетдикова Г. Р.[2]
[1]ФГБОУ ДПО «РМАНПО МЗ РФ», Москва
[2]ГБУЗ «ГКБ им. С. П. Боткина ДЗМ», Москва

Введение. В связи с высокой распространенностью рака предстательной железы (РПЖ) в популяции особое значение приобретает дифференциация в подходах к заболеванию и разработка индивидуального плана лечения в каждом конкретном случае. Один из путей – оценка агрессивности РПЖ.

Цель. Выявить степень несоответствия до- и послеоперационной степени агрессивности РПЖ, определить степень гетерогенности РПЖ с биопсийным показателем Глисон 6 (3+3) на основании дооперационной клинической составляющей, послеоперационной картины и отдаленных онкологических результатов.

Материалы и методы. Среди общего количества пациентов, прооперированных в 2012–2017 гг., выделено 528 пациентов с клинически локализованным РПЖ и дооперационным индексом Глисона 6 (3+3). Все пациенты были распределены на 3 группы: группа 1 (n = 151) – Глисон 6, ПСА < 10 нг/мл, плотность ПСА (ППСА) < 0,15 нг/мл/см^3, ⩽ 4 положительных биоптата, < 50 % поражения биопсийных столбиков; группа 2 (n = 229) – Глисон 6, ПСА < 10 нг/мл и группа 3 (n = 148) – Глисон 6, ПСА > 10 нг/мл. Проведена оценка дооперационной клинической составляющей: скорости прироста ПСА (ПСАС) и времени удвоения ПСА (ПСАВУ) и послеоперационной динамики уровня ПСА.

Результаты. При оценке дооперационной клинической составляющей статистически значимые различия между группой 1 и группой 2 наблюдались только при оценке ПСАС ($p < 0,017$). Медиана времени до развития биохимического рецидива (БХР) в популяции исследования составила 12 (3–77) месяцев. БХР в группе 1 наблюдался у 1,98 % пациентов, в группе 2 и 3 – 7,86 % и 14,19 %, соответственно. Статистически значимые различия во времени наступления БХР в течение 2 лет после операции обнаружены между группами 1 и 2 ($p = 0,002$) и группой 1 и 3 ($p = 0,0001$). Увеличение степени агрессивности (Глисон > 6) при исследовании всего объема предстательной железы после радикальной простатэктомии (РПЭ) в группе 1 определялось только у 13 % пациентов, в группе 2 – у 27 %, в группе 3 – у 43 % пациентов. Вклад, недооцененной при биопсии, большей послеоперационной степени агрессивности (Глисон > 6) в развитие БХР в группе 1 составил 1,32 %. Таким образом, в группе 1 в случае истинного Глисона 6 (3 + 3) вероятность БХР составила 0,66 %.

Выводы. 1. Скорость прироста ПСА до операции показала статистическую разницу между группами 1 и 2. 2. На основании отдаленных онкологических результатов после операции среди групп исследования прослеживается гетерогенное «поведение» опухоли. 3. Группа 1 в сравнении с группой 2 и 3 продемонстрировала наименьшую частоту повышения индекса Глисона и вероятность развития БХР после операции, что может быть использовано для персонифицированного плана лечения пациента.

Подходы в биопсии предстательной железы: изолированный и комбинированный, когнитивный и фьюжн, трансректальный и трансперинеальный

Гончарук Д. А.[1], Ивкин Е. В.[2], Велиев Е. И.[1, 2]
[1]ФГБОУ ДПО «РМАНПО МЗ РФ», Москва
[2]ГБУЗ «ГКБ им. С. П. Боткина ДЗМ», Москва

Введение. Мультипараметрическая магнитно-резонансная томография (мпМРТ) революционизирует диагностику рака предстательной железы (РПЖ).

Цель. Оценка подходов к биопсиии предстательной железы путем анализа результатов современных исследований.

Материалы и методы. Проведен поиск литературы по рецензируемым статьям на научном портале PubMed (2014–2019 гг.).

Результаты. Биопсия под МР-контролем в сравнении с систематической биопсией улучшает обнаружение клинически значимого РПЖ. В метаанализе 16 исследований (n = 1926 мужчин) с положительным мпМРТ оба подхода не имели существенных различий в общем обнаружении РПЖ. Тем не менее биопсия под мпМРТ контролем выявила на 20% больше клинически значимого РПЖ и позволила избежать почти вдвое больше незначимых поражений. Комбинация системной биопсии с биопсией под МР-контролем должна применяться в целях устранения ограничений кривой обучения. Стоит ли продолжать изолированный систематический подход, зависит от того, какую долю ошибок выборок при биопсии может принять урологическая клиника и ее пациенты (при этом также нужно учитывать возможную переоценку клинически незначимого РПЖ). Биопсия под МР-контролем может быть более точной при использовании совмещающего изображения программного софта. Однако при этом когнитивная биопсия под МР-контролем в ряде исследований по результатам оказалась не хуже. Метаанализ Schoots и соавторов не продемонстрировал различий в обнаружении РПЖ (в том числе клинически значимого). Трансперинеальная

биопсия может выполняться в качестве первичной биопсии, что позволяет достигнуть любой области предстательной железы, избежав травматизации прямой кишки.
Выводы. 1. В рутинной практике стратегия биопсии предстательной железы должна быть адаптирована с учетом опыта и оснащенности урологической клиники. Несмотря на то, что некоторые поражения все равно могут быть упущены, прицельная биопсия предстательной железы улучшает соотношение между клинически незначимым и значимым РПЖ. 2. Совмещающий ультразвуковую и магнитно-резонансную картины программный софт, вероятно, обеспечивает более точную биопсию, особенно в исполнении молодых специалистов, хотя связанные с этим дополнительные расходы могут быть неоправданными. 3. Трансперинеальный подход имеет идеальные атрибуты для выполнения биопсии под МР-контролем и предотвращения инфицирования.

Проблема патоморфоза расстройств пищевого поведения у детей и подростков

Гордеева Е. А., Иоаннесянц О. М., Абрамов А. В.
ГБУЗ «НПЦПЗД им. Г. Е. Сухаревой ДЗМ», Москва

Введение. Психические патологические состояния детского и подросткового периода никогда не теряли актуальности, особенно в настоящее время, когда в силу быстро меняющихся социальных аспектов от врача требуется динамический подход в выявлении и профилактике опасных для жизни психических отклонений в подростковой среде. К таким опасным клиническим проявлениям относятся расстройства пищевого поведения. Данное исследование посвящено патоморфозу клинических проявлений при расстройствах пищевого поведения (РПП) в свете бурного развития информационных технологий, что приводит к высокой доступности информации для детей более младшего возраста.
Цель. Анализ патоморфоза клинической картины в сторону увеличения очистительного поведения у детей с РПП, выявление факторов. влияющих на рост частоты встречаемости РПП в подростковой среде.
Материалы и методы. Анализ данных медицинской документации (карта стационарного больного) пациентов, получавших лечение в условиях стационара НПЦ ПЗДП им. Г. Е. Сухаревой с 2017 по 2019 г.
Результаты и обсуждение. Анализ клинических проявлений синдрома нервной анорексии показал изменение типичного портрета пациента с РПП. При этом можно отметить возросшую коморбидность РПП с отклоняющимися формами поведения, аффективным патологическим состоянием, пограничными аномалиями личности. На наш взгляд, существенную роль в наблюдающихся тенденциях со смещением в сторону очистительного поведения (например, бесконтрольного приема слабительных и мочегонных средств, рвотного поведения) играет фактор информационной доступности для всех возрастных групп. Представляется, что со временем фактор информационной среды будет носить все большее значение, расширяя эпидемиологию расстройств.
Выводы. Обозначенный выше патоморфоз клинической картины, опасность информационной среды требуют дальнейшего качественного и количественного анализа, результатом которого должна стать разработка эффективных мер по взаимодействию с организаторами виртуальных площадок, выявлению и элиминации из подростковой среды потенциально опасных информационных ресурсов.

Оптимизация метода мультимодальной анестезии современными лазерными технологиями у геронтологических больных

Горин С. Г.[1], Бугровская О. И.[1], Лютов В. Д.[1], Шветский Ф. М.[1], Хосровян А. М.[1], Перов О. И.[1], Ширяев В. С.[2]
[1]*ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн № 2 ДЗМ», Москва*
[2]*ФГБУ «ГНЦ лазерной медицины им. О. К. Скобелкина ФМБА России», Москва*

Введение. Активно ведется изучение новых возможностей медицинского применения лазерных технологий, в частности в анестезиологии.
Цель. Оптимизация метода мультимодальной анестезии потенцированием контактным лазерным воздействием в проекции крупных сосудов во время проведения абдоминальных оперативных вмешательств.
Материалы и методы. Объектом исследования были 138 больных (96 женщин и 42 мужчины) абдоминального профиля с сопутствующими патологическими состояниями в возрасте от 70 до 94 лет. Больные были разделены на 2 группы (основную – 74 пациента и контрольную – 64 пациента). Мультимодальную анестезию в основной группе потенцировали сеансами квантовой гемотерапии, используя полупроводниковый аппарат LASPOT (КНР) пятого поколения с излучением красного диапазона действия 650 нм мощностью 40 мВт длительностью 30 минут в виде наручных часов для контактного лазерного воздействия в проекции крупных сосудов. В контрольной группе анестезия проводилась без потенцирования лазерным излучением. Пациентам в основной группе была выполнена в плановом порядке холецистэктомия лапароскопическим способом 48 пациентам и 26 пациентам – грыжесечение лапароскопическим способом. Вес больных колебался от 62 до 132 кг. Длительность операции составляла 74,6 ± 14,2 – 82,7±12,7 минут.
Результаты. Потенцирование мультимодальной анестезии оптическим излучением и дополнительным включением сульфата магния в протокол анестезии в основной группе позволило снизить потребление фентанила. Доза фентанила во время проведения мультимодальной анестезии составила 1,02 мкг/кг/ч ± 0,14 мкг/кг/ч на основе объективных данных контроля адекватности уровня общей анестезии, тогда как в контрольной группе расход фентанила составлял 3,16 мкг/кг/ч ± 0,18 мкг/кг/ч, а при традиционной комбинированной общей анестезии расход фентанила в течение оперативного вмешательства составляет в среднем 5–12 мкг /кг/ч и более.
Вывод. Потенцирование контактным лазерным воздействием во время проведения мультимодальной анестезии в проекции крупных сосудов в период проведения абдоминальных оперативных вмешательств способствовало стабилизации гемодинамики, уменьшению потребления наркотических анальгетиков (фентанила), увеличению сердечного индекса и уменьшению общего периферического сосудистого сопротивления.

Исследование гемодинамики в условиях ингаляционной анестезии у пожилых пациентов

Горин С. Г., Перов О. И., Бугровская О. И., Хосровян А. М., Шветский Ф. М., Лютов В. Д., Ширяев В. С.
ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн № 2 ДЗМ», Москва

Введение. Применение ингаляционных анестетиков вызывает достоверные изменения гемодинамики у пожилых пациентов в периоперационном периоде в отличие от лиц молодого и среднего возраста, что связано с возрастными изменениями сердечного выброса, сердечно-сосудистой и нейровегетативной систем.
Цель. Исследовать гемодинамический профиль пожилых пациентов при применении ингаляционных анестетиков севофлурана (СФ) и изофлурана (ИФ).
Материалы и методы. В исследовании участвовали 40 пациентов, возраст 60 ± 14 лет, степень операционно-анестезиологического риска – 3 по классификации МНОАР. Продолжительность операции (лапароскопическая холецистэктомия) составила 60 ± 22 мин. Поддержание анестезии в 1-й группе – СФ (n = 20), во 2-й группе – ИФ (n = 20). Индукцию осуществляли последовательным в/в введением пропофола (ПФ), фентанила (ФЛ), нимбекса (НК) в общепринятых дозировках. Оценку эффективности анестезиологической защиты изучали на основе анализа клинических симптомов и изменений основных показателей гемодинамики. Мониторинг глубины наркозного сна оценивали методом биспектрального индекса (BIS™, Aspect MS, Norwood, MA, USA).
Измерение параметров центральной гемодинамики производилось с помощью монитора импедансной кардиографии Niccomo (Medis, Германия).
Поддержание анестезии у больных 1-й группы проводили СФ в концентрации 0,6–1, 2 МАК (минимальная альвеолярная концентрация). Доза ФЛ на данном этапе – 3,2 ± 0,4 мкг/кг/ч). Релаксацию как в 1-й, так и во 2-й группах поддерживали введением НК 0,7 ± 0,01 мкг/кг/мин.
У пациентов 2-й группы анестезия осуществлялась ингаляцией паров ИФ, в концентрации 0,8–1, 2 об%. ФЛ вводили в дозе 3,8 ± 0,9 мкг/кг/ч. Ингаляцию анестетика в обеих группах прекращали за 15 ± 8 мин. до конца оперативного вмешательства.
Исследование гемодинамики проводилось на 4 этапах оперативного вмешательства: 1-й – исход; 2-й – после наложения пневмоперитонеума; 3-й – холецистэктомия; 4-й – после экстубации.
Первый этап исследования во 2-й группе отмечался повышением общего периферического сопротивления (ОПСС) на 14 % и числа сердечных сокращений на 12 % от исходных значений. Наполнение брюшной полости газом (2-й этап) и, как следствие, повышение внутрибрюшного давления, приводило к снижению сердечного индекса на 14 % и ударного индекса на 20 % с фоновым увеличением ОПСС на 18 %. АД в среднем снизилось на 12,5 %. Результаты измерений у пациентов 2-й группы достоверно отличались от исходных значений. Характер изменений гемодинамики в 1-й группе пациентов был незначительным. Третий этап оперативного вмешательства не имел достоверных различий между группами пациентов. Четвертый этап (конец операции) – гемодинамический профиль также не имел существенных межгрупповых различий и возвращался к первоначальным значениям.
Вывод. Применение СФ в качестве анестетика у пациентов пожилого и старческого возраста при лапароскопической холецистэктомии вызывает менее выраженные гемодинамические изменения.

Место «открытой» операции в лечении холелитиаза у пациентов старшей возрастной группы

Горин С. Г.[1], Хрупкин В. И.[2], Кустов А. Е.[1], Лютов В. Д.[1], Андронов Б. А.[1]
[1]*ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн № 2 ДЗМ», Москва*
[2]*ФГАОУВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова МЗ РФ», Москва*

Лечение симптомного холелитиаза остается одной из актуальных проблем общей хирургии. Желчнокаменной болезнью страдает в среднем 10 % населения мира. Имеется тенденция к увеличению этого показателя.
Оперативный метод является основным в лечении больных желчнокаменной болезнью и ее осложнений. Холецистэктомия, ставшая к 80-м годам прошлого столетия основной операцией для лечения больных симптомным холецистолитиазом, сопровождалась сравнительно низкой частотой осложнений (5–6 %) и приемлемой летальностью (0,2–0,4 %). В конце 1980-х появляется лапароскопический вариант холецистэктомии, который быстро становится популярным среди пациентов и хирургов и провозглашается «золотым стандартом» оперативного лечения больных холелитиазом. Вместе с тем показания к «открытым» операциям до сих пор сохраняются в 5–30 % случаев.
В хирургическом отделении ГВВ № 2 в 2005–2018 гг. оперативные вмешательства были выполнены 1637 пациентам с различными формами желчнокаменной болезни и ее осложнений. Доля лиц старше 65 лет составила 39,2 %. В 2005–2011 гг. по поводу хронического калькулезного холецистита было выполнено 637 операций лапароскопическим доступом и 126 – лапаротомным, а в 2012–2018 гг. – 641 и 29 соответственно, без летальных исходов в обеих этих группах. Частота использования открытых операций имела тенденцию к снижению с 16,5 % до 4,5 %. Показаниями для открытого доступа являлись: 1) наличие в анамнезе операций на органах брюшной полости (особенно в верхнем этаже), включая чрескожные процедуры, дренирующие желчный пузырь; 2) наличие косвенных признаков измененной анатомии в зоне интереса, выявляемых в ходе дооперационного УЗИ (крупные конкременты, фиксированные в шейке, «сморщенный» желчный пузырь); 3) ожидаемые повышенные риски, связанные с карбоксиперитонеумом; 4) субъективные факторы (желание пациента и предпочтение хирурга, чаще связанное с недостаточным опытом; 5) наличие признаков билиарной гипертензии, предполагающей одномоментную ревизию желчных протоков; 6) необходимость конверсии в ходе лапароскопии.
По мере накопления опыта, улучшения технической оснащенности увеличивалась частота использования малоинвазивных методик. На первом этапе лечения и диагностики холангиолитаза методом выбора являлась эндоскопическая ретроградная холангиография с папиллосфинктеротомией и литоэкстракцией (в 63 наблюдениях ЭПСТ была окончательным видом лечения в данную госпитализацию). Осложнения ЭПСТ (ретродуоденальная перфорация с развитием деструктивного панкреатита – у двоих; кровотечение из зоны папиллотомии – у двоих и ущемление корзинки Дормиа у одного пациента) в пяти наблюдениях потребовали экстренной лапаротомии с двумя летальными исходами в случае возникновения перфорации. Еще в двух наблюдениях у пациентов с ущемленным конкрементом зоны БДС имелись признаки перитонита. В 53 случаях открытая ревизия желчных протоков рассматривалась как запланированное вмешательство.
Показания для лапаротомии были следующие: 1) множественные крупные конкременты в сочетании с папиллостенозом или парафатеральным дивертикулом; 2) наличие в анамнезе неэффективных попыток малоинвазивной ревизии желчных протоков; 3) предполагаемое наличие любой формы синдрома Мириззи; 4) сочетание холангиолитаза с признаками продолжающейся деструкции в стенке желчного пузыря. Этим пациентам были выполнены следующие операции: 29 – холедохолитотомия с наружным дренированием общего желчного протока, 24 – ревизия протоков и удаление конкрементов в сочетании с внутренним дренированием желчных протоков (в 18 наблюдениях – холедоходуоденоанастомоз (у 13 в сочетании с холецистэктомией), а в 6 – гепатикоеюноанастомоз по Ру). В этой группе был один неблагоприятный исход – смерть на 4-е сутки после ХДА от инфаркта миокарда. Таким образом, открытая операция при холелитиазе в эру лапароскопической хирургии не должна рассматриваться только как средство спасения при развитии осложнений в ходе выполнения какой-либо малоинвазивной процедуры. Внутреннее дренирование особенно показано у пациентов старшей возрастной группы, так как позволяет избавить пожилого человека со сниженными когнитивными способностями от необходимости ухода за наружными дренажами, а также от необходимости активного посещения врача на амбулаторном этапе, что значительно повышает качество жизни.
Ранняя конверсия доступа при лапароскопической холецистэктомии остается оптимальным способом профилактики интраоперационных осложнений, в первую очередь травмы протоков. Выполнение открытой санации желчных путей, особенно в сочетании с внутренним дренированием, в группе больных пожилого возраста обеспечивает надежную профилактику рецидивов.

Достижения и перспективы развития нейроонкологической службы ГКБ им. С. П. Боткина

Горожанин А. В., Вакатов Д. В., Сошин Ю. В.
ГБУЗ «ГКБ им. С. П. Боткина ДЗМ», Москва

В ГКБ им. С. П. Боткина осуществляется плановая и экстренная нейрохирургическая помощь при широком спектре опухолевых поражений головного, спинного мозга, позвоночника и периферической нервной системы. В больнице ежегодно оперируется около 160 опухолей головного мозга. Стандартом стало использование транскортикальной магнитной стимуляции (ТКМС) при опухолях двигательных зон коры головного мозга, а в случае глубинно расположенных опухолей предпочтение отдается трактографии. Оба исследования загружаются в навигационную станцию (НС), которая синхронизируется с микроскопом, использующим флюородиагностику. Обязательным при поражении двигательных зон является интраоперационное совмещение данных транскортикальной магнитной стимуляции и прямой стимуляции коры головного мозга. Окончательное решение об объеме резекции опухолей принимается по данным интраоперационного нейрофизиологического тестирования. При не выходящих на кору опухолях ТКМС и трактография помогают убедиться в кортикальном доступе и угле хирургической атаки. Отработаны показания к флюородиагноостике. Отработаны положения и фиксации головы в системе Мейфильда при регистрации в НС для уменьшения латерального шифт-феномена: положение головы и область доступа должны соответствовать вертикальному углу атаки. Активно используется интраоперационная лучевая терапия (ИОЛТ) Inrabeam, что возможно практически при любом размере и положении удаленной опухоли. Рутинным и обязательным является интраоперационная гистологическая верификация и ИГХ в послеоперационном периоде. ИОЛТ проводилась с 2014 г. в дозах от 18 (12 %) и 40–50 Гр (88 % больных). При статистическом анализе послеоперационных кровоизлияний у этой группы не было. Повышения риска воспалительных и постлучевых повреждений тканей не отмечено. Применение ИОЛТ достоверно позволяет увеличить длительность безрецидивного послеоперационного периода. Наличие в составе больницы отделения химиотерапии и радиологии позволяет на 10–20-е сутки после операции (при отсутствии противопоказаний) начать проводить одномоментно лучевую и химиотерапии, не выписывая больного из стационара. В хирургии опухолей основания черепа используются минимально инвазивные доступы. С 1997 г. выполняются операции трансназального удаления аденом гипофиза, трансфациального удаления опухолей передней черепной ямы. Используются и более сложные комбинированные доступы в хирургии основания. Уже около 5 лет оперируются опухоли ствола головного мозга с обязательным нейрофизиологическим мониторингом.

Планируется развитие трансоральной хирургии опухолей, использование криодеструкции.

Совершенствование методики стимулирования медицинского персонала в условиях внедрения эффективного контракта

Гриднев О. В.[1, 2], Никушкина И. Н.[2], Андреева Д. М.[1], Песенникова Е. В.[1], Кучиц С. С.[2]
[1]*ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова МЗ РФ», Москва*
[2]*ГБУЗ «ГКБ им. М. П. Кончаловского ДЗМ», Москва*

Если рассматривать зарубежную практику эффективного управления в здравоохранении, то предложенный в послании Президента РФ «эффективный контракт» по своей сути есть предложение перехода на современную систему управления «Управление по целям» с одномоментным внедрением в управленческую практику бизнес-инструмента ключевых показателей эффективности (KPI) и системы оплаты за результаты (P4P).

В рамках совершенствования системы мотивации персонала было установлено, что наиболее важным фактором, влияющим на управление мотивацией, является зависимость заработной платы сотрудника от результата его деятельности (материальное стимулирование).

При коррекции системы оплаты труда соблюдались следующие условия: любое повышение оплаты труда должно стоить дополнительных усилий работника; результат должен быть измерим и соотнесен с действиями конкретного работника; возросшая продуктивность работника не должна рассматриваться впоследствии как новый минимальный стандарт. Также учитывались следующие мотивационные факторы: престиж рабочего места, наличие или отсутствие карьерного продвижения и профессионального роста, высокий уровень заработной платы, удовлетворенность сотрудника своей трудовой деятельностью. Взаимная интеграция технологий управления по целям (MBO), KPI и P4P в деятельность больницы позволила оптимизировать эффективный контракт с сотрудниками. В ходе разработки и внедрения актуальных KPI учитывались важные акценты ее методологии: изменение корпоративной культуры и организация процессов; разработка целостной стратегии развития KPI; разъяснение персоналу достоинств KPI; идентификация общекорпоративных KPI; выбор решающих KPI для организации, подразделений, сотрудников; разработка структуры отчетности для всех уровней; координация применения решающих KPI; уточнение KPI для поддержания их актуальности.

При анализе процесса и результатов управления факторами, влияющими на мотивацию персонала в условиях внедрения эффективного контракта за период с 2014 по 2019 гг. рост объемов использования медицинской помощи в рамках ОМС составил 160 %, на фоне значительного прогрессивного снижения штрафных санкций от МГ ФОМС, поступающих жалоб и негативных отзывов пациентов.

Вывод. Внедрение эффективного контракта положительно влияет на качество медицинской помощи; прозрачность механизмов стимулирования и формирования заработной платы положительно влияет на трудовую деятельность, а также на персональную и коллективную ответственность работников.

Развитие кадрового потенциала медицинской организации в условиях внедрения эффективного контракта

Гриднев О. В.[1, 2], Никушкина И. Н.[1], Песенникова Е. В.[1], Кучиц С. С.[2]
[1]*ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова МЗ РФ», Москва*
[2]*ГБУЗ «ГКБ им. М. П. Кончаловского ДЗМ», Москва*

Развитие кадрового потенциала любой медицинской организации в условиях внедрения эффективного контракта неразрывно связано с тремя базовыми принципами: развитие персонала, закрепление персонала и создание условий для эффективного и инициативного труда, стимулирование персонала. Эти принципы способствуют не только повышению стабильности функционирования организации, но и ясному определению для каждого подразделения поставленных перед ним целей, задач и возможностей количественного выражения через соответствующие показатели, повышению прозрачности в планировании деятельности учреждения.

В ходе работы по внедрению и совершенствованию эффективного контракта в учреждении была разработана методология с учетом данных оптимизации коечного фонда и штатной структуры учреждения, материально-технического оснащения; были определены алгоритмы (технологические карты) оказания медицинской помощи: по профилям заболеваний, по каналам поступления, регламент взаимодействия служб и подразделений, набор ключевых показателей эффективности труда по уровням: учреждение – подразделение – сотрудник, процессы контроля показателей и отчетности с закреплением в общем регламентирующем приказе по учреждению. Также была создана медицинская информационная система учреждения (МИС), обеспечившая регламент и автоматизацию не только производственных и лечебно-диагностических процессов, но и взаимодействий всех медицинских подразделений с обеспечивающими службами. Далее были переданы на аутсорсинг обеспечивающие службы, внедрены в практику алгоритмы оказания медицинской помощи, проведены структурные и организационно-штатные изменения, осуществлен ввод в эксплуатацию МИС и электронной истории болезни. В финале был осуществлен ввод в практику ключевых показателей эффективности труда и автоматизирован процесс контроля показателей и отчетности с использованием МИС.

В результате отмечены оптимизация и стабилизация структуры и штатного расписания при увеличении совокупного дохода учреждения и объемов медицинской помощи. Также в рамках оценки эффективности проведенной реорганизации и внедрения эффективного контракта отмечается увеличение числа пролеченных пациентов (на 70 %), при сокращении среднего койко-дня (с 11,6 до 6 суток) и уменьшении летальности (с 2,97 до 2,2), что явилось подтверждением профессионального развития сотрудников и увеличения эффективности их трудовой деятельности.

Таким образом, использование эффективного контракта в медицинской организации положительно влияет на развитие ее кадрового потенциала, увеличивает эффективность трудовой деятельности персонала и снижает оборот рабочей силы.

Дифференциальная диагностика центральных и периферических головокружений в условиях первичного сосудистого отделения «Госпиталя для ветеранов войн № 3 ДЗМ»

Гудкова В. В.[1], Кимельфельд Е. И.[1], Абраменкова Н. Н.[2], Киселева Н. Л.[2], Ульянов Д. И.[2]
[1]*ГБОУ ВО «РНИМУ им. Н. И. Пирогова МЗ РФ», Москва*
[2]*ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн № 3 ДЗМ», Москва*

Острое развитие головокружения – повод для госпитализации в сосудистые центры для лечения пациентов с инсультом. За первые пять месяцев 2019 г. из 532 пациентов, госпитализированных в первичное сосудистое отделение (ПСО) ГВВ № 3, у 192 (36,1 %) доминировали вестибулярные расстройства. 135 из этих пациентов (70,3 %) были старше 60 лет.

Имеется множество причин, вызывающих головокружение, часть из которых не относятся к сосудистым патологическим состояниям мозга, но разбираться в этом, причем в экстренном порядке, приходится неврологам ПСО. Для дифференциальной диагностики уровня поражения вестибулярного анализатора (центрального или периферического) пациентам без очагового поражения мозга, по результатам радиологического исследования (КТ, МРТ), проводилось нейровестибулярное тестирование с анализом нистагма и вестибулоокулярного рефлекса (проба Хальмаги). После исключения по этим тестам центрального поражения переходили к позиционным диагностическим тестам, позволяющим выявить доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение (ДППГ), определить пораженный полукружный канал и провести адекватные реабилитационные мероприятия.

Дополнительное нейровестибулярное тестирование позволило выявить периферическую вестибулопатию у 44 (22,9 %) пациентов, как среди лиц до, так и после 60 лет (33,3 % и 8,9 % соответственно). ДППГ было зарегистрировано у 31 пациента. Острое сосудистое поражение мозга (инсульты и транзиторные ишемические атаки) диагностировано у 54 (28,1 %) пациентов. Среди пожилых людей его частота составила – 33,3 %, среди лиц молодого и среднего возраста – 15,8 %. Хроническая ишемия мозга имела место у 57 (29,7 %) больных, у которых вестибулярная симптоматика была, как правило, спровоцирована дополнительными факторами (пневмонией, гиповолемией, изменением системной гемодинамики и др.).

Реальная практика показывает, что ПСО стали своеобразными диагностическими центрами. Это требует от врачей широкого медицинского кругозора, умения проводить дополнительные, в том числе и нейровестибулярное, обследования.

Артроскопическое лечение гнойно-септических заболеваний суставов

Гусейнов А. И., Канаев А. С., Горин С. Г.
ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн № 2 ДЗМ», Москва

Введение. В настоящее время гнойная суставная инфекция занимает одно из основных мест в хирургической практике и составляет сущность многих заболеваний, травм и послеоперационных осложнений. Необратимая потеря функции сустава развивается у 25–30 % больных. Разработано множество методик санаций гнойного очага при данном патологическом состоянии – от пункционной аспирации экссудата с последующим внутрисуставным введением антимикробных веществ до артротомии с резекцией сустава. Имеющиеся в арсенале хирургов методы лечения гнойно-воспалительных процессов многочисленны, но имеющиеся литературные данные указывают, что все методы обладают рядом недостатков: побочные эффекты, низкая эффективность, однонаправленность действия, дороговизна применения. В связи с этим фундаментом данной работы послужили неудовлетворительные результаты лечения больных гнойными артритами различной этиологии и локализации.

Цель. Повышение эффективности лечения больных гнойными артритами с помощью артроскопической санации гнойного очага с последующей установкой проточно-промывной системы.

Материалы и методы. В ГВВ № 2 с сентября 2015 по апрель 2019 г. в отделении гнойной хирургии 17 пациентам (11 женщин, 6 мужчин) выполнены артроскопические санации при гнойных гонитах. Диагноз устанавливался в соответствии с европейскими критериями. Следует отметить, что во всех случаях гнойный экссудат находился в полости сумки, в связи с чем заболевание рассматривалось как эмпиема коленного сустава. Эта форма гнойного артрита имеет относительно благоприятное течение. Средний возраст пациентов 78 лет. Все имели сопутствующие заболевания.

С учетом возрастных особенностей, сопутствующих заболеваний принято решение о диагностическо-санационной артроскопии коленного сустава с дебридментом и установкой поточно-промывной системы под видеоартроскопом. Метод был выбран как малоинвазивный, высокоинформативный и высокотехнологичный способ, позволяющий установить глубину гнойно-септического процесса, жизнеспособность хрящевой ткани и распространение спаечного процесса в полости сустава. А также как лечебно-санационная техника с целью вымывания патологического секрета из всех заворотов коленного сустава.

Результаты. После стандартной укладки пациента и подготовки операционного поля под наркозом производилась установка артроскопических портов в нижнебоковых доступах. После окончания дебридмента операция завершалась установкой проточно-промывной системы через существующие отверстия под контролем видеоскопа.

В дооперационном и послеопреационном периодах проводилась комплексная интенсивная терапия, антибактериальная терапия с учетом бактериологических анализов отделяемого. Устанавливалась проточно-промывная система с раствором «Лавасепт» в пределах 5–7 дней. Также в комплексном лечении данных пациентов проводилась эфферентная терапия с использованием внутривенного лазерного облучения крови (ВЛОК). У всех 17 пациентов удалось ликвидировать воспалительный процесс в полости сустава без выполнения традиционной артротомии. Частично восстановились движения в суставе. Средний койко-день – 9–10.

Вывод. Метод артроскопической санации гнойного очага с последующей установкой проточно-промывной системы является высокоэффективным, малоинвазивным, экономически оправданным, позволяет сократить пребывание в стационаре и получить хороший, стойкий клинический результат.

Современные методы лечения перипротезной инфекции суставов

Гусейнов А. И.[1], Раджабов А. А.[2], Канаев А. С.[1], Дербенев В. А. [2], Гаджиев А. И. [1]
[1]ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн № 2 ДЗМ», Москва
[2]*ФГБУ «ГНЦ лазерной медицины им. О. К. Скобелкина ФМБА России», Москва*

Введение. На протяжении последних 15 лет количество операций тотальной артропластики различных крупных суставов продолжает неуклонно возрастать во всем мире. Перипротезный инфекционно-воспалительный процесс (далее – ППИ) является третьей среди главных причин неудовлетворительных результатов оперативного лечения. Несмотря на относительно невысокую частоту развития ППИ после первичного эндопротезирования (0,3–2,2 %), в случаях повторных (ревизионных) операций риск развития ППИ возрастает в несколько раз, достигая 5,9–13,6 %. При этом частота рецидивов при лечении уже существующей ППИ составляет 23,2–31,5 %. Успешное лечение ППИ включает комбинацию адекватной хирургической тактики и этиотропной антимикробной терапии, активной в отношении возбудителей данного инфекционного процесса. Новые поколения портативных полупроводниковых генераторов лазерного излучения предоставляют в распоряжение хирургов новые исключительные возможности: оперативные, фармакологические, физиотерапевтические и др. В связи с этим существует необходимость разработки методик комбинированного лечения ППИ суставов на основе использования новых поколений высокоинтенсивных хирургических лазеров, низкоинтенсивных терапевтических лазерных установок и спейсеров на основе «костного цемента», импрегнированных антибиотиками.

Цель. Улучшение результатов лечения больных глубокой ППИ после эндопротезирования суставов путем разработки и совершенствования оперативных методов с использованием спейсеров и лазерных технологий.

Материалы и методы. Было проведено обследование и лечение 50 пациентов с ППИ: 30 пациентов составили основную группу и 20 – контрольную. В основной группе лечение включало установку спейсера, импрегнированного двумя антибиотиками широкого спектра действия, хирургическую обработку гнойной раны выполняли с применением высокоэнергетического лазера, а в послеоперационном периоде дополнительно к общему лечению применяли ВЛОК. Больным контрольной группы после удаления эндопротеза был установлен спейсер с двумя импрегнированными антибиотиками широкого спектра действия.

Пациентам основной группы деконтаминация инфицированных тканей выполнялась излучением контактного полупроводникового лазера «Аткус-15» (длина волны 0,81 мкм, мощность 15 Вт). Преимуществом высокоэнергетического лазерного излучения для очищения гнойных-некротических ран является деконтаминация раневой поверхности, образование биологической пленки (барьера), препятствующего проникновению микроорганизмов вглубь подлежащих тканей. В комплексном послеоперационном лечении применяли внутривенное лазерное облучение крови в синем диапазоне, которое начинали на следующие сутки после оперативного лечения. Использовался аппарат «Матрикс ВЛОК» с излучением 450 ± 10 нм и мощностью на выходе световода 1,5–2 мВт. Время облучения – 20 минут. Число сеансов внутрисосудистого облучения крови – 7–10.

Результаты. У больных основной группы было гладкое течение послеоперационного периода – уменьшение выраженности болевого симптома, быстрое разрешение воспалительного процесса в области операции, заживление ран первичным натяжением. В контрольной группе у двух (10 %) пациентов отмечено нагноение послеоперационной раны. Всех пациентов выписывали с зажившими ранами. Продолжительность стационарного лечения составила 12–14 дней. В отдаленном периоде (от трех месяцев до года) у пациентов основной группы обострений воспалительного процесса в области операции не отмечено. В контрольной группе у одного (5 %) больного развился абсцесс в области операции, потребовавший хирургической обработки гнойного очага. У больных обеих групп сохранилась опороспособность благодаря установке цементного спейсера. Шести пациентам выполнено ревизионное эндопротезирование в сроки от 5 до 9 месяцев после установки антибиотикоинтегрированного спейсера.

Вывод. Применение лазерного облучения крови с установкой антибиотикоимпрегнированного спейсера в лечении ППИ позволило снизить

количество послеоперационных осложнений, сократить сроки стационарного лечения и получить хорошие функциональные результаты на протяжении срока наблюдения до трех лет.

Эндокринные изменения при перетренированности спортсменов

Демидов Н. А.[1], Орджоникидзе З. Г.[2], Павлов В. И.[2], Пачина А. В.[2], Иванова Ю. М.[2], Толокнов А. В.[2], Волкова О. С[3].
[1]ГБУЗ «Больница г. Московский ДЗМ», Московский
[2]ГАУЗ «МНПЦ медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗМ», Москва
ЗООО УК «Профи-Клиник», Владивосток

Введение. Ошибки в построении тренировочного процесса могут приводить к кумуляции утомления и длительному снижению работоспособности – перетренированности, состоянию, не устраняемому в течение как минимум двух недель облегченных тренировок или полного отдыха, которое может сопровождаться рядом психологических и соматических симптомов.
Цель. Установить возможность диагностики перетренированности на основании эндокринных изменений.
Материалы и методы. Анализ данных литературы и собственных результатов, полученные при медицинском освидетельствовании спортсменов.
Результаты. Диагностика перетренированности представляет сложную задачу из-за отсутствия четких критериев. Однако показательны в качестве критериев эндокринные изменения. Так, адаптация к регулярным тренировкам характеризуется увеличением отношения адренокортикотропного гормона (АКТГ) к кортизолу только во время восстановления. Нормальный ответ на стресс-стимул восстанавливался после адекватного отдыха от тренировок. На основании полученных данных было предложено считать повышение кортизола менее чем до 180 нмоль/л в ответ на инсулин-индуцированную гипогликемию признаком развития синдрома перетренированности и основанием для снижения тренировочных нагрузок. Современное развитие данное направление получило в 2017 г., когда были опубликованы результаты исследования EROS-HPA, в котором были сформулированы критерии подтверждения/исключения синдрома перетренированности. Было предложено считать маркером перетренированности соотношение «свободный тестостерон/кортизол» > 30 % или < 0,35 х 10^3, но в дальнейшем было показано, что соотношение тестостерон/кортизол указывает только на фактическое физиологическое состояние и не имеет большой диагностической ценности для верификации синдрома перетренированности.
Были исследованы следующие гормоны: лептин, адипонектин и грелин, а также цитокины, интерлейкин-6 (IL-6) и фактор некроза опухоли-альфа, но на настоящий момент нет научного подтверждения пригодности этих параметров для диагностики перегрузки или перетренированности.
Важное значение имеет динамика гормональных реакций, так как ответ на тренировочные нагрузки и в фазе восстановления может значительно различаться. Использование базальных уровней центральных и периферических гормонов на сегодняшний день не имеет очевидной перспективы для диагностики синдрома перетренированности.
Выводы. 1. Эндокринная система является одной из основных систем, участвующих в ответах на острый стресс и адаптацию к хроническому стрессу, а гормональные тесты могут демонстрировать относительное истощение той или иной гормональной оси. 2. Для достоверной диагностики перетренированности необходимы дальнейшие исследования для введения в клиническую практику малоинвазивного, воспроизводимого теста.

Клинико-психопатологические особенности интоксикационных психозов, вызванных употреблением современных синтетических психоактивных веществ

Дикая Т. И., Симонова А. Ю., Поцхверия М. М.
ГБУЗ г. Москвы «НИИ скорой помощи им. Н. В. Склифосовского ДЗМ», Москва

Введение. В настоящее время наблюдается рост числа пациентов с тяжелыми интоксикационными психозами, вызванными синтетическими психоактивными веществами (ПАВ), известными под сленговыми названиями «спайсы», «соли для ванн». Несмотря на различие в химической структуре, синтетические ПАВ обладают высоким психотическим потенциалом и вызывают тяжелые психозы даже при однократном употреблении.
Цель. Клинико-психопатологический анализ психотических состояний вследствие употребления синтетических ПАВ.
Материалы и методы. Клинико-психопатологическим методом обследовано 65 больных в возрасте от 16 до 38 лет, госпитализированных в Центр лечения острых отравлений НИИ СП им. Н. В. Склифосовского с диагнозом «Отравление психодислептиками неустановленного строения» (МКБ-10 – Т40.9), у которых при поступлении выявлялось психотическое состояние. Синдром зависимости от ПАВ отмечался у 58,4 % больных, эпизодическое потребление ПАВ без синдрома зависимости – у 35,4 %, однократное применение – у 6,2 %.
Результаты. У 34 (52,3 %) пациентов (1-я группа) структура психозов соответствовала экзогенно-токсическому типу реакций. Острая интоксикация с делирием (F1x.03) наблюдалась у 64,7 % больных из данной группы, галлюцинаторное психотическое расстройство (F1x.52) – у 26,5 %, бредовое психотическое расстройство (F1x.51) – у 8,8 %. Выраженность и длительность психозов четко коррелировала с динамикой интоксикации. Психозы купировались в течение 72 часов после назначения дезинтоксикационной и седативной терапии. У 31 (47, 7 %) больного (2-я группа) в структуре психозов отмечались не только экзогенные реакции К. Бонгеффера, но и синдромы, близкие к шизофреническому спектру. Картина психоза проявлялась развитием аффективно-онейроидного приступа с кататоническими расстройствами. Дезинтоксикационная терапия в трети случаев длительное время не приводила к купированию психоза, приступ приобретал затяжное течение (5–24 дней) и требовал назначения нейролептиков. Несмотря на наличие интоксикации, стереотип развития психоза соответствовал этапам развития аффективно-онейроидного приступа, наблюдаемого при приступообразной шизофрении, и по МКБ-10 оценивался как «шизофреноподобный» психоз. 19,3 % пациентов были переведены в психиатрические стационары.
Выводы. 1. Структура психозов в результате потребления новых синтетических ПАВ представлена не только острыми экзогенными реакциями, но и в части случаев включает синдромы, приближающиеся в своей квалификации к эндогенному регистру. 2. Лечение больных включает дезинтоксикационную терапию, психофармакотерапию с использованием нейролептиков. 3. Психозы длительностью более 3 недель требуют дифференциальной диагностики с манифестным приступом шизофрении, провоцированным приемом ПАВ.

Эффективные направления оказания психологической помощи в детской психиатрии

Довбыш Д. В.
ГБУЗ «НПЦПЗДП им. Г. Е. Сухаревой ДЗМ», Москва

Исследования эффективности психологической работы в психиатрии вообще и в детской психиатрии в частности представляют собой большую сложность и с практической, и с методологической точек зрения. Большинство современных мета-анализов эффективности различных подходов и их сочетаний с лекарственной терапией не содержат данные, полученные в России. Подобная ситуация неизбежно ставит перед работающими в психиатрии психологами задачи не только практические, но и научные. Кроме качественного оказания помощи пациентам и их семьям, в настоящий момент важна систематизация отечественных давних традиций психологической реабилитации, а также изучение, как описанные в зарубежной литературе схемы и протоколы работы могут быть использованы в нашей стране с учетом культурных особенностей и особенностей системы здравоохранения.
Сейчас, говоря об эффективности работы психологической службы, мы сталкиваемся с целым рядом вопросов.

1) Что будет являться показателем эффективности работы: частота повторных госпитализаций, регулярность психологических занятий за рамками больницы, способность ребенка или подростка максимально полно выполнять возрастные задачи, возможность семьи справляться со своими трудностями и в нужный момент обращаться за помощью? И далее — как мы сможем оценить эти показатели на постгоспитальном этапе?
2) Кто является участником психологической работы в рамках детской психиатрии? В настоящий момент оказывается очевидным, что помощь и поддержка может быть оказана только всей семье ребенка, находящегося в стационаре. Необходимость и оправданность подобной работы показана в рамках пилотных исследований и среди специалистов, и среди самих родителей. Но вопрос о приглашении близких, их готовности к участию в работе всегда остается сложным.
3) Как происходит выбор основных направлений и методов работы? Если вопрос о необходимости системной работы с семьями как одного из основных и приоритетных методов сейчас относительно прояснен, то выбор других подходов и форматов — когнитивных, поведенческих, арт-терапевтических, индивидуальных, групповых — осуществляется специалистами в зависимости от причины обращения и особенностей состояния ребенка. Хорошим способом выбора и координации разных подходов является формат блиц-осмотра, в котором ребенка и его семью могут видеть сразу много специалистов (врачей, психологов, корректоров).
4) Как осуществляется дальнейшая координация разных форматов работы? Когда с каждой семьей работает большая команда специалистов, важным моментом в обеспечении эффективности работы является вопрос коммуникации и слаженного взаимодействия внутри команды.

Возможности оперативного метода в лечении больных диффузным токсическим зобом

Долидзе Д. Д.[1, 2], Мумладзе Р. Б.[1, 2], Варданян А. В.[1], Лебединский И. Н.[2], Оганян А.Р.[2], Варданян А. В[2].
[1]ФГБОУ ДПО «РМАНПО МЗ РФ», Москва
[2]ГБУЗ «ГКБ им. С. П. Боткина ДЗМ», Москва

Введение. В настоящее время отмечается значительный рост числа пациентов с заболеваниями щитовидной железы. Среди них по тяжести течения, специфичности проявления и сложности лечения выделяется диффузный токсический зоб. Радикальными способами лечения больных данным заболеванием считается радиойодотерапия и оперативное вмешательство. На сегодняшний день чаще всего в стандартной ситуации предпочтение отдается лучевой терапии ввиду сложности и опасности операции на щитовидной железе.
Цель. Изучить возможности оперативного метода лечения больных диффузным токсическим зобом при использовании усовершенствованного традиционного оперативного вмешательства.
Материалы и методы. В исследуемую группу были включены 55 пациентов с диффузным токсическим зобом средней и тяжелой степени тяжести с увеличением щитовидной железы до IV–V степени по проф. О. В. Николаеву (2 ст. по ВОЗ), которые находились на обследовании и лечении в отделении эндокринной хирургии ГКБ им. С. П. Боткина в 2017-2019 гг. Средний возраст наблюдаемых пациентов составлял 46,3 года. Соотношение мужчин и женщин – 1 : 3.
Все пациенты были оперированы после соответствующей подготовки с достижением эутиреоза и коррекции вторичного гиперпаратиреоза, развившегося на фоне дефицита витамина D. Им была выполнена экстрафасциальная тиреоидэктомия по усовершенствованной методике из подвижного уменьшенного шейного доступа без пересечения предгортанных мышц. На операции применяли защитный латексно-марлевой облад и методические подходы прецизионной визуализации околощитовидных желез и гортанных нервов, а также послойного закрытия раны с микрохирургическим сопоставлением краев. Больные были выписаны на 2–3-е сутки после вмешательства в удовлетворительном состоянии.
Результаты. За время наблюдения в течение 3 лет у пациентов рецидивы заболевания не отмечены. Все больные принимали фиксированные заместительные дозы L-тироксина и эутирокса. В послеоперационном периоде выявлен 1 (1,8 %) случай транзиторного гипопаратиреоза, последствия которого были ликвидированы в течение 3 недель. Определение косметического результата по шкале POSAS показал значительное превалирование отличного эффекта [51 (93 %) больной].
Вывод. Использование усовершенствованного традиционного оперативного вмешательства у больных диффузным токсическим зобом дает желаемый результат лечения с достижением оптимального объема, требуемой безопасности и улучшенного качества жизни у этой сложной категории пациентов.

Послеоперационный отек роговицы в современной хирургии катаракты. Обзор литературы

Егоров А. Е.[1, 2], Мовсисян А. Б.[1, 2]
[1] ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн № 2 ДЗМ», Москва
[2] ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н. И. Пирогова МЗ РФ», Москва

По данным ВОЗ, катаракта является одной из основных причин нарушения зрения (33 %) после аномалий рефракции. В России на 10 000 населения 1200 человек страдают данным заболеванием. Единственным эффективным методом лечения катаракты является экстракция помутневшего хрусталика с имплантацией интраокулярной линзы (ИОЛ), являющаяся одним из наиболее распространенных оперативных вмешательств при болезнях глаза. Факоэмульсификация катаракты – самый безопасный и эффективный метод лечения. Состояние роговицы – один из самых важных факторов, влияющих на рефракционные и функциональные эффекты после экстракции помутневшего хрусталика. По этой причине одним из серьезных осложнений факоэмульсификации считается повреждение заднего эпителия (эндотелия) роговицы при катаракте высокой плотности, а также риск декомпенсации эндотелиального слоя у пациентов с изначально низкими показателями плотности клеток. В связи с этим в послеоперационном периоде может наблюдаться выраженная реакция со стороны роговицы, вплоть до развития вторичной эпителиально-эндотелиальной дистрофии в виде псевдофакической буллезной кератопатии. Интраоперационно для защиты эндотелия используются вискоэластики, а в послеоперационном периоде при развитии отека роговицы используются корнеопротекторы и гиперосмотические растворы. В литературе описаны различные методы профилактики и лечения послеоперационных отеков роговицы. Одним из методов является введение в переднюю камеру озонированного физиологического раствора во время факоэмульсификации на этапе вымывания вискоэластика в концентрации 2 мг/л в объеме 0,5 мл. Введение раствора осуществляют также и субконъюнктивально в объеме 0,5 мл. Дополнительно пациентам с сохраняющимся послеоперационным отеком роговицы раствор продолжают вводить и в послеоперационном периоде субконъюнктивально в той же дозе до устранения отека. Также в отечественной литературе описан способ введения в переднюю камеру взвеси лейкоцитов, полученной из крови пациента. Имеется опыт применения различных физиотерапевтических методов лечения путем лазерной стимуляции излучением красного и зеленого цветов поочередно через день, инстилляции раствора деринат с последующим магнитным и лазерным воздействием на роговицу. Описан способ проведения трансэпителиального кросслинкинга роговичного коллагена с предварительным однократным ванночковым электрофорезом с 1 % раствором рибофлавина-мононуклеотида.
Выводы. 1. Применяемые различные методы терапии послеоперационных отеков роговицы показывают эффективность, однако лечение требует дополнительных затрат, обучения специалистов и продления сроков стационарного лечения пациентов после операции, что затрудняет их широкое клиническое применение. 2. Консервативное лечение путем местной инстилляции корнеопротекторов, гиперосмотических растворов и препаратов, влияющих на метаболические процессы в клетках роговицы, широко применяется в офтальмологической практике в различных комбинациях с большим или меньшим успехом, но на данный момент отсутствует единая стандартизированная схема такой терапии. 3. С высокой степенью вероятности можно предположить необходимость разработки оптимизированной методики лечения послеоперационных отеков роговицы с целью сокращения периода реабилитации больных с наименьшими экономическими затратами и улучшением качества их жизни.

Опыт родоразрешения беременной с миелопролиферативным заболеванием (первичная стадия миелофиброза) и врожденным пороком развития плода (диафрагмальная грыжа)

Ежова С. А., Кокая И. Ю., Мисюрина Е. Н., Буланов А. Ю., Романова А. В.
ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ», Москва

Первичный миелофиброз (ПМФ) встречается при миелопролиферативных заболеваниях и является наименее распространенным заболеванием

среди женщин детородного возраста. Прогноз определяется панцитопений, лейкозной трансформацией и тромбозом, которые являются доминирующими осложнениями. Отсутствуют протоколы ведения беременности в условиях миелофиброза, требуются совершенствование терапевтической тактики и разработка особого подхода к ведению беременности, родов и послеродового периода.

*Учитывая вышеизложенное, приводим наше клиническое наблюдение. Пациентка К., 33 лет, повторнобеременная, повторнородящая, в 2017 г. диагностирована ранняя стадия ПМФ (MF-1/2) с характерной атипией и формированием кластеров из мегакариоцитов по картине костного мозга. С 36-й недели гестации отмечены признаки коагулопатии на фоне прогрессирования основного заболевания, что потребовало проведения многокомпонентной терапии (низкомолекулярный гепарин (НМГ), антиагрегантная терапия с добавлением фолиевой кислоты) в объеме: фрагмин 10 000ЕД в сутки, тромбо-асс 100 мг в сутки, фолиевая кислота 5 мг в сутки, интерферон-α. Достигнута кратковременная компенсация – анти Ха активность плазмы 0,3 МЕ/мл (норма), по ТЭГ – нормокоагуляция. На фоне проводимого специфического лечения отмечалось прогрессирование основного заболевания (тромбоциты до 2260*10⁹/л), была проведена циторедуктивная терапия препаратом гидроксикарбамид, начиная с 500 мг в сутки, по витальным показаниям.*

По данным УЗИ плода имелась левосторонняя диафрагмальная грыжа (петли кишечника в левой плевральной полости) с относительно благоприятным прогнозом. Наличие данного врожденного порока развития (ВПР) не являлось противопоказанием для проведения коррекции основного заболевания беременной, показанием к проведению досрочного родоразрешения и родоразрешения оперативным путем.

В сроке гестации 38 недель 3 дня беременная К. самостоятельно вступила в роды. Учитывая высокий риск декомпенсации системы гемостаза с развитием массивного кровотечения, связанного с основным заболеванием, проведено в/в капельное введение свежезамороженной плазмы и с гемостатической целью введен транексам 750 мг в/в болюсно. В родах проводилось обезболивание наркотическими анальгетиками. Родился живой доношенный мальчик массой 3240 г длиной 50 см, оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. На 1-е сутки ребенок переведен ДГКБ № 13 им. Н. Ф. Филатова для оперативной коррекции ВПР (диафрагмальной грыжи). В послеродовом периоде выполнена тромбоэластограмма, по данным которой имелась склонность к плазменной гипокоагуляции в рамках профилактического эффекта НМГ, признаки нестабильности тромба, как проявление тромбоцитоза. Выписана на 4-е сутки под наблюдение гематолога.

Выводы. 1. Терапия НМГ показана в течение всей беременности, низкие дозы аспирина до 36-й недели. 2. Необходимо рассмотреть возможность терапии интерфероном-α при прогрессировании тромбоцитоза при беременности. 3. Циторедуктивная терапия проводится по витальным показаниям со стороны матери. 4. Беременность на фоне ПМФ относится к группе высокого риска как по тромбогеморрагическим осложнениям, так и по осложнениям беременности, родов и послеродового периода

Актуальность арбовирусных инфекций в Москве

Еремушкина Я. М.[1], Кускова Т. К.[1,2], Филиппов П. Г.[1,2], Цветкова Н. А.[2], Огиенко О. Л.[1], Вдовина Е. Т.[2], Савина А. В.[2], Котив С. И.[2], Богданова М. В.[2]
[1]*ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А. И. Евдокимова МЗ РФ», Москва*
[2]*ГБУЗ «ИКБ № 2 ДЗМ», Москва*

В странах с тропическим и субтропическим климатом в течение последних лет продолжается эпидемическое неблагополучие по лихорадке денге. Заподозрить данное заболевание позволяют острое начало болезни, выраженный интоксикационный синдром, наличие пятнисто-папулезной сыпи с геморрагическим компонентом, пребывание в эндемичном очаге. В 4-е инфекционное отделение ИКБ № 2 в 2014–2017 гг. были госпитализированы 11 больных лихорадкой денге. Пациенты прибыли из Таиланда, Бали, Индии, Вьетнама, Гонконга, Сингапура, Мальдив. Находясь на отдыхе, отмечали укусы комаров. Основные жалобы, которые предъявляли пациенты: лихорадка, ломота в теле, высыпания на коже, диарея, диспепсия, катаральные проявления. Состояние больных при поступлении было расценено как средней тяжести. При осмотре у всех пациентов отмечалась фебрильная температура тела с последующим снижением до субфебрильных цифр, пятнисто-папулезные высыпания на коже с геморрагическим компонентом выявлялись у 63 % больных. Сыпь локализовалась на туловище, верхних и нижних конечностях, реже на лице. Отмечалась гиперемия слизистой оболочки ротоглотки, инъекция сосудов склер, увеличение шейных лимфатических узлов у 25 % больных, гепатолиенальный синдром наблюдался у половины больных. У 38 % больных наблюдались диарея, тошнота и рвота.

При исследовании крови у 65 % больных обнаруживалась тромбоцитопения, лейкопения отмечалась в 50 % случаев. В биохимическом анализе крови повышение трансаминаз регистрировалось у половины больных, причем ферменты повышались в 4–5 раз. В коагулограмме только у 1 пациента отмечалось снижение протромбинового индекса до 78 %. В общем анализе мочи незначительная протеинурия регистрировалась у 25 % больных.

Диагноз «лихорадка денге» был подтвержден методом ПЦР в ФБУН «ЦНИИ эпидемиологии» Роспотребнадзора, методом ИФА выявлены АТ класса IgM к АГ вируса Денге.

Вывод. Тщательный сбор и анализ данных эпидемиологического анамнеза и настороженность врачей в отношении завозных инфекций способствуют ранней диагностике арбовирусных инфекций.

Профилактика эмоционального выгорания медицинской сестры в психиатрическом стационаре

Ермакова М. В, Шишкина Е. А.
ГБУЗ «НПЦПЗДП им. Г. Е. Сухаревой ДЗМ», Москва

Эмоциональное выгорание – это состояние, которое характеризуется умственным, эмоциональным и физическим истощением на фоне хронического стресса. Являясь связующим звеном между специалистами и семьями, медицинская сестра выполняет много рабочих задач и зачастую подвержена эмоциональному выгоранию.

Попадая в психиатрическую больницу, многие родители напуганы и дезориентированы. Каждая семья по-разному переживает болезнь ребенка, в связи с чем по-разному эмоционально реагирует и строит контакт с персоналом. Часто медицинская сестра оказывается под напором эмоциональных переживаний семьи, что может привести как к снижению чувства безопасности, так и к формированию предубеждений относительно семей, воспитывающих детей с особенностями развития. Это связано, с одной стороны, с непониманием реакций родителей, с другой – со страхом получения жалоб со стороны семей и выражения недовольства. Таким образом, нарастает эмоциональное напряжение медицинского персонала, и при отсутствии достаточных знаний и поддержки от коллектива возможно наступление эмоционального выгорания.

В нашем Центре проводятся семинары и тренинги для медицинских сестер, направленные как на расширение понимания эмоциональных процессов в семье и поиск конструктивных способов контакта, так и на сохранение собственного ресурса. Часть семинаров посвящена изучению и осмыслению кодекса профессиональной этики работников, служащего ориентиром для принятия решений в сложных ситуациях.

Одна из важных идей семинаров заключается в том, что эмоциональные реакции семьи обусловлены переживанием процесса принятия болезни ребенка. Зная этапы и особенности эмоционального реагирования, медсестра может выстроить свою беседу конструктивно, соблюдая границы своей компетентности и одновременно поддерживая семью. Также важно помнить об универсальном целебном эффекте структуры, порядка и обозначения границ работы и взаимодействия. В стационаре родителям требуется некая навязанная извне структура (которая поддерживается правилами и принципами отделения), способствующая переживанию внутренней структуры, безопасности и снижению тревожности.

Вывод. Поддержание границ и структуры работы, информирование медицинского персонала об особенностях переживаний семей, воспитывающих детей с особенностями развития, поиск и реализация способов сохранения и восполнения собственного ресурса способствуют профилактике эмоционального выгорания, установлению рабочего альянса семей и сотрудников стационара.

Структура наследственных и врожденных патологических состояний в НПЦ специализированной медицинской помощи детям: клинический полиморфизм, генетическая гетерогенность, генофенотипические корреляции

Жилина С. С.[1,2], Кожанова Т. В.[1,2], Мещерякова Т. И.[1], Лукаш Е. Н.[1], Маркова С. И.[1], Абрамов А.А.[1], Притыко А. Г.[1,2]
[1]*ГБУЗ «НПЦ специализированной медицинской помощи детям им. В. Ф. Войно-Ясенецкого ДЗМ», Москва*
[2]*ГБОУ ВПО «РНИМУ им. Н. И. Пирогова МЗ РФ», Москва*

Введение. Современный уровень организации медицинской помощи невозможен без участия медико-генетического обеспечения, что обусловлено возросшими возможностями медицинской генетики в диагностике и лечении детей с наследственными и врожденными патологическими состояниями, которые вносят значительный вклад в показатели заболеваемости и смертности. От выяснения генетической основы того или иного заболевания будет зависеть успех его лечения и профилактики.

Цель. Научное обоснование и разработка организационно-функциональной модели оказания медико-генетической помощи пациентам в НПЦ СМПД им. В. Ф. Войно-Ясенецкого.

Материалы и методы. Всего за 2017–2018 гг. проконсультировано 15,5 % из всех госпитализированных пациентов.

Результаты. Проведено исследований кариотипа у 15,7 % от всех консультированных, выявлены патологические изменения хромосом у 6,7 %; впервые в лаборатории проведено исследование активности митохондриальных ферментов и фагоцитарной активности у пациентов онкологического отделения; впервые проведено исследование образцов крови на СДГ, ЛДГ, ГФДГ, микроРНК. В ДНК исследовании нуждались 38,43 % пациентов от всех проконсультированных. В генетической лаборатории НПЦ проведено исследование ДНК 25,55 % пациентов: полноэкзомное секвенирование; секвенирование гена SCN1A; поиск мутаций в гене PHOX2B; поиск частых мутаций в генах FGFR1, FGFR2, FGFR3; секвенирование гена SLC2A1, поиск частых мутаций в гене p53. В ходе приведенного исследования проводились гено-фенотипические корреляции у пациентов с психоневрологическими и онкологическими заболеваниями, краниофациальными аномалиями в случаях выявления мутаций в генах, ассоциированных с данными патологическими состояниями.

Организация медико-генетической службы в НПЦ обеспечивает возможность оказания высококвалифицированной медицинской помощи детскому контингенту пациентов. Выявление врожденных и наследственных заболеваний у пациентов многопрофильного клинического центра позволяет значительно улучшить качество оказания медицинской помощи пациентам, а также существенно снижает объем социально-экономического и этического груза путем разработки целенаправленных профилактических мероприятий. Разработаны рекомендации для практического здравоохранения по оптимизации диагностических мероприятий и медико-генетического консультирования семей по профилактике наследственных заболеваний и аномалий в многопрофильном детском учреждении.

Вывод. Высокая востребованность медико-генетического консультирования и лабораторной генетической диагностики наследственных и врожденных заболеваний обосновывает необходимость сохранения в многопрофильных клинических больницах самостоятельных медико-генетических подразделений, которые должны взаимодействовать с медико-генетическими службами регионального и федерального уровня.

Среднесрочные результаты тотального эндопротезирования коленного сустава протезом бесцементной фиксации

Жучков А. Г., Мурылев В. Ю., Музыченков А. В., Цыгин Н. А., Елизаров П. М.
ГБУЗ «ГКБ им. С. П. Боткина ДЗМ», Москва

Введение. В настоящее время бесцементное эндопротезирование коленного сустава становится все более популярным. Если в начале эры эндопротезирования коленного сустава бесцементный вариант фиксации показал себя не с лучшей стороны, то в настоящее время в связи с изменившимися методами фиксации результаты бесцементного эндопротезирования коленного сустава значительно изменились в положительную сторону.

Цель. Проанализировать результаты бесцементного эндопротезирования коленного сустава.

Материалы и методы. В ходе исследования проанализированы 2 группы пациентов, которым было выполнено эндопротезирование коленного сустава протезом DePuyLCSComplete бесцементной (1-я группа) и цементной фиксации (2-я группа). Суммарно было выполнено 168 оперативных пособий, из которых 86 было выполнено протезом бесцементной фиксации и 82 протезом цементной фиксации.

Для оценки функциональных результатов нами были проанализированы следующие параметры: результаты шкал KOOS и WOMAC, средняя кровопотеря, среднее интраоперационное время. Максимальный срок наблюдения составил 7 лет.

Результаты. Через 1 год после оперативного пособия 1-я группа пациентов набрала 83,6± 8,2 балла (KOOS) и 54,5 ± 12,6 балла по WOMAC, у 2-й группы были получены 78,9 ± 4,6 по KOOS и 66,9 ± 5,7 по WOMAC. Интраоперационная кровопотеря составила в 1-й группе 315 ± 52,1 мл и 255 ± 89,3 мл во 2-й группе. Также была проанализирована послеоперационная (дренажная) кровопотеря, которая составила за 2-е суток 515 ± 119,5 мл и 440 ± 129,3 мл соответственно.

Выводы. 1. Функциональные результаты по данным шкал WOMAC и KOOS лучше у пациентов с бесцементной фиксацией в сроках наблюдения до 7 лет. 2. В группе с бесцементным вариантом фиксации отмечается большая кровопотеря. 3. Эндопротезирование коленного сустава протезом бесцементной фиксации выполняется быстрее, чем аналогичное вмешательство с применением цементной фиксации.

Совершенствование законодательного регулирования деятельности патологоанатомической службы. Проблемы и пути решения

Забозлаев Ф. Г.
ФГБУ «ФНКЦ ФМБА России», Москва

В настоящее время вопрос совершенствования законодательного регулирования деятельности патологоанатомической службы в системе здравоохранения РФ является крайне актуальным.

Деятельность врачей-патологоанатомов по прижизненной и посмертной патологоанатомической диагностике способствует оценке качества и эффективности оказанной медицинской помощи, выявлению дефектов на догоспитальном и госпитальном этапах и нацелена на решение важной государственной задачи – улучшения качества оказываемой медицинской помощи.

Материально-техническая база патологоанатомической службы требует переоснащения современным оборудованием, обеспеченность основным технологическим оборудованием в среднем по стране составляет 32,7 %, причем отмечена отрицательная семилетняя динамика (2012–2019 гг.) показателя, что свидетельствует об ухудшении ресурсной базы патологоанатомических бюро (отделений).

При этом патологоанатомическая служба продолжает испытывать кадровый дефицит, в специальности сохраняется высокий уровень совместительства и диспропорция в соотношении врачей-патологоанатомов и среднего медицинского персонала. В целом по стране не хватает 2891 специалиста врача-патологоанатома с учетом среднего коэффициента совместительства 2,5.

Экспертное сообщество видит одним из вариантов решения вышеуказанных проблем, напрямую связанных с функционированием отрасли в условиях бюджетного финансирования «по остаточному принципу», создание централизованной патологоанатомической службы.

Кроме того, возрастает значение экспертной роли патологоанатомических исследований, при этом в последние годы законодательство развивается в направлении усиления ответственности медицинских работников за осуществляемые ими действия.

Таким образом, представляется целесообразным установление независимого статуса врачей-патологоанатомов по отношению к руководству медицинской организации, что также осуществимо в рамках централизации патологоанатомической службы.

В 2018 г. Комитетом Госдумы по охране здоровья проведен круглый стол по вопросам законодательного регулирования деятельности патолого-анатомической службы, создана межведомственная рабочая группа по совершенствованию нормативно-правовой базы. Российским обществом патологоанатомов подготовлены предложения по внесению изменений в ФЗ 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ». Данные предложения в 2019 г. прошли рецензирование в Институте законодательства и сравнительного правоведения при Правительстве РФ.

Достижения, проблемы и перспективы развития патологоанатомической службы Москвы

Зайратьянц О. В.
ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А. И. Евдокимова МЗ РФ», Москва

Развитие патологоанатомической службы – важный элемент реализации указов Президента России и национальных проектов в здравоохранении. С одной стороны, она относится к сфере фундаментальной медицины (но является одной из ключевых диагностических служб), с другой – представляет собой «золотой стандарт» прижизненной и посмертной диагностики заболеваний. В отличие от клинической лабораторной диагностики, прижизненные и посмертные патологоанатомические исследования завершаются установлением диагноза, с объективностью которого не могут конкурировать другие, даже самые современные методы исследования, и являются важным звеном клинико-экспертной работы и учебы врачей.

Задачи, стоящие перед патологоанатомической службой ДЗМ (ПАС ДЗМ), диктуют особенности ее инфраструктуры и направления совершенствования как ее структурной организации, так и методов, которые постоянно расширяются и совершенствуются.

Так, в ее структуре продолжается развитие трех особых направлений: педиатрической, инфекционной и онкологической ПАС, которые формируют относительно самостоятельные сети на базе стационаров соответствующего профиля. Несмотря на сетевой структурный принцип организации, все подразделения централизованные и за ними раскреплены по профилю все амбулаторные и стационарные медицинские учреждения ДЗМ. Перспективна их дальнейшая специализация с формированием центров компетенций на базе ведущих отделений совместно с профильными кафедрами патологической анатомии вузов.

Необходима дальнейшая централизация других структур ПАС ДЗМ по принципу «функциональной централизации» с оптимизацией маршрутизации как прижизненных, так и посмертных патологоанатомических исследований. Мировой опыт и работа ПАС ДЗМ демонстрируют высокую эффективность трехуровневой структуры с головным центром (в формате института патологии), крупными локальными центрами и сетью подразделений в стационарах с обязательным внедрением телемедицины и соответствующих цифровых технологий. В настоящее время практически все патологоанатомические отделения являются централизованными, центрами компетенции становятся головные отделения административных округов. Важно учитывать необходимость сохранения тесной связи с клиникой, что при прижизненной диагностике отличает ПАС от клинико-лабораторной диагностики, а при посмертной – от судебно-медицинской экспертизы.

Наиболее перспективными новыми методами патологоанатомических исследований являются молекулярно-биологические и генетические, в то время как иммуногистохимический уже следует считать рутинным. Целесообразно развивать их в тесной связке с клинико-лабораторной диагностикой. Таргетное и персонифицированное лечение многих заболеваний уже невозможно без их применения. Вторым ключевым направлением является развитие диагностических и обучающих патологоанатомических систем с использованием искусственного интеллекта, нейросетей, причем в рамках внедрения телепатологии. Несмотря на серьезные трудности в разработке и отсутствие сегодня готовых решений по сравнению, например, с цитологической диагностикой, где эти элементы уже успешно внедрены в некоторых организациях ДЗМ, за ними будущее патологоанатомической службы. Важнейшим условием развития ПАС ДЗМ, ее централизации и внедрения инновационных технологий является подготовка и повышение квалификации кадров.

Персонализированный подход к назначению миртазапина у пациентов с депрессивными расстройствами, коморбидными с алкогольной зависимостью

Застрожин М. С., Скрябин В. Ю., Сорокин А. С., Мацкевич В. А.
ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ», Москва

Введение. Алкогольная зависимость часто сочетается с аффективными расстройствами, в частности депрессивным расстройством, что отрицательно сказывается на прогнозе течения обоих заболеваний. Для лечения депрессивного расстройства используют лекарственные средства из группы тетрациклических антидепрессантов, представителем которой является миртазапин.

Цель. Изучить влияние активности изофермента CYPD6 на эффективность и безопасность терапии миртазапином у пациентов с депрессивными расстройствами, коморбидными с алкоголизмом.

Материалы и методы. В исследование включены 109 этнически русских пациентов с депрессивным расстройством, коморбидным с алкогольной зависимостью. Пациентам с целью коррекции депрессивных расстройств в рамках циклотимии был назначен миртазапин в дозировке 15–45 мг/сутки. Генотипирование CYP2D6*4 (1846G > A, rs3892097) осуществлялось методом полимеразной цепной реакции в режиме Real-time с аллельспецифической гибридизацией. Эффективность и безопасность оценивали с помощью валидизированных психометрических шкал и шкалы оценки выраженности НЛР. Для оценки активности CYP2D6 использовали метод высокоэффективной жидкостной хроматографии с масс-спектрометрией по содержанию в моче эндогенного субстрата данного изофермента и его метаболита — отношение 6-гидрокси-1, 2,3,4-тетрагидро-бета-карболина.

Результаты. К концу курса терапии выраженность депрессивной симптоматики по шкале HAMD статистически значимо отличалась у пациентов с разными генотипами: (GG) 5 [3; 6], (GA) 1,5 [0,8; 3,2] ($p < 0,001$), показатель безопасности, оцененный по шкале UKU: (GG) 6 [6; 7], (GA) 8,5 [8; 10] ($p < 0,001$). Расчет показателей коэффициентов корреляции между разницей в количестве баллов по психометрическим шкалам и метаболическим отношением показал наличие статистически значимой обратной корреляции средней степени силы между показателями эффективности, оцененной с помощью шкалы HAMD ($r = -0,278$, $p < 0,05$), и безопасности, оцененной по шкале UKU ($r = 0,274$, $p < 0,05$).

Вывод. В данном исследовании продемонстрировано влияние активности CYP2D6, оцененной по отношению концентраций эндогенного субстрата пинолина и его метаболита 6-гидрокси-1, 2,3,4-тетрагидро-бета-карболина, на показатели эффективности и безопасности терапии миртазапином. Повышение активности CYP2D6 снижает эффективность терапии миртазапина, но улучшает профиль безопасности.

Выбор безопасной дозы при проведении тромболитической терапии у пациентов с тромбоэмболией легочной артерии, имеющих риск геморрагических осложнений

Затевахин И. И.[1], Золкин В. Н.[1, 2]
ГОУ ВПО «РНИМУ им. Н. И. Пирогова МЗ РФ», Москва
2ГБУЗ «ГКБ им. Д. Д. Плетнева ДЗМ», Москва

Введение. Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) является жизнеугрожающим состоянием, требующим немедленного и при этом очень осторожного лечения, особенно в условиях риска геморрагических осложнений.

Цель. Улучшение результатов лечения пациентов с ТЭЛА.

Материалы и методы. В период с 2008 по 2019 г. в Университетской клинике РНИМУ им. Н. И. Пирогова на базе ГКБ им. Д. Д. Плетнева находилось на лечении 312 пациентов с ТЭЛА, имеющих высокий и промежуточно-высокий риск наступления летального исхода. Источником ТЭЛА в 60 % являлся илеокавальный сегмент, инфраингвинальный сегмент – в 37 % наблюдений, тромбоз подключичной вены – 0,3 %, правые отделы сердца – 0,7 %. В 2 % случаев источник ТЭЛА установить не удалось. Средний возраст пациентов 62,1 ± 11,3. 73 % имели высокий риск наступления летального исхода, 27 % – промежуточно- высокий риск. Системная тромболитическая терапия по стандартной схеме проведена 295 пациентам, у 17 пациентов, имеющих высокий риск развития кровотечений, проводилось селективное введение тромболитического препарата в ветви легочной артерии в половинной дозе. В 33 % случаев ТЭЛА потребовалась профилактика рецидива тромбоэмболии. После тромболизиса всем пациентам проводилась антикоагулянтная терапия, в том числе современными высокоэффективными и безопасными) оральными антикоагулянтами.

Результаты. После проведения селективной тромболитической терапии в половинной дозе у 94 % пациентов отмечено повышение сатурации кислорода на воздухе до 95 %, Индекс TAPSE 20–25 мм, гематома в месте пункции наблюдалась у 5,9 %, летальность составила 5,9 %.

Выводы. 1. У пациентов с высоким риском развития геморрагических осложнений селективное введение половины лечебной дозы тромболитика является эффективным и безопасным методом лечения. 2. При эмбологенном илеокавальном тромбозе до проведения тромболитической терапии возможна имплантация съемных моделей кава-фильтра. 3. В случаях инфраингвинальной локализации тромбоза после завершения тромболизиса необходим ультразвуковой контроль тромбированного венозного сегмента и при необходимости хирургическая профилактика рецидива ТЭЛА.

Комбинированный антеградный рентген-интервенционный и антеградный эндоскопический метод лечения «трудного» холедохолитиаза

Зинатулин Д. Р.[1], Баранов Г. А.[1, 2], Шевченко В. П.[1, 2], Налетов В. В.[1], Умяров Р. Х.[1], Редькина М. А.[1, 2], Макаров Н. В.[1, 2], Хоптяр М. С.[1, 2]
[1]*ГБУЗ «ГКБ им. братьев Бахрушиных ДЗМ», Москва*
[2]*ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А. И. Евдокимова», Москва*

Введение. Частота встречаемости желчнокаменной болезни в мире достигает 20 % и имеет тенденцию к неуклонному росту. Холангиолитиаз, осложненный обтурационной желтухой, – наиболее частое осложнение желчнокаменной болезни. Стандартом лечения холангиолитиаза является ретроградный эндоскопический метод. При невозможности выполнения эндоскопического метода выполняется лечение в объеме холедохолитомии и литоэкстракции лапаротомным или лапароскопическим доступом. Частота осложнений при эндоскопическом методе лечения на высоте желтухи достигает 35 %, а летальность – 15–27 %. Сложившаяся ситуация делает актуальной задачу поиска альтернативных мини-инвазивных методов лечения больных холангиолитиазом.

Цель. Оценить возможности комбинации антеградного рентген-интервенционного и антеградного эндоскопического методов лечения больных «трудным» холедохолитиазом, осложненным обтурационной желтухой.

Материалы и методы. Проведен анализ лечения 14 больных холангиолитиазом и обтурационной желтухой, которым выполнялась антеградная лазерная литотрипсия. Возраст больных составил 71,5 ± 11,3 (56–78) лет. Показаниями для выполнения лазерной литотрипсии являлась невозможность выполнения механической литотрипсии антеградным либо ретроградным доступом ввиду плотности конкремента либо его размера. Первым этапом пациентам выполняли антеградный доступ к билиарной системе и наружно-внутреннюю холангиостомию. После декомпрессии билиарного тракта и формирования манипуляционного канала выполняли второй этап. В просвет долевого протока устанавливали интродьюсер диаметром 18 Fr, по которому в просвет желчных протоков вводили видеоэндоскоп. Выполняли антеградную перкутанную холангиоскопию, визуализировали конкремент. По каналу эндоскопа к конкременту подводили световод. Выполняли лазерную литотрипсию под видео- и рентгеновским контролем. После литотрипсии выполняли антеградную баллонную холангиопластику зоны большого дуоденального сосочка с последующим низведением конкрементов в просвет двенадцатиперстной кишки антеградным доступом под рентгеновским контролем.

Результаты. Длительность операций составила от 45 до 105 минут (в среднем 72,9 минут). Средняя интраоперационная кровопотеря составила 15 мл. Койко-день: послеоперационный – 5–12, в среднем 8, койко-день в отделении реанимации не превышал 1. Наблюдалось 2 (14 %) осложнения: гематома левой доли печени, потребовавшая чрескожного дренирования; острый панкреатит – пролечен консервативно. Летальных исходов не было. Технический и клинический успех достигнут у всех пациентов.

Выводы. 1. Комбинированный антеградный рентген-интервенционный и антеградный эндоскопический метод лечения больных «трудным» холедохолитиазом с синдромом механической желтухи является технически выполнимым, эффективным и достаточно безопасным методом, показавшим относительно невысокие показатели осложнений. 2. Метод обладает всеми преимуществами мини-инвазивных вмешательств, что позволяет выполнять оперативное лечение как пациентам с неотягощенным анамнезом, так и пациентам с тяжелыми сопутствующими, для которых холедохотомические вмешательства лапаротомным либо лапароскопическим доступом связаны с высоким операционно-анестезиологическим риском.

Психические расстройства при острых отравлениях: особенности диагностики и лечения

Зубарева О. В., Дикая Т. И.
ГБУЗ «НИИ скорой помощи им. Н. В. Склифосовского ДЗМ», Москва

Среди существующих форм суицидального поведения самой распространенной являются самоотравления (Б. Д. Цыганков, С. В. Ваулин, 2012). Ежегодно в Центр лечения острых отравлений (ЦЛОО) НИИ СП им. Н. В. Склифосовского госпитализируется более 3000 пациентов, совершивших суицидальную попытку путем отравления.

Выборочно проанализированы 500 наблюдений пациентов с самоотравлениями, находившихся на лечении в ЦЛОО в 2017–2019 гг. У 30 % пострадавших были диагностированы невротические, связанные со стрессом расстройства, у 28 % пациентов – острые психотические расстройства различного генеза (эндогенные, интоксикационные, психозы на фоне органического поражения ЦНС). Тяжелые депрессии (F 32.3, F 33.3) наблюдали у 20 % пострадавших, в 8 % случаев наблюдали специфические расстройства личности в стадии декомпенсации на фоне злоупотребления психоактивными веществами. Отдельную группу (14 %) составили пациенты с коморбидными расстройствами (F 20 + F 32 + F 10). Большинство пострадавших (67 %) ранее наблюдались в психоневрологических диспансерах и лечились в специализированном стационаре, из них 3 % совершили суицидальные попытки, находясь в «лечебном отпуске». На догоспитальном этапе интенсивность продуктивных психических расстройств была максимальной. На фоне соматических расстройств, вызванных отравлением, интенсивность психопатологической симптоматики снижалась по сравнению с догоспитальным этапом, в то время как дефицитарные симптомы имели тенденцию к увеличению. Лечение психических расстройств (выбор лекарственного средства и путь введения) проводили с учетом токсиканта, вызвавшего отравление, и сопутствующих соматических заболеваний. Исходя из этого, препаратами выбора являлись атипичные нейролептики, обладающие минимальным количеством побочных реакций в виде седации, дискинезии, снижения АД, увеличения интервала PQ. При отравлениях прижигающими жидкостями применяли препараты исключительно в парентеральных формах. У 48 % пострадавших имелись проявления психологической дезадаптации, в связи с этим наряду с психофармакотерапией им проводили психотерапию, целью которой являлись сохранение, развитие, укрепление и активация собственных ресурсов.

Таким образом, при диагностике психических расстройств, приведших к самоотравлениям, необходимо учитывать взаимосвязь соматического состояния пациентов и интенсивности проявления психопатологических симптомов. Существенное значение имеет подбор психофармакотерапии с учетом соматического состояния пациента и раннее присоединение немедикаментозных методов лечения (полимодальная психотерапия).

Синергический эффект остеопатии и ударно-волновой терапии в восстановительном лечении пациентов с миофасциальным болевым синдромом

Зуев Д. С.[1], Костенко Е. В.[1, 2], Петрова Л. В.[1]
[1]*ГАУЗ «МНПЦ медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗМ», Москва*
[2]*ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н. И. Пирогова МЗ РФ», Москва*

Введение. Миофасциальные болевые синдромы (МФБС) в 90–95 % случаев являются основными причинами болей в поясничном отделе позвоночника, от которых страдает 30–80 % населения различных возрастных групп.

Цель. Изучить возможности восстановительного лечения пациентов с МФБС с применением остеопатии и экстракорпоральной ударно-волновой терапии (ЭУВТ).
Материалы и методы. В исследовании приняли участие 120 пациентов с МФБС, в возрасте от 30 до 60 лет. Средний возраст – 49,65 ± 0,89 лет, средняя длительность заболевания – 2,29 ± 0,18 года, длительность наблюдения – 12 месяцев.
Пациенты были рандомизированно поделены на 4 группы. Основная группа пациентов (30 человек) получала комплекс лечения, включавший стандартную терапию [НПВС, миорелаксанты, физиотерапию (магнитотерапия, ЛФК)], остеопатические методы лечения и ЭУВТ в количестве 10 процедур (2 раза в неделю в течение 5 недель). Группа сравнения 1 (30 человек): стандартную терапию и остеопатическое лечение в количестве 10 процедур в течение 5 недель (2 раза в неделю). Группа сравнения 2 (30 человек): стандартную терапию и ЭУВТ (10 процедур в течение 5 недель, 2 раза в неделю). Контрольная группа (30 человек): комплекс стандартной терапии.
Методика ЭУВТ: ударно-волновое воздействие осуществлялось на 1–14 энергетическом уровне с плотностью потока от 0,03 мДж/мм² до 0,51 мДж/мм², давлением 11–80 МПа и частотой 4–5 Гц, в положении пациента лежа. Пациентам проводили 10 процедур УВТ. Пациент получал за один сеанс ЭУВТ от 2500 до 4500 ударных импульсов.
Методика проведения процедур постизометрической релаксации мышц поясничного отдела позвоночника: пациент находился в положении лежа, сила дополнительного сокращения мышцы – 30 % от максимума и не должна увеличивать болевые проявления. Время дополнительного мышечного напряжения – 5–7 с. После напряжения выдерживается пауза 3 с – мышца расслабляется. После паузы проводили растяжение мышцы в сторону барьера ограничения до появления болевого ощущения.
Результаты. При сочетании стандартной терапии, остеопатических методов лечения и ЭУВТ выраженность МФБС по шкале ВАШ боли через 12 месяцев наблюдения уменьшилась в среднем на 77,1 %, тогда как в группе стандартной терапии в сочетании с остеопатическим лечением – на 62,2 %, при ассоциации стандартной терапии и ЭУВТ – на 52,8 % и в группе стандартной терапии – на 30,9 %.
При оценке динамики по ПШОС, позволяющей охарактеризовать объем движений в пораженном отделе позвоночника, выраженность сколиоза, корешкового и нейродистрофического синдромов, установлено, что через 12 месяцев наблюдения средние значения данного параметра снизились в среднем на 42,3 %, в том числе в основной группе – на 59,2 %, в группе стандартной терапии в сочетании с остеопатическим лечением – на 43,3 %, при ассоциации стандартной терапии и ЭУВТ на 34,2 % и в группе стандартной терапии – на 31,6 %.
При исходном среднем уровне индекса мышечного синдрома (ИМС) через 5 недель наблюдения в группе сочетания ЭУВТ и остеопатического лечения и изолированного применения последнего метода средние значения ИМС регистрировались на уровне легкой степени тяжести (ИМС до 5 баллов). Через 6 месяцев аналогичные изменения отмечены и в группе изолированного применения ЭУВТ, тогда как в контрольной группе значения данного параметра остались в диапазоне средней степени тяжести.
По итогам перспективного наблюдения средние значения ODI (Oswestry Disability Index) снизились в среднем на 68,2 %, при этом в основной группе на 92,4 %, в группе стандартной терапии в сочетании с остеопатическим лечением – на 75,9 %, в группе с использованием стандартной терапии и ЭУВТ – на 66,8 % и в группе стандартной терапии на 39,9 %.
Вывод. Таким образом, максимально выраженный положительный эффект от лечения, регистрируемый как в краткосрочной перспективе, так и по результатам 12-месячного проспективного наблюдения, регистрируется в группе с комплексным применением стандартной терапии, остеопатических методов лечения и ЭУВТ.

Организация работы сестринского персонала в мультидисциплинарной команде врачей-специалистов

Зыкова Т. В.
ФГАУ «НМИЦ здоровья детей МЗ РФ», Москва

В 2015 году на базе НМИЦ здоровья детей было организовано единственное специализированное детское отделение в РФ, где наблюдаются и проходят полное обследование и лечение дети с диагнозом «Буллезный эпидермолиз» (БЭ). БЭ – системное заболевание, поэтому пациентов курирует мультидисциплинарная бригада врачей в составе дерматолога, хирурга, лор-врача, онколога, диетолога, психолога, генетика, при необходимости приглашаются специалисты других профилей. Медицинские сестры являются полноправными членами этой команды, так как на них ложатся функции непосредственного ухода за пациентами.
Организация эффективной работы потребовала обучения сестринского персонала новым компетенциям: правилам ухода, накладывания повязок, взятия крови, постановки периферического катетера для проведения внутривенной терапии, кормления; важной частью персонифицированного подхода стало обучение коммуникативным и цифровым компетенциям.
Для того чтобы научить родителей правильно ухаживать за ребенком и с целью контроля состояния здоровья подопечных на территории страны работает медицинская служба патронажа. При первичном патронаже оцениваются санитарно-гигиенические и социальные условия жизни семьи, так как именно эти факторы имеют большое влияние на здоровье ребенка-«бабочки», проводится обучение родителей правилам ухода за кожей ребенка, использованию перевязочных средств и медикаментов. Пациента и его семью учат, как «жить с диагнозом БЭ»: выбирать одежду и обувь, купать и кормить ребенка, ухаживать за полостью рта, выбирать игрушки и т. д.
Для контакта с семьей ребенка и территориальной патронажной службой есть возможность телемедицинской консультации с врачами нашего отделения.
Сделать жизнь ребенка с БЭ полноценной и счастливой непросто. Болезнь сложная, и борьба с ней предполагает наличие большого багажа знаний, умений и навыков как со стороны медицинского персонала, так и семьи.
Выводы. 1. БЭ – это еще мало изученное системное заболевание, требующее персонифицированного подхода, включающего лечение и уход за больным ребенком. 2. Для работы с больными БЭ от медицинских сестер требуется владение клиническими, коммуникативными, цифровыми компетенциями, умение работать в команде специалистов. 3. Для предотвращения профессионального выгорания медицинских сестер целесообразно проводить психологические тренинги.

Опыт применения инновационных методов восстановления функции руки

Иванова Л. В.
ГБУЗ «Центр патологии речи и нейрореабилитации ДЗМ», Москва

Введение. Актуальность исследования обусловлена необходимостью поиска новых, инновационных методик восстановления двигательной активности и способности к независимому проживанию у пациентов с очаговыми поражениями головного мозга.
Цель. Изучение реабилитационных перспектив методики «Терапия движением, индуцированным ограничением (CI-терапия, CIMT)».
Материалы и методы. В основе исследования лежит анализ опыта работы ЦПРиН. Критериями отбора пациентов явились наличие легкого гемипареза, давность инсульта или черепно-мозговой травмы при одностороннем поражении не более 5 лет, наличие реабилитационного потенциала. Использовался модифицированный протокол, который предполагает альтернативные режимы дозирования нагрузки в зависимости от состояния пациента и применяется при давности инсульта более 3 месяцев
Результаты. Для проведения CI-терапии привлекались специалисты разного профиля: врач и инструктор ЛФК, медицинские психологи, логопеды и др. При CIMT здоровая рука была обездвижена с помощью повязки или специальной перчатки, в то время как пациент интенсивно занимался восстановлением навыков. Активные тренировки проводились в соответствии с концепцией целенаправленного двигательного обучения, предполагающей манипуляции с различными предметами в бытовой среде. Оценка эффективности осуществлялась по шкале оценки простых движений (ARAT) и шкале Френчай. В результате исследования получены данные о восстановлении моторной функции руки и/или улучшении двигательных навыков.
Выводы. CIMT может рассматриваться как эффективный метод кинезиотерапии у пациентов с умеренным или легким парезом руки в раннем, позднем и даже резидуальном восстановительных периодах после инсульта. Данный подход также позволяет преодолеть феномен «неиспользования» паретичной конечности. Преимуществом методики является отсутствие побочных эффектов и существенных рисков, необходимости приобретения дорогостоящего оборудования, однако специальной оценки требуют значительная трудоемкость метода и необходимость высокой мотивации пациента.

Мультидисциплинарный подход Fast Track терапии у пожилых пациенток

Игнатченко О. Ю.[1], Глазкова О. Л.[1, 2], Москаленко Р. В.[1], Торчинава И. Р.[1], Маткеримова Б. Т.[2]
[1]*ГБУЗ «ГКБ им. С. П. Боткина ДЗМ», Москва*
[2]*ФГБОУ ДПО «РМАНПО МЗ РФ», Москва*

Введение. Прогнозируемая средняя продолжительность жизни прогрессивно увеличивается. В связи с этим увеличивается число оперативных вмешательств у пациенток в поздней постменопаузе с высоким риском интра- и послеоперационных осложнений. Поэтому важным этапом является предоперационная подготовка и послеоперационное ведение пожилых пациенток – FastTrackSurgery (хирургия быстрого восстановления), которые призваны снизить реакцию организма на операционный стресс, ускорить срок реабилитации.
Цель. Сравнение результатов периоперационного ведения пациенток старшей возрастной группы с использованием FastTrack протокола и без него.
Материалы и методы. Выполнено проспективное исследование пациенток старше 65 лет, которые были подвергнуты плановому оперативному вмешательству по поводу пролапса гениталий (50 %), патологических состояний эндометрия (20 %), опухолей яичников (15 %), рака женских половых органов (15 %). Более 80 % имели заболевания сердечно-сосудистой системы в стадии компенсации, а 25 % – декомпенсированные, 50 % – заболевания печени и желчевыводящих путей, 60 % – болезни эндокринной системы (сахарный диабет 2 типа, нарушение жирового обмена), 16 % – страдали хроническими запорами. Нами был изучен протокол FastTrack, состоящий из 18 пунктов. У всех пациенток проведены комплексное предоперационное клинико-лабораторное обследование, консультация терапевтом, неврологом, заполнение специального теста когнитивных нарушений.
Результаты. Мы получили результаты, демонстрирующие преимущества применяемого в рамках Fast Track протокола периоперационного обезболивания. Так, частота отрицательной динамики показателей спирометрии и насыщения крови кислородом растет в группе пациентов с традиционной схемой обезболивания по сравнению с группой Fast Track протокола. Там, где была исключена седативная терапия накануне операции, пациенты демонстрировали снижение когнитивной функции, с наибольшей частотой – в группе старше 70 лет. У пациенток старшей возрастной группы на догоспитальном этапе возникали проблемы со схемами по подготовке кишечника к оперативному вмешательству. Неадекватная подготовка кишечника перед операцией в 50 % случаев привела к использованию традиционных схем (очистительная клизма).
Использование Fast Track протокола позволило в 2 раза снизить средний койко-день и не получить ни одного случая летального исхода в послеоперационном периоде.
Выводы. 1. Пациентки старшей возрастной группы с трудом воспринимают рекомендации и разъяснения врача в силу имеющихся когнитивных нарушений. 2. Необходимо ведение пожилых пациенток совместно с неврологом, тестирование на предмет когнитивных дисфункций и назначение патогенетической лекарственной терапии. 3. Результаты применения Fast Track протокола можно считать удовлетворительными и рекомендовать его использование у пожилого контингента пациентов с некоторыми дополнениями.

Проблема полипрагмазии у пациентов пожилого и старческого возраста в условиях стационара

Ильина Е. С.[1], Головина О. В.[1], Ишунина А. С.[1], Горбатенкова С. В.[1], Черняева М. С.[1], Шалыгин В. А.[2], Богова О. Т.[2], Сычев Д. А.[2]
[1]ФГБОУ ДПО «РМАНПО МЗ РФ», Москва
[2]*ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн № 2 ДЗМ», Москва*

Введение. Согласно последним демографическим тенденциям, отмечается увеличение доли пожилого населения в мире, особенно в развитых странах. Лечение и сопровождение пожилых пациентов требуют междисциплинарного подхода из-за многочисленных коморбидных заболеваний. Пожилые пациенты относятся к уязвимой категории по высокому риску развития осложнений от получаемой фармакотерапии вследствие полипрагмазии. В частности, нежелательными лекарственными реакциями (НЛР) могут явиться такие грозные события, как кровотечения, ортостатическая гипотония, спутанность сознания, цитопения, падения.
Цель. Изучить проблему выявления, прогнозирования и предупреждения НЛР у пациентов старшей возрастной группы.
Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ отечественной и зарубежной литературы, в том числе с использованием следующих ресурсов: Medline/Pubmed, Springer, Google.
Результаты. Отмечается тенденция к росту полипрагмазии, основными факторами развития которой выступают социодемографические параметры (увеличение доли населения пожилого и старческого возраста) и мультиморбидность. Подчеркивается, что полипрагмазия как самостоятельный фактор развития НЛР приводит к увеличению количества потенциально опасных межлекарственных взаимодействий.
Наряду с большим числом публикаций по риску лекарственно обусловленных кровотечений нами отмечено повышение научного интереса к анализу и прогнозированию падений, связанных с фармакотерапией. Падения, выходящие на первое место по травматизации пациентов старшего возраста, несущие угрозу здоровью и благополучию человека, провоцируются в том числе полипрагмазией и назначением ряда ЛС, которые выведены в отдельную группу – повышающие риск падений (ЛСПРП, Fall-risk-increase-drug — FRID). В частности, падения у пожилых могут быть обусловлены назначением ЛС, вызывающих либо угнетение функции ЦНС (спутанность, седация, сонливость, замедление реакции), либо оказывающих негативные действия на гемоциркуляцию (гипотония, замедление или нарушение ритма сердца). К опасным по риску падений у пожилых относят следующие группы ЛС: седативные, антигистаминные, снотворные, антидепрессанты, антипсихотики, а также антиаритмические, антиангинальные, гипотензивные и диуретики.
По данным литературы, в среднем у пациентов старше 65 лет отмечается 7,2 ± 1,6 заболеваний и назначение 8,85 ± 2,39 ЛС. Согласно рекомендациям британского и американского геронтологических обществ по профилактике падений у пожилых, проведение лекарственного аудита позволяет выявить полипрагмазию, а также потенциально опасные назначения ЛС с целью минимизации рисков.
Выводы. 1. Полипрагмазия у пожилых пациентов опасна более высоким риском развития НЛР – кровотечения, гипотония, спутанность сознания, падения. 2. Профилактикой подобных эффектов служит минимизация количества назначаемых ЛС – борьба с полипрагмазией, которая является модифицируемым фактором риска развития НЛР.

Отравления строчками

Ильяшенко К. К., Поцхверия М. М., Симонова А. Ю.
ГБУЗ г. Москвы «НИИ скорой помощи им. Н. В. Склифосовского ДЗМ», Москва

По данным литературы и многолетним наблюдениям отделения лечения острых отравлений НИИ СП им. Н. В. Склифосовского, на территории России и европейских стран в конце мая – начале июня отмечаются отравления строчками. Причины отравления различны: ошибочный сбор строчков вместо сморчков, недостаточная кулинарная обработка, применение грибов в сыром виде. Ядовитые свойства этих грибов определяются основным токсином – гирометрином. Следует отметить, что токсичность строчков существенно различается в зависимости от возраста, зоны произрастания, состава почвы, температуры и влажности.
Хотя летальные исходы при отравлении строчками, по данным ряда зарубежных и отечественных авторов, в настоящее время встречаются редко, оно нередко отличается тяжелым течением, развитием опасных для жизни осложнений, особенно при поздней госпитализации. Обращает на себя внимание факт, что инкубационный период после употребления строчков варьирует от 1 до 12 ч и более. При появлении ранних признаков и своевременно начатом лечении заболевание ограничивается гастроэнтеритом. При употреблении сырых грибов инкубационный период продолжается

2–3 часа, заболевание, как правило, протекает тяжело. Тяжелое течение заболевания отмечается и при длительном латентном периоде.
Клинические симптомы при отравлении строчками проявляются болями в животе, тошнотой, рвотой, поносом. Иногда отмечается повышение мышечного тонуса, неадекватное поведение пациента. При тяжелой интоксикации больные жалуются на общую слабость, озноб, головную боль. Наблюдается энцефалопатия различной степени тяжести. Может появиться судорожный синдром, который предшествует по времени развитию гепатопатии. Судороги устойчивы к действию антиконвульсантов. Нередко развивается острая печеночная недостаточность. Нарушения функции почек наблюдаются редко.
Лечение пациентов с отравлениями строчками включает мероприятия по прекращению дальнейшего поступления и ускоренному выведению токсина, патогенетическую и симптоматическую терапию, а также, при необходимости, – мероприятия по поддержанию витальных функций.
Выводы. 1. Исход и течение отравлений строчками в первую очередь зависят от своевременно поставленного диагноза и оказания первой специализированной помощи на догоспитальном этапе, а также от оптимального объема терапии в стационаре. 2. В сложных случаях медицинским работникам догоспитального этапа рекомендуется консультироваться с токсикологами.

Результаты оперативного лечения пациентов пожилого и старческого возраста с хронической критической ишемией нижних конечностей

Исмаилов Н. Б., Карданахишвили З. Б., Новиков А. В., Горин С. Г., Лютов В. Д.
ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн № 2 ДЗМ», Москва

Введение. Растущая продолжительность жизни предполагает постоянное увеличение числа пациентов пожилого и старческого возраста с хронической критической ишемией нижних конечностей различного генеза. Требуется формирование стандартов медицинской помощи для этого сложного контингента пациентов.
Цель. Анализ результатов лечения пациентов пожилого и старческого возраста с хронической критической ишемией нижних конечностей и выработка рекомендаций по их ведению.
Материалы и методы. С 2014 по 2018 г. в отделении сосудистой хирургии ГВВ № 2 ДЗМ выполнены шунтирующие и гибридные оперативные вмешательства 81 пациенту с хронической ишемией нижних конечностей, из них мужчин 53 (65 %), женщин – 28 (35 %). Причиной окклюзионного поражения артериального русла у всех пациентов был атеросклероз. 26 пациентов (32,5 %) страдали сахарным диабетом 2 типа. Средний возраст составил 74 ± 5,5 лет.
Хроническая ишемия нижних конечностей по классификации Фонтена-Покровского: III стадия – в 67 (82,5 %) случаях, IV – в 14 (17,5 %) случаях. Показаниями к операции являлись прогрессирующая ишемия нижних конечностей, неэффективность проводимой консервативной терапии, наличие окклюзии или гемодинамически значимого стеноза артерий инфраингвинального сегмента, гемодинамически значимый стеноз подвздошного сегмента, многоуровневое поражения артериального русла (подвздошный и бедренно-подколенный сегмент), также показанием к гибридным операциям явилось значимое поражение общей бедренной артерии (ОБА).
Выполнены следующие виды операции: 40 (49,4 %) больным выполнены рентгенэндоваскулярные вмешательства; 17 (21 %) больным – гибридные операции; 24 (29,6 %) больным – шунтирующие и открытые сосудистые вмешательства.
Результаты. В ближайшем послеоперационном периоде (до 30 суток) у 79 (97,5 %) больных отмечался регресс критической ишемии нижних конечностей. Летальных исходов в послеоперационном периоде не зафиксировано. В двух (8,3 %) случаях после бедренно-подколенного шунтирования наступил тромбоз шунта, выполнена повторная операция: бедренно-подколенное шунтирование ниже щели коленного сустава реверсированной аутовеной, в раннем послеоперационном периоде наступил ретромбоз шунта, несмотря на проводимую консервативную терапию ишемия прогрессировала, наступила гангрена стопы, выполнена ампутация конечности на уровне верхней трети бедра, в двух (8,3%) случаях наблюдалась лимфорея из раны верхней трети бедра, у этих больных проводилась дополнительная консервативная терапия (перевязки с мазью левомеколь и физиопроцедуры) до полного прекращения лимфореи. У одного (5,9 %) пациента после бедренно-подколенного шунтирования выше щели коленного сустава синтетическим протезом и баллонной ангиопластики ПкА и ЗББА в раннем послеоперационном периоде наступил тромбоз шунта, выполнена повторная операция, тромбэктомия из шунта и баллонная ангиопластика ПкА и ЗББА. У одного (2,5 %) пациента после реканализации и баллонной ангиопластики ПБА через три недели наступила реокклюзия ПБА, выполнена повторная реканализация, баллонная ангиопластика со стентированием ПБА.
Шестимесячные результаты проанализированы у 15 (18,5 %) больных, а годовые результаты – у 13 (16 %) пациентов; и пятилетние результаты – у 42 (51,8 %) больных. У всех наблюдаемых пациентов имелись удовлетворительные результаты, сохраняется магистральный кровоток в дистальном русле.
Выводы. 1. Ведение пациента врачами одного отделения делает более эффективной преемственность на всех этапах лечения. 2. Владение обоими методами лечения позволяет хирургу в полной мере оценить преимущества и недостатки каждого из них, выбрать оптимальный метод или их комбинацию. Использование открытых и эндоваскулярных оперативных вмешательств «в одних руках» наиболее рационально и перспективно. 3. Высокая отдаленная эффективность гибридных оперативных вмешательств с незначительным числом послеоперационных осложнений делают перспективным развитие этого направления реконструктивной сосудистой хирургии. 4. Гибридные операции являются методом выбора при многоуровневых поражениях артериального русла нижних конечностей. Одномоментное выполнение открытых и эндоваскулярных реконструктивных вмешательств при многоэтажном поражении артерий нижних конечностей позволяет увеличить их эффективность, снизить травматичность операций и частоту периоперационных осложнений у пациентов пожилого и старческого возраста.

Временная двухкамерная электрокардиостимуляция при остром инфаркте миокарда, осложненном полной атриовентрикулярной блокадой и инфарктом правого желудочка

Исхаков Р. Т., Лопухов Р. А., Маркова Е. В., Стрельцов Ю. В., Арболишвили Г. Н., Царенко С. В.
ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ», Москва

Одним из наиболее грозных осложнений острого инфаркта миокарда является вовлечение правого желудочка (ПЖ) в сочетании с полной атриовентрикулярной (АВ) блокадой, что, как правило, заканчивается прогрессией в кардиогенный шок. В литературе описаны единичные наблюдения применения в особых (рефрактерных) случаях шока электрических методов лечения в виде имплантации временной двухкамерной системы электрокардиостимуляции (ЭКС) под контролем центральной гемодинамики, что почти не применяется в рутинной клинической практике в Москве. Ниже приведено клиническое наблюдение использования временной двухкамерной ЭКС в нашем стационаре.
Больная 74 лет, доставлена в рентгенхирургическую лабораторию в связи с развитием острого инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST через 6 часов от начала заболевания. При поступлении на электрокардиограмме (ЭКГ) – синусовый ритм, АВ-блокада III ст., элевации ST в отведениях II, III, avF, V3R, V4R, реципрокные депрессии в отведениях V2-V5. АД 75/38 мм рт ст, ЧСС 30 в мин., десатурация, холодные бледные конечности, гиперлактатемия. Больной был имплантирован временный ЭКС в режиме VVI, начата инфузия норадреналина. Выполнена КАГ, выявлена окклюзия ПКА. Выполнено стентирование ПКА с хорошим ангиографическим эффектом. Несмотря на это, гемодинамика больной оставалась нестабильной. Выполнено зондирование правых отделов при помощи плавающего катетера Swan-Ganz, по данным которого давление заклинивания легочной артерии (ДЗЛА) 14 мм рт. ст, сердечный выброс (СВ) 2,8 л/мин. Больной проводилась инфузионная нагрузка в объеме 750 мл кристаллоидов и коллоидов, что привело к повышению ДЗЛА, но значимо не изменило СВ. К терапии был добавлен добутамин в эскалирующих дозах. Несмотря на это, клинически значимого прироста СВ не зарегистрировано, сохранялись признаки шока. Было принято решение об имплантации временной двухкамерной системы ЭКС в условиях рентгеноперационной. Установлен двухпросветный венозный интродьюсер в левую подключичную вену, через который последовательно позиционированы желудочковый и предсердный электроды. Начата ЭКС в режиме DDD. Под контролем центральной гемодинамики больной подбирались оптимальная АВ-задержка и частота стимуляции, которые оказались 160 мс и 90 в мин. соответственно. На этих параметрах был достигнут максимальный прирост СВ до 5,2 л/мин, оптимизация ДЗЛА на уровне 16 мм рт. ст.. Через 36 часов после начала заболевания у больной отмечается разрешение АВ-блокады, стабилизация гемодинамики, что позволило отменить прессорную и инотропную поддержку. Еще через 24 часа была удалена система временной ЭКС. Больная была переведена в отделение кардиологии в стабильном состоянии.
Данное клиническое наблюдение показывает реальную возможность и эффективность использования при необходимости имплантации временной двухкамерной системы электрокардиостимуляции (ЭКС).

Адаптация шкал оценки когнитивного статуса для пациентов с афазией

Ищенко А. В.
ГБУЗ «Центр патологии речи и нейрореабилитации ДЗМ», Москва

У пациентов, перенесших инсульт, нарушения речи наблюдаются в 30 % случаев и являются вторым по значимости и распространенности дефектом после двигательных нарушений. Тяжесть речевых нарушений, таких как афазия и дизартрия, препятствует объективной оценке степени когнитивных расстройств у пациентов, перенесших инсульт. Батареи тестов быстрого скрининга когнитивных нарушений (MMSE, MOCA, R-CAMCOG, RBANS) не подходят для пациентов с речевыми нарушениями, потому что требуют полноценного речевого контакта. Таким образом, оценка высших когнитивных функций у пациентов с афазией требует объемного и длительного нейропсихологического обследования. Тем не менее предложены скрининговые инструменты для невербальной оценки когнитивного статуса в психиатрической практике, в частности CASP, VCAT, LASCA и ряд других шкал для носителей различных языков. Однако, по данным проведенного поиска литературы, проблема разработки валидных скрининговых шкал оценки когнитивного статуса для русскоговорящих пациентов представляется недостаточно разработанной.

Диагностика речевого развития многоязычных детей

Каленкова О. Г.
ФГБОУ ВО «Государственный институт русского языка им. А. С. Пушкина», Москва

В настоящее время проблемы билингвизма привлекают все большее внимание психологов, социологов и лингвистов. В условиях глобального многоязычного поликультурного пространства знание нескольких языков становится неоспоримым преимуществом любого человека, поскольку дает возможность психологически свободно и во всей полноте реализовывать коммуникативные потребности в самых разных сферах деятельности. В настоящее время билингвов в мире больше, чем монолингвов. По данным статистических исследований, около 70 % населения земного шара в той или иной степени владеют двумя или несколькими языками. Но при этом возникает вопрос: на каком основании люди, «в той или иной мере» владеющие несколькими языками, причисляются к билингвам? Несмотря на то что феномен билингвизма становится все более заметным и значимым в глобальной системе межкультурной коммуникации, однозначной интерпретации как самого феномена, так и механизмов его возникновения и функционирования до сих пор не существует ни в отечественной, ни в зарубежной лингводидактике.
В настоящее время используется множество критериев, с помощью которых исследователи пытаются выстроить некую типологию билингвизма.
Некоторые исследователи считают, что реальный билингвизм может возникнуть только в том случае, если ребенок в равной степени контактирует с двумя языками не в ситуации урока, а в реальной языковой среде. Существует даже формула взаимодействия двух языков: 50/50 или 40/60. Таким образом, минимум активного использования второго языка – 40 %. Этому критерию соответствует языковой пакет широкой группы детей, проживающих в интернациональных семьях. К этой же группе в известной мере можно отнести детей наших соотечественников, живущих за рубежом. «Языковые ситуации» таких детей, развивающиеся в условиях ограниченной русскоязычной среды, характеризуются причудливым стечением и переплетением как собственно языковых, так и экстралингвистических факторов. В силу индивидуальных особенностей различного языкового состава и воспитательных установок семьи к началу периода социализации такие дети могут изъясняться только по-русски или только на языке страны пребывания, не говоря уже обо всех промежуточных вариантах соотношения двух языков (доминирования того или другого языка).

Применение обогащенной тромбоцитами аутоплазмы в комплексном лечении больных асептическим некрозом таранной кости 1–2-й стадии

Калинский Б. М., Кащеев Г. А., Кащеев А. А.
ГБУЗ «Городская клиническая больница им. С. П. Боткина ДЗМ, Москва

Повреждения в области голеностопного сустава среди молодого трудоспособного населения являются распространенной травмой. По данным различных авторов, частота встречаемости посттравматических изменений таранной кости в виде асептического некроза различной стадии составляет около 5 % в структуре спортивной травмы. В результате механического повреждения либо окклюзии артерий развивается ишемия костной ткани, что приводит к образованию участка некроза. Ответной реакцией на сформировавшуюся зону некроза являются процессы реоссификации, реваскуляризации и резорбции некротической ткани. В начале заболевания плотность здоровой и некротической костной ткани одинаковая, поэтому рентгенологически зона некроза не выявляется. На начальных этапах развития патологического процесса «золотым стандартом» диагностики является МРТ.
Проблема остеохондральных поражений блока таранной кости (ОПБТК) является актуальной и при этом недостаточно освещенной в отечественной профессиональной ортопедо-травматологической литературе. ОПБТК приводят к катастрофически быстрому развитию тяжелого деформирующего остеоартроза голеностопного сустава у молодых трудоспособных пациентов.
В клинике разработан новый метод лечения пациентов с асептическим некрозом таранной кости 1–2-й стадии.
Он включает выполнение санационно-диагностической артроскопии голеностопного сустава с последующей микрофрактуризацией (туннелизацией) участка остеохондрального повреждения и последующим субхондральным и интраоссальным введением в область остеохондрального дефекта обогащенной тромбоцитами аутоплазмы пациента (PRP). Через 6 месяцев после операции большинство пациентов вернулось к привычному образу жизни, а спустя еще 9 месяцев они имели возможность приступить к спортивным нагрузкам. Данная методика позволила получить более чем в 60 % случаев уменьшение болевого симптома, избежать или отсрочить повторные оперативные вмешательства и их серьезных осложнений.
В качестве иллюстрации приведем клиническое наблюдение. В травматологическое отделение ГКБ им. С. П. Боткина поступил пациент А., 27 лет, с посттравматическим асептическим некрозом медиальной фасетки блока таранной кости 2-й стадии левого голеностопного сустава. В анамнезе спортивная футбольная травма. Больной госпитализирован в плановом порядке, обследован амбулаторно. Пациенту выполнена операция: санационно-диагностическая артроскопия левого голеностпоного сустава, дебридмент, ревизия участка асептического некроза таранной кости с микрофрактуризацией (туннелизацией) участка остеохондрального повреждения и последующим субхондральным и интраоссальным введением в область остеохондрального дефекта обогащенной тромбоцитами аутоплазмы пациента (PRP).
Больной отмечал выраженное уменьшение болей и тугоподвижности в суставе. Через 6 месяцев приступил к пробежкам по пересеченной местности.

Мануальная терапия при боли в нижней части спины

Канаев С. П., Расстригин С. Н., Бахтадзе М. А.
ГБУЗ «Центр мануальной терапии Департамента здравоохранения города Москвы», Москва

Доброкачественная скелетно-мышечная боль в нижней части спины (БНЧС) — боль, мышечное напряжение и/или скованность, локализованные в области спины между XII парой ребер и нижними ягодичными складками с возможной иррадиацией в нижние конечности, обусловленная дистрофическими и/или функциональными изменениями в тканях опорно-двигательного аппарата позвоночника.

БНЧС является значимой проблемой общественного здравоохранения (Hartvigsen et al., 2018; Buchbinder et al., 2018). По данным последних отчетов о глобальном бремени болезней, боль в нижней части спины занимает 1-е место в мире по числу лет, прожитых с ограничением жизнедеятельности. В глобальном масштабе с 1990 по 2015 гг. показатель числа лет, прожитых с ограничением жизнедеятельности, для боли в нижней части спины увеличился на 54 %. Ожидается, что число больных и затраты, связанные с болью в нижней части спины и в шее, в ближайшие десятилетия будут возрастать (GBD, 2015, 2017).

Основными принципами терапии БНЧС являются максимально быстрое и полное купирование болей; информирование пациента о причинах боли в спине и ее доброкачественной природе; исключение постельного режима с обеспечением достаточного уровня повседневной активности; коррекция психоэмоционального статуса. Оптимальным в лечении пациентов с болями в спине международное медицинское сообщество считает мультимодальный междисциплинарный подход, в рамках которого с высоким уровнем убедительности рекомендует нелекарственную терапию в качестве метода первой линии выбора (Chou et al., 2017; Qaseem et al., 2017; Rubinstein et al., 2013; Rubinstein et al., 2011 и др.).

Вывод. Одним из методов нелекарственной терапии БНЧС является мануальная терапия (МТ). С высоким уровнем убедительности рекомендаций и высоким и средним уровнем достоверности доказательств МТ при БНЧС не имеет клинически значимых преимуществ перед другими методами лечения и эффективна в сочетании с другими методами лечения. Но при этом преимущества МТ при острой БНЧС существенно преобладают над рисками ее применения.

Способ интрамедуллярного остеосинтеза дистального метафиза большеберцовой кости

Кащеев А. А.[1], Кащеев Г. А.[2], Калинский Б. М.[2], Якимов Л. А.[1]
[1]ФГБОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова», Москва
[2]ГБУЗ «Городская клиническая больница им. С. П. Боткина ДЗМ», Москва

Интрамедуллярный остеосинтез является «золотым стандартом» для диафизарных переломов большеберцовой кости, так как позволяет достичь высокой стабильности остеосинтеза и уменьшить степень повреждения мягких тканей. В результате разработки и усовершенствования дизайна имплантатов с возможностью полиаксиального блокирования показания к использованию интрамедуллярного остеосинтеза большеберцовой кости расширились, включая около- и внесуставные переломы дистальной трети большеберцовой кости. Тем не менее достижение репозиции и механической стабильности фиксации значительно труднее при лечении переломов, расположенных более дистально.

Внесуставные переломы дистальной трети большеберцовой кости со смещением могут вызывать трудности в лечении из-за возникновения варусных, вальгусных смещений, а также рекурвации и антекурвации. Небольшой размер дистального отломка может усложнить как достижение репозиции, так и адекватное расположение дистальных блокирующих винтов, центрацию стержня как в проксимальном, так и в дистальном фрагменте.

В 2013–2018 гг. было прооперировано 48 пациентов в возрасте от 23 до 78 лет (23 мужчины, 25 женщин) с переломами дистального метафиза большеберцовой кости, из них 31 – с косыми переломами дистального метадиафиза большеберцовой кости, 17 пациентов – с оскольчатыми переломами дистального метадиафиза большеберцовой кости. Всем пациентам был выполнен остеосинтез переломов интрамедуллярными стержнем Expert (Synthes) с дистальным блокированием двумя винтами в медиально-латеральном направлении с угловой стабильностью (ASLS). Интраоперационно репозиция выполнялась на спице-стержневом аппарате наружной фиксации: в проксимальный фрагмент кости проводилось 2 стержня, закрепленных на штанге при помощи стержнедержателей и средства дозированного перемещения стержнедержателей вдоль штанги, затем в дистальный фрагмент кости проводилось 2 спицы, закрепленных на кольце при помощи спицедержателей, кольца, фиксированного к штанге, штанг, соединенных между собой шарнирным устройством, с возможностью изменения угла их взаимного расположения с последующим выполнением операции остеосинтеза большеберцовой кости интрамедуллярным стержнем (патент на изобретение №2499571 от 15.10.2012 «Способ интрамедуллярного остеосинтеза дистального метафиза большеберцовой кости»). Контроль точности репозиции интраоперационно осуществлялся с помощью электронно-оптического преобразователя. Срок наблюдения составил от 4 до 9 месяцев.

В раннем и позднем послеоперационном периодах осложнений не отмечалось. Разработка движений в суставах проводилась у всех больных уже в раннем послеоперационном периоде с 2–3-го дня после операции, иммобилизация не использовалась. Объем активных и пассивных движений в коленных и голеностопных суставах был восстановлен полностью во всех случаях в течение 3–6 недель. Частичная осевая нагрузка начиналась через 4 недели после операции.

Предлагаемый способ интрамедуллярного остеосинтеза дистального метафиза большеберцовой кости позволяет добиться точной репозиции костных отломков, устраняя их смещение как в сагиттальной, так и во фронтальной плоскости. Способ позволяет осуществить стабильный остеосинтез малоинвазивно и начать разработку в смежных суставах в раннем послеоперационном периоде.

Результаты мониторинга эмоционального выгорания врачей 10 крупных городов России

Квитчастый А. В.[1], Бочавер К. А.[2], Данилов А. Б.[2]
[1]ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗМ», Москва
[2]Институт междисциплинарной медицины, Москва

Введение. Синдром эмоционального выгорания (СЭВ) как психологический феномен, возникающий особенно часто в среде специалистов «помогающих специальностей», заинтересовал исследователей еще в прошлом веке и сохраняет актуальность по сей день (Фрейденбергер, 1974; Маслач, 1993; Орел, 2001; Ясько 2004; Багрий, 2009; Водопьянова, 2007).

Цель. Оценить востребованность психопрофилактических и образовательных мероприятий для врачей России.

Материалы и методы. В 2018 г. был проведен мониторинг уровня СЭВ медицинских работников в 10 крупных городах страны. В нем приняли участие 700 врачей различных специальностей и возрастов из государственных медицинских организаций. В качестве диагностического инструмента использовалась бланковая психологическая методика «Опросник выгорания Маслач».

Результаты. Региональные различия обладают высокой статистической значимостью ($p < 0,01$) при относительно небольшом разбросе значений. Использованный в рамках мониторинга Системный индекс СЭВ, предложенный в 2007 году в НИПНИ им. В. М. Бехтерева, подразумевает вариативность от 0 (выгорание не выражено) до 1 (выраженный СЭВ). Результаты показывают, что врачи находятся в среднем диапазоне от 0,4 до 0,5: Кисловодск (0,46), Краснодар (0,46), Ростов (0,44), Екатеринбург (0,43), Новосибирск (0,46), Пермь (0,43), Челябинск (0,47), Самара (0,41), Красноярск (0,45), Иркутск (0,41).

Если же разбить выборку на группы врачей разных специальностей и сравнить их по уровню СЭВ, разброс значений Индекса также относительно невелик: стоматологи (0,41), хирурги (0,42), неврологи (0,44), терапевты (0,45) травматологи (0,45), врачи общей практики (0,47). Выявленные значения свидетельствуют о наличии признаков выгорания, не приведших к уходу из профессии.

Нам удалось обнаружить значимые возрастные различия в проявлениях СЭВ у врачей, принявших участие в исследовании. Медицинским работникам, чей возраст не превышает 54 лет, в большей степени, чем их более опытным коллегам характерны чувство эмоциональной истощенности и опустошенности, вызванное собственной работой, а также циничное отношение к труду и негуманное отношение к пациентам. В то же время у медицинских работников от 55 лет и старше СЭВ чаще проявляется в виде чувства некомпетентности в своей профессиональной сфере и осознания неуспеха в ней.

Вывод. В профилактике СЭВ уместен дифференцированный подход для различных возрастных категорий специалистов.

Ирригационная и ингаляционная терапия при реконструктивных оперативных вмешательствах на гортани и трахее

Кирасирова Е. А., Мамедов Р. Ф., Кулабухов Е. В., Лафуткина Н. В., Резаков Р. А.
ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л. И. Свержевского ДЗМ», Москва

За 2018 г. в НИКИО было проведено обследование и оперативное лечение 55 пациентов с рубцовым стенозом гортани и трахеи различной этиологии. 30 больным ограниченным стенозом гортани и трахеи были применены высокоэффективные малоинвазивные хирургические технологии (микрохирургическая, эндоскопическая); у 25 пациентов применяли открытый оперативный доступ с последующим послеоперационным протезированием гортани и трахеи для формирования стойкого просвета дыхательных путей.

Применение ирригационной терапии с целью профилактики отека и послеоперационного воспаления мы начинали уже в операционной после заключительного этапа операции, когда лекарственные препараты доставлялись к месту операционной травмы через канал эндоскопа при малоинвазивных вмешательствах или под непосредственным визуальным контролем при открытой операционной ране. В дальнейшем помимо традиционной схемы послеоперационного лечения (антибактериальная терапия, кортикостероиды, антигипоксанты, а также симптоматическая терапия) с первых суток после операции в течение 2–10 дней мы проводили ирригационную терапию – орошение слизистой оболочки гортани и трахеи лекарственными препаратами с противомикробным и репаративным воздействием на эпителий гортани и трахеи. Ингаляционная терапия начиналась в ранние сроки при восстановлении дыхания через естественные дыхательные пути. Нами использовались препараты с антимикробным и репаративным действием, способствующим эвакуации мокроты и улучшающим состояние слизистой оболочки гортани и трахеи у пациентов-канюленосителей. Контроль процесса заживления осуществляли с помощью исследования мазков-отпечатков из операционной раны и слизистой трахеи, а также исследования микрофлоры гортани и трахеи в динамике.

Раннее применение ирригационной и ингаляционной терапии позволило нам значительно сократить срок заживления послеоперационной раны после реконструкции дыхательных путей. Ни у одного пациента не зарегистрировано послеоперационного воспаления, требующего повторной госпитализации, что значительно улучшило эффективность лечения этой сложной категории пациентов.

Таким образом, антибактериальная, антирефлюксная терапия, кортикостероиды и местное лечение с помощью ирригационной и ингаляционной терапии, а также физиологическое протезирование являются основой адъювантной терапии больных стенозом гортани и трахеи после реконструктивных оперативных вмешательств.

О подготовке клинических рекомендаций по специальности «Стоматология детская»

Кисельникова Л. П., Бояркина Е. С.
ФГБОУ ВО МГМСУ им. А. И. Евдокимова

В связи с широким обсуждением проекта федерального закона № 449180-7 «О внесении изменений в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и внедрением системы клинических рекомендаций в России актуальным остается вопрос о разработке и внедрении профессионального стандарта и клинических рекомендаций в практику врача-стоматолога детского.

Клинические рекомендации – документы, содержащие основанную на научных доказательствах структурированную информацию по вопросам профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, включая описание последовательности действий медицинского работника, с учетом течения заболевания, наличия осложнений и сопутствующих заболеваний, иных факторов, влияющих на результаты лечения.

Клинические рекомендации являются документом, который устанавливает алгоритм ведения больного, диагностики и лечения. Они содержат логистическую структуру действий врача с использованием доказавших эффективность методов диагностики и лечения, выбор которых определяется индивидуальными особенностями течения болезни, сопутствующими заболеваниями и другими факторами. Вместе с тем лечение больного всегда индивидуально, и определение тактики лечения в каждом конкретном случае относится к компетенции лечащего врача.

В настоящее время по специальности «Стоматология детская» разработаны «Клинические рекомендации по ведению пациентов с острым герпетическим стоматитом (гингивостоматитом) в детском возрасте» и «Клинические рекомендации по лечению кариеса зубов у пациентов детского возраста». Активно ведется работа над созданием «Клинических рекомендаций лечения пульпита зубов у пациентов детского возраста», «Клинических рекомендаций лечения периодонтита зубов у пациентов детского возраста» и «Клинических рекомендаций по ведению пациентов с травмой зубов в детском возрасте».

Клинические рекомендации по специальности «Стоматология детская» обеспечат базовый алгоритм профессиональной деятельности детским врачам-стоматологам, который позволит в многообразии ситуаций найти правильное решение и профессионально реализовать обоснованные действия.

Коронарное русло у пациентов с гипертрофической кардиомиопатией и ишемией миокарда

Ковалевская Е. А.[1], Крылова Н. С.[1,2], Потешкина Н. Г.[1,2], Фетцер Д. В.[1]
[1]ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ», Москва
[2]ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н. И. Пирогова, Москва

Введение. Ишемия миокарда у больных гипертрофической кардиомиопатией (ГКМП) может быть обусловлена как относительной коронарной недостаточностью за счет выраженной гипертрофии ЛЖ, так и наличием сопутствующего атеросклероза (Атс) коронарных артерий (КА).

Цель. Выявить особенности коронарного русла у больных ГКМП с ишемией миокарда.

Материалы и методы. Обследовано 104 пациента с ГКМП (40 мужчин), средний возраст 60,5 ± 13,2 лет, с болями за грудиной и депрессией сегмента ST по данным нагрузочного теста и/или ХМ-ЭКГ. С целью верификации коронарной болезни сердца всем больным выполнена коронароангиография (КАГ) (n = 66) и МСКТ КА (n = 4). Группы контроля составили пациенты ГКМП без ишемии миокарда без Атс КА.

Результаты. По результатам пациенты разделены на 2 группы: 1-я группа – пациенты с ГКМП с ишемией миокарда с Атс КА – 29 (41,4 %) пациентов, 2-я группа – пациенты с ГКМП с ишемией миокарда без Атс КА – 41 пациент, 3-я группа – 34 пациента с ГКМП без ишемии миокарда. Ангиографически значимые стенозы (более 70 %) КА выявлены у 21 пациента (72,4 %), умеренные стенозы (50–70 %) КА – у 8 пациентов (27,6%). Однососудистое поражение КА наблюдалось у 14 (48,3 %), двухсосудистое – у 10 (34,5 %), трехсосудистое – у 5 (17,2 %) пациентов. У пациентов с ГКМП без Атс КА с ишемией миокарда по результатам нагрузочных тестов диаметр ПМЖВ был достоверно меньше по сравнению с группой контроля ПМЖВ 4,3 ± 0,9 против 5 ± 0,9 мм; $p = 0,008$. Выявлена отрицательная корреляция между диаметром ПМЖВ и положительной нагрузочной пробой $r = -0,68$, $p = 0,003$. Для оценки микроциркуляции проведена оценка перфузии миокарда по шкале MBG. Снижение микроциркуляции (MBG < 3) выявлено в 44,1 % в бассейне ПМЖВ и в 16,1 % в бассейне ПКА у больных ГКМП без Атс как с ишемией, так и без ишемии миокарда ($p > 0,05$). В бассейне ОВ нарушения перфузии в группах не выявлено (MBG = 3). Выявлена взаимосвязь между нарушением перфузии по шкале MBG в бассейне ПМЖВ и наджелудочковыми тахикардиями $r = -0,4$, $p = 0,03$, пароксизмальными желудочковыми тахикардиями $r = -0,5$, $p = 0,008$, замедлением коронарного кровотока $r = -0,7$, $p = 0,004$ и в бассейне ПКА с ИММЛЖ $r = -0,5$, $p = 0,001$, пароксизмальными желудочковыми тахикардиями $r = -0,6$, $p = 0,007$.

Выводы. У больных ГКМП с признаками ишемии миокарда (при нагрузочных тестах, ХМ-ЭКГ) сопутствующее атеросклеротическое поражение КА выявлено в 41,4 % случаев, из них ангиографически значимые стенозы КА – в 72,4 % случаев. У 58,6 % пациентов ГКМП Атс КА отсутствовал, но

выявлен меньший диаметр проксимального сегмента ПМЖВ в отличие от пациентов ГКМП без ишемии миокарда. Вне зависимости от наличия/отсутствия ишемии миокарда у больных ГКМП без Атс КА наблюдалось снижение микроциркуляции в миокарде (MBG < 3) в 44,1 % случаев в бассейне ПМЖВ и 16,1 % в бассейне ПКА. Нарушение микроциркуляции было связано с высокими значениями ИММЛЖ и нарушениями сердечного ритма.

Возможности пролонгирования беременности у пациенток с поздними стадиями хронической болезни почек

Козловская Н. Л., Коротчаева Ю. В., Демьянова К. А., Бондаренко Т. В., Микуляк М. С., Апресян С. В.
ГБУЗ «ГКБ им. А. К. Ерамишанцева», Москва

Введение. Беременность у пациенток с хронической болезнью почек (ХБП) представляет собой важную медико-социальную проблему. Ее актуальность обусловлена диссонансом между желанием женщины реализовать свое право на материнство, с одной стороны, и высоким риском неблагоприятного исхода беременности для матери и ребенка – с другой стороны. Запретительная тактика в отношении беременности у женщин, страдающих различными болезнями почек, особенно при развитии хронической почечной недостаточности, нашла отражение в приказе МЗ РФ №736 от 03.12.07. Однако в последние два десятилетия наметилась тенденция к увеличению частоты беременностей и уменьшению перинатальных потерь у этого контингента пациенток, что дает основания для развития нового междисциплинарного направления – «акушерская нефрология». Первым шагом на этом пути стала организация Центра помощи беременным с заболеваниями почек и мочевыводящих путей на базе ГКБ им. А. К. Ерамишанцева ДЗМ в апреле 2018 г.

Цель. Анализ возможностей благоприятного исхода беременности у пациенток с поздними стадиями ХБП (3–4 ст.).

Материалы и методы. Проконсультировано 1012 беременных с поражением почек. В отделение патологии беременности роддома или нефрологическое отделение больницы были госпитализированы 116 пациенток, в основном с ХБП 1–2 ст. У 12 беременных выявлены поздние стадии ХБП (3 ст. – у 7, 4 ст. – у 5). От предложенного прерывания беременности все они категорически отказались. Среди них у 5 диагностирован хронический гломерулонефрит, у 5 – хронический тубулоинтерстициальный нефрит различной этиологии, у 1 – поликистоз почек, у 1 – ишемическая нефропатия.

Результаты. Протокол совместного ведения этих беременных акушером-гинекологом и нефрологом включал профилактику преэклампсии с контролем маркеров ангиогенеза в динамике, лечение артериальной гипертонии и анемии, коррекцию фосфорно-кальциевых нарушений при необходимости, назначение НМГ при протеинурии более 1 г/сут. Ранняя преэклампсия осложнила течение беременности у 66,6 % пациенток. Все 12 женщин родили живых детей (всего 14, две двойни). У 66,6 % из них роды были преждевременными. Средний срок гестации составил 30 ± 3 недели. Среди 14 новорожденных 9 (64 %) детей имели врожденную задержку развития плода. Удалось избежать антенатальной гибели плода и перинатальных потерь.

Вывод. Даже наличие у пациенток поздних стадий ХБП не исключает благоприятного исхода беременности. Однако такой исход возможен лишь в случае работы междисциплинарной команды специалистов, придерживающихся общего протокола ведения беременности.

Туберкулез среди медицинских работников: проблема профессиональной безопасности

Колпакова Л. В., Белиловский Е. М.
ГБУЗ «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом ДЗМ», Москва

Представлены результаты мониторинга заболеваемости туберкулезом сотрудников медицинских организаций с 2014 по 2018 г. в Москве. Установлено, что показатель заболеваемости туберкулезом за 5 лет имеет незначительные колебания и в среднем за 5 лет составляет 30–35 на 100 тыс. населения, что незначительно превышает территориальный усредненный показатель заболеваемости туберкулезом взрослого населения Москвы за эти годы (31,1). Согласно положению ВОЗ, это означает, что мероприятия по инфекционному контролю, проводимые в городе, достаточно эффективны. Согласно данным системы мониторинга, 86,8 % заболевших из сотрудников медицинских учреждений города были выявлены при профилактических осмотрах (активными методами), в то время как среди всех пациентов этот показатель равен 66,5 %.

Эпидемиологические расследования по каждому случаю заболевания туберкулезом выявили закономерные дефекты при прохождении предварительных и периодических медицинских осмотров. Введение в 2016 г. двукратного скринингового обследования на туберкулез сотрудников медицинских организаций и обязательного ежегодного иммунологического тестирования на туберкулез позволило предотвратить выявление распространенных форм туберкулеза с прогрессирующим и осложненным течением заболевания, случаи смертельных исходов от туберкулезной инфекции среди данной категории сотрудников. Доля неосложненных форм заболевания, таких как очаговый туберкулез легких и туберкулома, среди заболевших работников медицинских организаций города в 2,5 раза больше, чем среди всех пациентов, выявленных среди постоянного населения: 50 % и 19,2 % соответственно. С другой стороны, доля диссеминированного туберкулеза среди работников медицинских организаций в 3,7 раза меньше, чем среди всех пациентов из постоянного населения Москвы: 5,9 % и 20,3 % соответственно.

Выявление туберкулеза на стадии латентной туберкулезной инфекции позволяет выделить среди сотрудников наиболее уязвимую категорию, требующую углубленного обследования и проведения химиопрофилактики для предотвращения заболевания туберкулезом.

Буккальная пластика у больных протяженной стриктурой уретры

Корнев А. И.[1, 2], Борискин А. А.[2]
[1]*ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова, Москва*
[2]*ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн № 2 ДЗМ», Москва*

Самым эффективным способом лечения протяженных стриктур уретры является пластика уретры с применением свободного трансплантата слизистой щеки. Мы применяем данную методику у больных стриктурой уретры длиной более 2,5 см с локализацией в пенильном и бульбозном отделах. С 2001 г. в отделении прооперировано 45 пациентов. Большое внимание уделялось предоперационной подготовке – санации ротовой полости. В случае выявления инфекции мочевыводящих путей проводилась антибактериальная терапия согласно антибиотикограмме. Для профилактики тумесценции назначали феназепам 2 мг на ночь и 60 мг синестрола парентерально. Операции выполнялись под комбинированной анестезией. Уретра рассекалась по дорзальной поверхности на протяжении стриктуры с продлением разреза проксимальнее и дистальнее ее на 1 см. Особое внимание уделяли обработке буккального лоскута. С целью улучшения приживляемости трансплантата тщательно отсепаровывали жировую ткань до подслизистого слоя, сроки препаровки максимально сокращали, лоскут непрерывно увлажняли физиологическим раствором. Трансплантат фиксировали узловыми швами на атравматической игле монофиламентным рассасывающимся материалом 4/0.

Из особенностей: у 3 пациентов применили тубуляризированный лоскут в связи с облитерацией уретры, у 2 – двойной лоскут, у 1 – тройной лоскут (2 буккальные пластины и 1 лабиальная) вследствие протяженности стриктуры и у 2 – перфорированный лоскут для необходимого удлинения трансплантата на 10–15 %. Также важным фактором являлось осуществление «сухого» гемостаза. Устанавливали уретральный катетер на три недели. После операции в течение 10 дней проводилась антикоагулянтная терапия, до одного месяца – антибактериальная и дезагрегантная терапия.

Сроки наблюдения составили от 6 месяцев до 13 лет. У 44 больных рецидива стриктуры уретры не отмечено. При урофлоуметрии максимальная скорость потока мочи составляла не менее 17 мл/с. У одного больного, оперированного по поводу протяженной рецидивной стриктуры уретры с выраженным спонгиофиброзом, развилась облитерация уретры, что потребовало наложения уретропромежностного свища.

Таким образом, можно сделать вывод, что четкое соблюдение описанной технологии лечения у данной категории больных обеспечивает хорошие отдаленные результаты.

Актуальные вопросы комплексной реабилитации пациентов, перенесших транзиторную ишемическую атаку

Костенко Е. В.[1, 2], Петрова Л. В.[1], Энеева М. А.[1]
[1]*ГАУЗ «МНПЦ медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗМ», Москва*
[2]*ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова, Москва*

Введение. Инсульт является второй по значимости причиной смерти в России. Ежегодно в нашей стране происходит около 450–500 тыс. инсультов, и среди пациентов с ишемическим инсультом около 15 % сообщают об истории транзиторной ишемической атаки (ТИА) в анамнезе. По разным оценкам, у 200–500 тыс. жителей РФ ежегодно диагностируют ТИА. Истинная частота ТИА неизвестна, поскольку многие ТИА никогда не распознаются. В ряде исследований установлено, что ТИА может рассматриваться как важный фактор риска последующего развития более серьезного сердечно-сосудистого события, такого как инсульт или инфаркт миокарда. Мало изучены вопросы реабилитации пациентов, перенесших ТИА.

Цель. Оценка эффективности комплексной реабилитации пациентов, перенесших ТИА.

Материалы и методы. Проведен анализ первичной медицинской документации за пятилетний период 351 пациента, перенесших ТИА и прошедших комплексную реабилитацию в условиях специализированного амбулаторно-поликлинического учреждения. Средний возраст обследованных составил 64,6 ± 2,3 года.

Всем пациентам, включенным в исследование, проводилось неврологическое обследование, комплексное нейропсихологическое тестирование (шкала MMSE, Оценка самочувствия, активности и настроения САН; госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS). Кроме того, проводилась оценка качества жизни по европейскому опроснику качества жизни EuroQol EQ-5D-5L.

Все пациенты проходили комплексную персонифицированную реабилитационную программу, включавшую медицинский, психологический и социальный разделы. 94 пациента с ТИА в составе комплексной реабилитации получали препарат холина альфосцерата (церепро) сначала инъекционно, затем перорально общей продолжительностью 8 недель.

Результаты. Эффективность комплексной реабилитации изучалась на протяжении 12 месяцев, с осмотрами через 3, 6 и 12 месяцев. Выявлена высокая частота встречаемости когнитивных и эмоциональных нарушений у пациентов с ТИА. Показано достоверное улучшение показателей когнитивного статуса, астении, тревоги и депрессии, качества жизни на фоне комплексной программы реабилитации пациента в течение года после перенесенной ТИА. Эффект реабилитационных мероприятий оказался несколько выше в группе пациентов, получавших холина альфосцерат, в том числе и в отношении повторных случаев ТИА и инсульта.

Заключение. Комплексная индивидуализированная реабилитация пациентов, перенесших ТИА, коррекция факторов риска может способствовать вторичной профилактике повторных ТИА и инсульта. Фармакологическая часть реабилитации, помимо назначения антиагрегантов и/или антикоагулянтов в зависимости от причины ТИА, должна включать препараты нейроцитопротекторного действия.

Возможности применения БОС-стабилометрического тренинга для целенаправленного восстановления стато-локомоторных нарушений

Костенко Е. В.[1, 2], Петрова Л. В.[2], Энеева М. А.[2]
[1]*ГАУЗ «МНПЦ медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗМ», Москва*
[2]*ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова, Москва*

Введение. Последствиями ишемического инсульта являются различные двигательные, сенсорные, атактические расстройства, являющиеся причиной нарушения равновесия и передвижения, затрудняющие процессы реабилитации и социализации пациентов. Данные типы расстройств отличаются по стабилометрическим параметрам и требуют столь же дифференцированного подхода к коррекции. Одним из эффективных методов позного управления является стабилометрический тренинг, основанный на биологической обратной связи (БОС).

Цель. Оценка эффективности комплексной реабилитационной программы с включением стабилометрического постурального контроля с использованием БОС у пациентов с постинсультными двигательными нарушениями в восстановительном периоде церебрального инсульта.

Материал и методы. Обследованы 67 пациентов (31 женщина и 36 мужчин) в позднем восстановительном периоде инсульта, средний возраст 58,4 ± 6,4 года. Давность перенесенного инсульта составила в среднем 228,59 ± 31,9 дня. Ишемический инсульт перенесли 71,9 % больных, геморрагический — 28,1 %. В первую, основную, группу включили 42 пациента, которым наряду со стандартной схемой лечения проводили БОС-стабилометрический тренинг. Вторую группу составили 25 пациентов, в реабилитационный комплекс которых не включали вышеуказанную методику.

Результаты. Комплекс реабилитационных мероприятий с включением БОС-стабилометрического постурального тренинга позволил значительно улучшить функцию ходьбы в виде восстановления двигательного стереотипа. Клинический эффект отмечался через 3 недели после начала реабилитации, достигая максимума к 5-й неделе.

Вывод. Включение в процесс реабилитации методов, основанных на БОС, приводит к более ранней двигательной и социальной адаптации пациента, восстановлению нарушенной функции равновесия, что связано с повышением активности пластических процессов в головном мозге.

Методика психологического сопровождения родственников больных, перенесших инсульт

Котельникова А. В., Кукшина А. А.
ГАУЗ «МНПЦ медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗМ», Москва

Введение. Инсульт кардинально меняет картину мира не только самого пациента, но и его близких, всей семьи. Реакции родственников характеризуются различными вариантами тревожного поведения в континууме «гиперопека – делегирование ответственности специалистам». Для членов мультидисциплинарной реабилитационной бригады организация взаимодействия с родственниками больного является гарантией снижения риска осложнений и повторных нарушений мозгового кровообращения, а также добросовестного катамнестического наблюдения, при этом ухаживающие за пациентом нередко находятся в большей депрессии, чем он сам, что приводит к затруднениям в обеспечении необходимого комплаенса.

Цель. Выявление основных мишеней психологического сопровождения родственников больных, перенесших инсульт.

Материалы и методы. Анализ литературы и клинической документации, отражающей работу психологической службы филиала № 3 МНПЦ МРВиСМ в отношении семей 31 больного, находившихся на медицинской реабилитации по поводу перенесенного инсульта.

Результаты. Психологические проблемы родственников больных следует классифицировать с учетом количества времени, прошедшего с момента получения известия о тяжелом заболевании, а также особенностей эмоционального реагирования на различных этапах реабилитационного процесса в связи с изменившимся характером межличностного взаимодействия каждого из участников семейной системы. Острейший и острый период инсульта соответствует реакциям горя и утраты, которые сопровождаются шоком, бессилием, поиском виноватых, переживанием интенсивных чувств вины и стыда; в течение подострого и раннего восстановительного наряду с реакциями горя у членов семьи могут наблюдаться симптомы посттравматического стресса («вторжение», «избегание», «физиологическая возбудимость»), а также выбор неадекватных стратегий ухода; в поздний восстановительный и период отдаленных последствий – различные соматические и соматопсихические дисфункции.

Вывод. Основными направлениями психологического сопровождения родственников больных, перенесших инсульт, становятся информационно-разъяснительная работа по прояснению особенностей личности и эмоционального состояния больного, обучение навыкам эмоциональной саморегуляции, выбор оптимальных поведенческих стратегий при взаимодействии с больным, коррекция межличностных отношений, в том числе детско-родительских, в связи с изменением внутрисемейной ситуации.

Особенности инсулинотерапии больных сахарным диабетом 2-го типа

Котешкова О. М., Анциферов М. Б.
ГБУЗ «Эндокринологический диспансер ДЗМ», Москва

Сахарный диабет 2-го типа (СД 2) является заболеванием, при котором часто требуется назначение инсулина.

Если у лиц с впервые выявленным СД 2 исходный показатель HbA1c превышает целевой более чем на 2,5 %, то необходимо начинать инсулинотерапию. В дальнейшем возможна ее отмена. При отсутствии достижения индивидуальных целей лечения на фоне применения оптимальных доз сахароснижающих препаратов также необходима инициация терапии инсулином. Инсулин назначается при наличии противопоказаний к использованию, непереносимости других сахароснижающих препаратов, кетоацидозе. В случае необходимости оперативного вмешательства, при наличии острых интеркуррентных и обострениях хронических заболеваний, сопровождающихся декомпенсацией углеводного обмена, возможен временный перевод на инсулинотерапию.

Инсулинотерапия относится к достаточно сложному варианту лечения пациентов с СД 2. Поэтому при инициации терапии инсулином необходимо обучить пациента методам самоконтроля гликемии; предупредить о возможности развития гипогликемических состояний, информировать об их симптомах, методах устранения и профилактики; пересмотреть принципы питания. При использовании схемы лечения инсулином короткого (ИКД) или ультракороткого действия (ИУКД), а также готовых смесей необходим учет углеводов по системе хлебных единиц.

Важно, чтобы больной понимал, как самостоятельно проводить коррекцию дозы инсулина. Пациентам с когнитивными нарушениями необходимо рекомендовать самую простую схему введения препарата. Пациент должен справляться с требованиями к режиму введения и частоте инъекций.

Одной из важных опций терапии инсулином является интенсификация. Ее проводят при отсутствии достижения индивидуальных целей терапии на предшествующем режиме терапии в течение 3–6 месяцев, или когда дальнейшее титрование дозы ограничено ее большой величиной (это повышает риск развития гипогликемии), или режим питания предполагает интенсификацию инсулинотерапии. Дозы инсулина подбираются индивидуально для каждого пациента. Увеличение проводится постепенно до достижения индивидуальных целевых показателей углеводного обмена. Ограничений в дозе инсулина не существует.

Способы дренирования при мини-перкутанной хирургии почки

Котов С. В.[1, 2], Беломытцев С. В.[1, 2], Агаев Н. К.[2], Асриян Р. А.[2]
[1]*ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова, Москва*
[2]*ГБУЗ «ГКБ им. В. В. Виноградова ДЗМ», Москва*

Введение. Перкутанная нефролитотомия прочно занимает лидирующие позиции в оперативном лечении мочекаменной болезни. С появлением мини-перкутанной техники операции остро встал вопрос целесообразности послеоперационного дренирования почки.

Цель. Проанализировать безопасность и морбидность различных вариантов дренирования почки после мини-перкутанной хирургии и бездренажного завершения операции.

Материалы и методы. В зависимости от типа послеоперационного дренирования проанализированы 234 пациента, перенесших миниперкутанную нефролитотомию на базе урологического отделения ГКБ им. В. В. Виноградова с января 2017 по март 2019 г. Всем пациентам выполнена мини-перкутанная нефролитотомия с использованием инструмента 16,5 Ch. Средний размер камня составил 18,7 мм. Средний возраст пациентов составил 55,1 лет (28–88 лет). В зависимости от вида дренирования пациенты разделены на 4 группы: 1-я – нефростома, 9 (4 %) пациентов, 2-я – JJ-стент, 23 (10 %) пациента, 3-я – мочеточниковый катетер, 152 (65 %) пациента, 4-я – полностью бездренажное завершение операции, 50 (21 %) пациентов. Послеоперационный анализ включал заполнение визуальной аналоговой шкалы боли, частоту аналгезии, койко-день и частоту послеоперационных осложнений.

Результаты. Достоверной разницы в частоте осложнений в различных группах не выявлено. Выраженность боли и частота аналгезии были значимо выше в группе нефростомии и выше в группе стентирования. Достоверной разницы в группах пациентов с мочеточниковым катетером и полностью бездренажным завершением операции не выявлено, однако отмечено, что при нахождении мочеточникового катетера более суток прогрессивно нарастает выраженность болей и частота использования НПВС. Средний послеоперационный койко-день был выше в 1-й группе – 3,8 дня, в других группах разница в койко-днях недостоверна: во 2-й группе – 2,6 дня, в 3-й группе 2,7 дня, в 4-й группе – 2,4 дня.

Выводы. 1. Высокие показатели эффективности и безопасности миниперкутанного доступа сделали необязательным послеоперационное дренирование почки. 2. Показатели выраженности болей и частота аналгезии у пациентов, подвергшихся нефростомии или стентированию, выше, чем у пациентов с мочеточниковым катетером или без дренажей. 3. По результатам исследования считаем дренирование мочеточниковым катетером экономически обоснованным, безопасным и эффективным решением. Удаление мочеточникового катетера целесообразнее выполнять в течение первых суток. 4. В случаях, когда интраоперационно предварительная катетеризация мочеточника не выполняется, от дренирования почки можно воздержаться.

Лимфома Беркитта и беременность. Возможности современной медицины

Котомина Т. С., Кокая И. Ю., Мисюрина Е. Н., Борях Е. А., Буржунова М. М.
ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ», Москва

Неходжкинская лимфома (НХЛ) – редкое злокачественное образование. Сочетание беременности с НХЛ отмечают гораздо реже, чем с ЛХ, всего в литературе описано 101 наблюдение. Согласно иностранным изданиям от 2013 г., всего идентифицирован 121 пациент из 74 работ. При этом в последние десятилетия отмечается рост заболеваемости НХЛ, что делает данную проблему актуальной.

В случае ведения беременности у пациентки с лимфомой Беркитта мы стали первыми в стране, кто смог успешно пролонгировать беременность и получить благоприятные неонатальные исходы.

Пациентка П., 39 лет. Беременность – 3. Роды предстоят первые. Анамнез заболевания: на 6-й неделе беременности выявлена киста правого яичника. С октября в течение 3 месяцев потеряла в весе 20 кг. Активно жалоб не предъявляла.

01.12.2016 выполнено МРТ-исследование органов малого таза, по данным которого выявлено объемное образование, по-видимому, исходящее из правого яичника. Асцит.

20.12.2016 выполнена лапаротомия, аднексэктомия справа, множественная биопсия брюшины, субтотальная оментэктомия. По результатам гистологического исследования удаленной опухоли: диффузная крупноклеточная лимфома яичника, вероятно, лимфома Беркитта.

Пациентка переведена в ГКБ № 52 с диагнозом: «Лимфома Беркитта, III ст. по S.B. Murphy с поражением правого яичника (bulky), асцит. Состояние после лапаротомии, правосторонней аднексэктомии, множественной биопсии брюшины, субтотальной оментэктомии (20.12.16). Продолженный рост опухоли. Беременность 27 недель.

С 31.12.2016 по 04.01.2017 проведена предфаза (циклофосфамид 400 мг, дексаметазон 20 мг). С 05.01.2017по 22.02.2017 проведено три курса полихимиотерапии (ПХТ) по программе R-DA-EPOCH (ритуксимаб, доксорубицин, этопозид, винкристин).

Каждый межкурсовой период пациентка наблюдалась в отделении патологии беременности родильного дома ГКБ № 52. В сроке гестации 29–30 недель течение беременности осложнилось развитием гестационной артериальной гипертензии.

27.02.2017 при допплерометрии были выявлены нарушения маточно-плацентарного кровотока 3-й степени с нулевым диастолическим кровотоком, что явилось показанием для родоразрешения путем операции кесарева сечения в экстренном порядке в интересах плода.

27.02.2017 выполнена нижнесрединная лапаротомия, кесарево сечение в нижнем маточном сегменте поперечным разрезом под спинально-эпидуральной анестезией. Извлечена живая недоношенная девочка, весом 1930 г, длиной 46 см, с оценкой по шкале Апгар 6/6 баллов. Операция была выполнена без технических сложностей. Ранний послеоперационный период протекал без осложнений.

С 02.03.2017 течение позднего послеродового периода осложнилось развитием миелотоксического агранулоцитоза. Проводилась антибактериальная терапия. На фоне проводимой терапии отмечалось восстановление показателей крови, регресс инфекционных осложнений, нормализация температуры тела.

С 16.03.2017 по 17.05.2017 проведены очередные 3 курса ПХТ по программе R-DA-EPOCH. После проведения 6 курсов ПХТ у пациентки рентгенологически сохраняется ремиссия основного заболевания.

Данное клиническое наблюдение показывает один из вариантов ведения пациенток с НХЛ и беременностью. Но за этими, на первый взгляд, простыми словами скрывается работа огромного коллектива, которым является современная многопрофильная больница крупного мегаполиса.

Особенности подходов к ведению пациентов с наследственными ангиоотеками I и II типов во время беременности и родов

Котомина Т. С., Кокая И. Ю., Фомина Д. С., Бобрикова Е. Н.
ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ», Москва

Первичная диагностика и дифференциальный диагноз наследственных ангиоотеков (НАО) остаются на первом месте в структуре научно-практических интересов и проблем информированности врачебного сообщества. Наиболее чувствительными и гетерогенными категориями пациентов с НАО являются беременные, кормящие женщины и дети.

Аллергологи-иммунологи всего мира отмечают крайне низкую осведомленность врачей различных специальностей по проблеме НАО, несмотря на положительные изменения в данном аспекте на современном этапе. Постановка диагноза задерживается на месяцы и даже на годы из-за неверной трактовки симптомов. Задержка постановки диагноза НАО приводит к неадекватному лечению, жизнеугрожающим осложнениям от рутинных процедур, неоправданным оперативным вмешательствам, низкому качеству жизни пациента, наконец, страху иметь детей.

В нашей клинике накоплен уникальный опыт ведения беременности и родоразрешения четырех пациенток с НАО. Анализ данных этих клинических наблюдений позволил сформулировать следующие выводы.

1. Беременность может смягчать, усугублять или не оказывать никакого влияния на течение НАО.
2. Частота приступов НАО, наблюдаемая во время предшествующих беременностей, лишь частично является предиктором их частоты в последующих беременностях.
3. При НАО характерно разнообразие клинических проявлений, непредсказуемость и вариативность течения заболевания на фоне беременности, отсутствие однотипного ее течения.
4. Для НАО характерны манифестные атаки в первой трети беременности, однако самая большая их частота отмечается в третьем триместре.
5. Выбор способа родоразрешения – роды через естественные родовые пути, оперативное родоразрешение – строго по акушерским показаниям. Следует помнить, что родоразрешение путем кесарева сечения является рискованным вмешательством, особенно если есть необходимость интубации трахеи.
6. Максимальный риск развития атак НАО регистрируется во втором периоде родов и в первые 48 часов после родоразрешения.
7. Рекомендуется специализированное наблюдение за новорожденным в течение как минимум 72 часов после родов.

За последнее десятилетие все научные статьи о НАО начинаются почти одинаковыми словами: «НАО-I, II является непредсказуемым, болезненным и опасным для жизни состоянием».

Ведение беременности, родоразрешение, ведение периода лактации и мониторинг новорожденных требует участия мультидисциплинарной команды специалистов. При этом в каждом клиническом случае необходим адаптированный подход к верификации диагноза, индивидуальный подбор кратности динамической оценки тяжести и активности НАО, а также назначение персонифицированных схем терапии.

Мониторинг наркологической ситуации в Москве

Кошкина Е. А., Валькова У. В., Смирновская М. С., Круглых А. А.
ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ», Москва

Среди пациентов с психическими и поведенческими расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, обратившихся за наркологической помощью в медицинские учреждения города, 73,8 % приходятся на потребителей алкоголя, 25,8 % на лиц, употребляющих наркотики. Соотношение мужчин и женщин в 2017 г. среди потребителей алкоголя составило 1 : 4, а среди потребителей наркотиков – 1 : 3, что свидетельствует об увеличении доли женщин среди больных наркологического профиля.

С 2015 по 2017 г. в Москве отмечается снижение общей заболеваемости алкоголизмом, включая алкогольные психозы (с 689,7 до 548,5 на 100 тыс. населения), а также первичной заболеваемости алкоголизмом (59,8 до 34,6 на 100 тыс. населения). Наиболее значительное снижение отмечается среди пациентов с пагубным употреблением алкоголя (с 75,3 до 33,2 на 100 тыс. населения).

Оценивая распространенность заболеваемости наркомании в Москве за эти годы, можно отметить снижение показателя общей (с 256,9 до 218,4 на 100 тыс. населения) и первичной заболеваемости наркоманией (с 16,4 до 9,6 на 100 тыс. населения). Анализируя распределение больных наркоманией по видам потребляемых веществ среди потребителей, отмечается стабилизация их соотношения.

Удельный вес потребителей инъекционных наркотиков среди больных наркоманией снизился с 2015 по 2017 г. (с 65,4 до 63,7 %), в то время как увеличивается число ВИЧ-инфицированных (с 13,6 до 15,4 %) и пациентов, позитивных по гепатиту С (с 52,4 до 60,2 %).

Оценивая деятельность наркологической службы в Москве, следует отметить стабилизацию показателей, характеризующих ремиссию пациентов, больных алкоголизмом и наркоманией от года до двух и более лет.

Показатель снятия с диспансерного наблюдения в связи с выздоровлением как больных алкоголизмом, так и наркоманией невысок. Необходимо активизировать деятельность наркологической службы по реабилитации больных наркологического профиля с целью увеличения эффективности данных показателей.

Для более полного охвата больных наркологической помощью необходимы соответствующие дополнения к существующим нормативным документам для возможности привлечения к лечению скрытого контингента потребителей наркотиков.

Уровень потребления натрия у пациентов с гипертрофической кардиомиопатией и его взаимосвязь с гемодинамикой

Крылова Н. С.[1, 2], Маслова М. Ю.[1], Ковалевская Е. А.[1], Потешкина Н. Г.[1, 2]
[1]*ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ», Москва*
[2]*ФДПО ГБОУ ВПО «РНИМУ им. Н. И. Пирогова МЗ РФ», Москва*

Введение. Роль избыточного потребления натрия в формировании артериальной гипертензии и повышении жесткости сосудистой стенки в популяции широко известна. Гипертрофическая кардиомиопатия (ГКМП) характеризуется уменьшением полости ЛЖ за счет резко выраженной асимметричной гипертрофии ЛЖ. При этом заболевании низкосолевая диета теоретически должна сопровождаться сокращением объемной нагрузки на камеры сердца, что может повлечь синдром малого выброса и усиление внутрижелудочковой обструкции.

Цель. Проверить гипотезу о неблагоприятном влиянии низкого потребления натрия на показатели внутрисердечной гемодинамики больных ГКМП.

Материалы и методы. Обследовано 17 пациентов с ГКМП (10 мужчин и 7 женщин) в возрасте от 18 до 80 лет (58,1 ± 17,1 год). У 7 (41 %) пациентов выявлена обструктивная форма заболевания. Диагноз ГКМП устанавливался на основании рекомендаций ESC от 2014 г. по данным ЭКГ, ЭхоКГ, МРТ сердца с гадолинием, генетического анализа. Уровень потребления натрия оценивался по суточному натрийурезу в биохимическом анализе мочи.

Результаты. Колебания суточной экскреции натрия в моче у пациентов с ГКМП составили от 36 до 294 ммоль/сут, в среднем 129 [63; 217] ммоль/сут. При этом у 9 (53 %) пациентов данный показатель оказался ниже референсных значений (130 ммоль/сут.), у 6 (35 %) пациентов был в норме, у двоих (12 %) превышал норму (260 ммоль/сут.). Корреляционный

анализ продемонстрировал взаимосвязь между суточным натрийурезом и наличием у пациента АГ (r = 0,6, p = 0,19), длительностью гипертонического анамнеза (r = 0,84, p = 0,08), максимальными показателями систолического (r = 0,6, p = 0,036) и диастолического АД (r = 0,67, p = 0,02) по данным СМАД, а также вариабельностью диастолического АД в дневное время (r = 0,55, p = 0,016). По данным ЭхоКГ, взаимосвязь была установлена только с индексированным объемом левого предсердия (ЛП) (r = 0,5, p = 0,036), который увеличивался по мере роста потребления натрия. Полученные результаты отражают общеизвестные закономерности, характерные для пациентов с АГ. Однако у пациентов с ГКМП была обнаружена отрицательная корреляция уровня натрийуреза с наличием синкопальных состояний (r = –0,52, p = 0,038), что может быть связано с уменьшением камер сердца на фоне низкосолевой диеты с низким ударным объемом. Данное предположение подтверждается фактом, что обмороки регистрировались исключительно у пациентов с самыми низкими показателями суточного натрийуреза.

Выводы. Сбалансированное потребление натрия имеет важное значение для больных ГКМП: его избыток приводит присоединению артериальной гипертензии, а недостаточное потребление сопряжено с развитием синкопальных состояний.

Ингаляционная терапия больных ларингитом

Крюков А. И.[1, 2], Романенко С. Г.[1], Павлихин О. Г.[1], Елисеев О. В.[1], Лесогорова Е. В.[1]
[1]*ГБУЗ «НИКИ оториноларингологии им. Л. И. Свержевского ДЗМ», Москва*
[2]*ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н. И. Пирогова МЗ РФ», Москва*

Введение. Основным преимуществом ингаляционной терапии является возможность достижения быстрого и эффективного лечебного действия с применением относительно небольшой дозы лекарственного препарата при значительном снижении отрицательного системного эффекта.

Цель. Оценить клиническую эффективность разработанных схем ингаляционной терапии больных хроническим и острым ларингитами.

Материалы и методы. В основу работы положены клинические наблюдения за 1230 пациентами с разными формами хронического ларингита (869 (70 %) – с хроническим катаральным ларингитом; 181 (15 %) – с хроническим отечно-полипозным ларингитом; 155 (13 %) – с хроническим гиперпластическим ларингитом; 24 (2 %) – с хроническим атрофическим ларингитом) и за 174 пациентами с острым ларингитом 134 (77 %) – с острым катаральным ларингитом; 26 (15 %) – с острым отечно-инфильтративным ларингитом; 14 (8 %) – с абсцедирующим ларингитом], проходивших лечение в НИКИО им. Л. И. Свержевского с 2016 по 2018 г. При остром отечно-инфильтративном и абсцедирующем ларингитах ингаляционную терапию применяли в качестве сопутствующей терапии, которая дополняла оперативное лечение и антибактериальную терапию. Длительность терапии составляла от 7 до 10 дней в зависимости от достижения клинического эффекта.

Ингаляционная процедура состояла из нескольких ингаляций, каждая длительностью 10 мин., с перерывами между ингаляциями 30 мин., 2 раза в день. Лекарственные препараты выбирали в зависимости от характера воспаления и от этиологии заболевания.

Первым этапом проводили ингаляционные процедуры в зависимости от характера воспалительного процесса:

1. При образовании корок, плотного фибринозного налета на слизистой гортани и гортаноглотки проводили ингаляции муколитиками, используя 4 мл амброксола или 2–4 мл 20 % р-ра ацетилцистеина 3–4 раза в день в разбавлении физиологическим раствором 1 : 1.
2. При отеке слизистой оболочки голосовых складок или выраженной инфильтрации слизистой оболочки гортани применяли ингаляции с кортикостероидами 2 раза в день.
3. С целью увлажнения слизистой оболочки гортани проводили ингаляции с 5 мл физиологического раствора или с 5 мл слабощелочной минеральной воды 4–6 раз в день. После этих ингаляций через 10 мин. проводили ингаляции с препаратами, зависящими от этиологии ларингита.
4. При бактериальном ларингите использовали тиамфеникол глицинат ацетилцистеинат ½ флакона или гидроксиметилхиноксалиндиоксид 0,5 % – 2 2 раза в день.
5. При выявлении грибковой природы заболевания применяли противогрибковые препараты или ингаляции с препаратом Бензилдиметил [3-(миристоиламино) пропил] аммоний хлорид моногидрат 0,01 % – 2.

Эффективность противовоспалительной терапии оценивали по динамике микроларингоскопической и видеоларингостробоскопической картины.

Результаты. У всех больных острым ларингитом достигнуто клиническое выздоровление, при хроническом – улучшение.

Выводы. 1. Применение ингаляционной терапии в комплексном лечении больных острыми и хроническими ларингитами является высокоэффективным методом лечения. 2. При планировании ингаляционной терапии следует придерживаться принципа последовательного использования в течение суток медицинских препаратов с различной фармакологической активностью и направленностью и подбора индивидуальных схем лечения в зависимости от выраженности, стадии и характера воспаления.

Высокообъемная ирригация при воспалении околоносовых пазух

Крюков А. И.[1, 2], Царапкин Г. Ю.[1], Поляева М. Ю.[1], Алексанян Т. А.[1], Кишиневский А. Е.[1]
[1]*ГБУЗ «НИКИО им. Л. И. Свержевского ДЗМ», Москва*
[2]*ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н. И. Пирогова МЗ РФ», Москва*

Введение. Топические препараты для интраназального введения составляют первую линию терапии больных острым и хроническим воспалением околоносовых пазух (ОНП). Общепринятым считается назначение ирригаций солевыми растворами и применение топических глюкокортикостероидных препаратов. Полость носа и ОНП являются также областью интереса для доставки препаратов системного действия, минуя пищеварительную систему. К настоящему моменту разработано большое количество различных устройств для ирригации полости носа, однако отсутствует консенсус касательно показаний для использования каждого из них. Также существуют значительные вариации состава предложенных растворов для ирригации полости носа и ОНП. Учитывая тот факт, что при использовании назальных спреев препарат практически не достигает слизистой оболочки ОНП, продолжается поиск наиболее эффективных методов доставки лекарственных веществ при остром и хроническом синусите как в неоперированные пазухи, так и после функциональной эндоскопической хирургии.

Цель. Изучить доступные для широкого использования методы высокообъемной ирригации полости носа и определить основные показания для использования различных методов ирригации при воспалительных заболеваниях ОНП.

Материалы и методы. Были изучены современные публикации в отечественной и зарубежной литературе по ключевым темам «ирригация полости носа и ОНП» и «лечение синуситов». Определяли наиболее распространенные методики высокообъемной ирригации полости носа и ОНП, их характеристики, преимущества и недостатки. Отдельно рассматривали типы растворов, используемых для ирригации.

Результаты. К высокообъемной ирригации ОНП, как правило, относят методы, при которых в полость носа попадает более 50 мл раствора. Такие методы позволяют обеспечить лучшее покрытие слизистой оболочки полости носа и ОНП, чем при низкообъемной ирригации. Разработано более 26 различных устройств для самостоятельной ирригации полости носа пациентами. Используются как методы с высоким (сжимаемые бутылочки, спринцовки и др.) так и низким (горшочки, шприц и др.) давлением. Также существуют электрические устройства, одновременно подающие и удаляющие введенный раствор. Все эти методы могут использоваться для дополнительной симптоматической терапии при острых и хронических синуситах и показывают себя достаточно эффективными при хорошем профиле безопасности. Использование средств с высоким давлением может быть связано с большим количеством побочных эффектов, таких как дисфункция слуховой трубы и ее травматизация. Вместе с тем накопленные данные клинических исследований не позволяют сделать вывод о преимуществе того или иного метода и режима ирригации с позиции клинической эффективности. Также все они не позволяют доставить значительное количество ирригационного раствора в ОНП (в них попадает менее 3 % ирриганта). Отдельно следует рассматривать методы ирригации, проводимые медицинским персоналом (метод перемещения жидкости по Проетцу, ирригация назальным катетером «ЯМИК», ирригация с использованием специальных катетеров для ОНП и др.). Некоторые из этих методов позволяют вводить значительное количество препарата в ОНП. Щелочные значения pH и высокое содержание ионов кальция оптимизируют подвижность ресничек эпителия в исследованиях in vitro. Ионы бикарбонатов снижают вязкость секрета. Ионы калия и магния в растворе улучшают заживление слизистой оболочки и снижают выраженность местных воспалительных реакций. Гипертонические солевые растворы улучшают мукоцилиарный клиренс in vitro и симптом заложенности носа, однако не все пациенты хорошо переносят их использование.

Выводы. Высокообъемная ирригация является эффективным и безопасным методом лечения больных острыми и хроническими синуситами. Разработано большое количество методов ирригации и растворов для введения, однако требуется больше сравнительных исследований для определения наиболее эффективных клинических протоколов. Соотношение ионов в ирригационном растворе, а также его pH влияют на мукоцилиарный клиренс и трофику реснитчатого эпителия. Наиболее безопасной можно считать ирригацию с низким давлением раствором неразбавленной стерильной морской воды.

Консервативное лечение больных хроническим тонзиллитом с использованием современной ирригационной терапии

Крюков А. И.[1, 2], Царапкин Г. Ю.[1], Товмасян А. С.[1], Панасов С. А.[1]
[1]*ГБУЗ «НИКИО им. Л. И. Свержевского ДЗМ», Москва*
[2] *ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н. И. Пирогова МЗ РФ», Москва*

Введение. Консервативное лечение больных хроническим тонзиллитом (ХТ), как правило, рекомендуется при неосложненном течении заболевания [простая форма или токсико-аллергическая форма (ТАФ) I степени]. Применяемые в этих случаях процедуры (аспирация содержимого лакун небных миндалин и их промывание, полоскания и орошения ротоглотки антисептическими и антимикробными растворами) могут оказывать положительное влияние на выраженность местных признаков ХТ. Однако улучшение может носить временный характер, и отсутствие эффекта от ирригационной терапии может быть показанием для выполнения оперативного лечения.

Цель. Оценить эффективность различных методов ирригационной терапии у пациентов с ХТ.

Материалы и методы. Нами обследовано и пролечено 78 пациентов (51 женщин и 27 мужчин в возрасте от 19 до 43 лет) с ХТ простой формы и ТАФ I степени. Все пациенты наблюдались и проходили курсы консервативного лечения (ирригационная терапия) в КДО НИКИО в период с января 2018 по апрель 2019 г. Всех пациентов мы разделили на 3 группы. В 1-ю группу (n = 26) были включены пациенты, которым была назначена ирригационная терапия ротоглотки посредством полоскания глотки раствором антисептика (бензилдиметил-миристоиламино-пропиламмония хлорида моногидрат) 3 раза в день после еды на протяжении 10 дней. Во 2-ю группу (n = 26) вошли пациенты, которым проводили промывание лакун небных миндалин раствором аналогичного антисептика с помощью специального шприца с насадками (по Белоголовову Н. В. и Ермолаеву В. Г.). 3-я группа (n = 26) включала пациентов, которым проводили вакуумное аппаратное промывание лакун небных миндалин на ЛОР-комбайне фирмы Otopront (Happersberger Otopront GmbH) раствором аналогичного антисептика. Ирригацию осуществляли под контролем зрения с использованием налобного осветителя. Один курс лечения составлял 10 процедур, которые проводили через день. Во всех группах проведено три курса ирригационной терапии, с интервалами между курсами в 6 мес. Эффективность ирригационной терапии оценивали по следующим критериям: регресс жалоб на дискомфорт и боль в горле, уменьшение образования казеозных масс в лакунах небных миндалин и частоту ангин, исчезновение или регресс местных и общих признаков ХТ.

Результаты. У пациентов 1-й, 2-й и 3-й групп отмечен регресс жалоб в 80,7, 92,3 и 96,2 % случаев соответственно; снижение до минимума образования казеозных масс в лакунах миндалин наблюдалось в 19,2, 42,3 и 76,9 % случаев, соответственно. Частота развития ангин у больных 1-й группы не изменилась, у больных 2-й группы уменьшилась до 1–2 раз в год (3–4 – до проведения курса ирригации), у пациентов 3-й группы ангин не было. Разрешение клинической картины ХТ и регионарного лимфаденита было более выражено у пациентов 3-й группы по сравнению с пациентами 1-й и 2-й групп (в 84,6, 34,6 и 11,5 % случаев, соответственно). У 12 (46,1 %) пациентов 1-й группы, у 6 (23,1 %) пациентов 2-й группы и у 1 (3,8 %) пациента 3-й группы после проведения всех курсов ирригационной терапии сохранялись жалобы и клинические проявления ХТ, что явилось поводом для проведения тонзиллэктомии в плановом порядке у больных 2-й и 3-й групп, и показанием для проведения курса аппаратного промывания лакун небных миндалин и дальнейшего решения вопроса о необходимости оперативного лечения у больных 1-й группы.

Выводы. Вакуумная аппаратная ирригационная терапия у пациентов с ХТ является наиболее эффективной методикой по сравнению с полосканием ротоглотки растворами антисептиков и промыванием лакун небных миндалин с применением шприца, снижая клинические проявления заболевания в 7,4 и 2,4 раза, соответственно, а показания к оперативному лечению – в 6 раз.

Ультраструктурные изменения телоцитов маточных труб при воспалении

Кузнецов Р. Э.[1], Скрипченко Д. В.[2], Паклина О. В.[1, 3], Чекмарева И. А.[3]
[1]*ГБУЗ «ГКБ им. С. П. Боткина ДЗМ», Москва*
[2]*ФГБОУ ДПО «РМАНПО МЗ РФ», Москва*
[3]*ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А. В. Вишневского МЗ РФ», Москва*

Воспалительные заболевания органов малого таза занимают лидирующую позицию в структуре гинекологической заболеваемости. Высокая распространенность воспалительных заболеваний придатков матки среди молодых женщин приводит к утрате репродуктивной функции, что особенно актуально при сегодняшней демографической ситуации в РФ, когда наблюдается спад рождаемости.

С недавним прогрессом в электронной микроскопии был идентифицирован новый тип клеток – телоциты. Это особый тип стромальных клеток, представленных в полостных и паренхиматозных органах, в том числе миометрии и маточных трубах, с характерными отростками (телоподиями) длиной до 1000 мкм. В маточных трубах телоциты располагаются в мышечном слое и собственной пластинке, формируя трехмерную сеть между гладкомышечными, нервными клетками и кровеносными сосудами. Установлено, что телоциты имеют рецепторы, чувствительные к эстрогену и прогестерону, а тесный контакт гладкомышечных клеток и телоцитов предполагает регуляцию телоцитами сократительной активности маточных труб. Обнаружена связь телоцитов с активированными клетками иммунной системы, как в нормальной, так и в патологически измененной ткани, что свидетельствует об участии телоцитов в местной иммунорегуляции при воспалении. По данным ряда авторов, ультраструктурные повреждения и уменьшение числа телоцитов и их отростков в ткани маточных труб, мио- и эндометрия могут служить одной из причин развития иммуноопосредованного бесплодия.

Было проведено изучение ультраструктурных изменений в телоцитах маточных труб при остром и хроническом воспалении у пациенток, находившихся на стационарном лечении в ГКБ им. С. П. Боткина в 2018–2019 гг. При электронномикроскопическом исследовании маточных труб, подверженных воспалению, выявляется повреждение миоцитов мышечной стенки маточных труб, выраженный цитоплазматический отек, расположение сократительных филаментов в виде разрозненных, рыхлых пучков, повреждения эндоплазматического ретикулума, митохондрий. Также отмечены деструктивные изменения в телоцитах маточных труб при воспалении, однако деструктивные повреждения более выражены в маточных трубах с хроническим воспалительным процессом, в том числе и вне обострения, чем в пиосальпинксе. На фоне воспаления в тканях фаллопиевых труб телоциты утратили интерстициальную трехмерную структуру и контакты с соседними клетками.

Интерактивные образовательные модули: неотъемлемая составляющая системы непрерывного медицинского образования по специальности «Мануальная терапия» в РФ

Кузьминов К. О., Бахтадзе М. А., Болотов Д. А.
ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н. И. Пирогова МЗ РФ», Москва

Актуальность подготовки высококвалифицированных специалистов здравоохранения, совершенствования системы ДПО медицинских и фармацевтических работников, интеграции инновационных образовательных технологий для обеспечения качества и доступности медицинской помощи населению вне зависимости от места ее оказания не вызывает сомнений. В частности по специальности «Мануальная терапия».

С этой целью решаются задачи:

1. Расширения спектра образовательных мероприятий, в том числе посредством дистанционных образовательных траекторий (ДОТ) и электронного обучения (ЭО), симуляционного обучения, стажировок мануальных терапевтов.
2. Организации социальных мероприятий, способствующих мотивации мануальных терапевтов к систематическому обучению.
3. Внедрения системы независимой оценки уровня квалификации.

С 2019 г. по наиболее актуальным темам специальности «Мануальная терапия» (МТ) осуществляется разработка интерактивных образовательных модулей (ИОМ). В рамках исполнения Приказа № 343 рук. от 25.04.2019 курс мануальной терапии РНИМУ им. Н. И. Пирогова осуществляет разработку ИОМ для системы непрерывного медицинского образования (НМО) в количестве 7 тем. Темы ИОМ определены по итогам проведенных работ по формированию информационных образовательных траекторий (ИОТ) и в результате согласования актуальных тематик по специальностям с учетом потребностей Портала edu.rosminzdrav.ru. Центр развития непрерывного и фармацевтического образования на базе РНИМУ им. Н. И. Пирогова поддерживает работу портала, обеспечивает его наполняемость учебными материалами, в том числе ИОМ по МТ.

Виды ИОМ: 1) электронный образовательный курс (ЭОК); 2) интерактивная ситуационная задача (ИСЗ); 3) интерактивная симуляционная игра (ИСИ); 4) учебный фильм; 5) аудиолекция, видеолекция; 6) компьютерный симулятор/тренажер; 7) видеозапись образовательного мероприятия.

Материалы ИОМ предназначены для практикующих мануальных терапевтов и призваны помочь в повышении их квалификации. ИОМ содержат важную информацию по актуальным вопросам и востребованным тематикам МТ. Использование интерактивной учебной презентации позволяет успешно осваивать темы и решать вопросы контрольно-измерительных материалов.

Эпилептиформная активность на ЭЭГ вследствие снижения функциональной активности отдельных областей мозга

Кузьмич Г. В.
ГБУЗ «НПЦПЗД им. Г. Е. Сухаревой ДЗМ», Москва

Эпилептиформная активность, регистрируемая на ЭЭГ, традиционно считается одним из основных диагностических критериев эпилепсии. За последние десятилетия сформировался дифференцированный подход к значению и прогнозу различных эпилептиформных изменений. Так, эпилептиформная активность по типу доброкачественных эпилептиформных паттернов (или разрядов) детства (ДЭПД или ДЭРД) рассматривается отдельно за счет ряда доброкачественных характеристик: низкий риск возникновения эпилепсии, хороший прогноз по лечению и исходу при наличии эпилепсии. Подобные знания позволяют расширять реабилитационный потенциал у пациентов с различными патологическими состояниями, сочетающимися с ДЭПД: у детей с органическим поражением головного мозга, при наличии церебральных параличей (синдром фокальной эпилепсии детского возраста со структурными изменениями в мозге и доброкачественными эпилептиформными паттернами на ЭЭГ – ФЭДСИМ-ДЭПД), а также при различных нарушениях развития.

Часто эпилептиформная активность выявляется как случайная находка у детей, нуждающихся в реабилитации, при отсутствии эпилепсии, что ставит новые вопросы перед врачами.

Под наблюдением находятся трое пациентов в возрасте то 8 до 14 лет с врожденной слепотой вследствие ретинопатии недоношенных 5-й степени. У всех пациентов при проведении длительных видео-ЭЭГ-мониторингов регистрировалась региональная эпилептиформная активность в одной или обеих затылочных областях независимо, по морфологии напоминающая ДЭПД. При данных ЭЭГ в динамике устойчивая локализация эпилептиформной активности в затылочных областях, отсутствие миграции в другие отделы или появления новых фокусов, что могло бы быть характерно для наследственно обусловленной эпилептиформной активности по типу ДЭПД. У всех пациентов отсутствовала эпилепсия.

Выводы. Региональная эпилептиформная активность в затылочных областях может носить функциональный (точнее – дисфункциональный) характер, вероятнее всего связанный с нарушением зрения. Описанная гипотеза требует научного подтверждения, особенно в ракурсе рассмотрения аналогичных ситуаций субклинической эпилептиформной активности, отличающейся от ДЭПД, при других длительных сенсорных депривациях: у пациентов с ДЦП, а также у детей с сочетанием расстройств аутистического спектра и нарушений интеллекта.

Совершенствование нормативно-правовой базы в сфере оказания медицинской помощи по челюстно-лицевой хирургии

Кулаков А. А., Брайловская Т. В.
ФГБУ «ЦНИИС и ЧЛХ» МЗ РФ, Москва

В настоящее время в России активно идет процесс реформирования законодательства в здравоохранении и оказании медицинской помощи населению. Программа реформирования предполагает подготовку комплекса нормативных актов, которые будут призваны существенно изменить порядок оказания медицинской помощи населению.

Так, существующее отставание правового регулирования в отношении оказания медицинской помощи, касающейся оперативных вмешательств в челюстно-лицевой области, может быть преодолено с утверждением Профессионального стандарта врача челюстно-лицевого хирурга. В Профессиональном стандарте врача челюстно-лицевого хирурга будут отражены требования к квалификации врача челюстно-лицевого хирурга, знания и трудовые действия в соответствии с номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Минздрава России от 13.10.2017 №804н, и Порядком оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия».

Разработка и принятие новых нормативно-правовых актов создает необходимую законодательную базу для модернизации системы здравоохранения, повышения качества и доступности медицинской помощи населению РФ.

Комбинированный способ лечения хронического аденоидита у детей школьного возраста

Купельская Н. Л.[1, 2], Ивойлов А. Ю.[1, 3], Архангельская И. И.[1, 3], Яновский В. В.[1, 3], Мачулин А. И.[1, 3]
[1]*ГБУЗ «НИКИО им. Л. И. Свержевского ДЗМ», Москва*
[2]*ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н. И. Пирогова» МЗ РФ, Москва*
[3]*ГБУЗ «ДГКБ № 9 им. Г. Н. Сперанского ДЗМ», Москва*

Введение. Хронический аденоидит – одно из распространенных заболеваний у детей, продолжается поиск эффективных методик его лечения.

Цель. Повышение эффективности лечения детей с обострениями хронического аденоидита.

Материалы и методы. В научно-исследовательском отделе оториноларингологических заболеваний детского возраста НИКИО им. Л. И. Свержевского на базе оториноларингологического отделения ДГКБ № 9 им. Г. Н. Сперанского обследовано и пролечено 300 детей в возрасте 7–15 лет с диагнозом «аденоиды, обострение хронического аденоидита». Алгоритм обследования: сбор жалоб и анамнеза заболевания ребенка, оториноларингологический осмотр, эндоскопия полости носа и носоглотки, бактериологическое исследование отделяемого с поверхности глоточной миндалины. Лечение проводили с помощью разработанного нами комбинированного метода (патент на изобретение РФ №2307686): под контролем жесткого эндоскопа 2,7 мм 0° проводили орошение глоточной миндалины 0,01 % раствором мирамистина, разведенным дистиллированной водой в соотношении 1 : 2, в объеме 10 мл смеси, одномоментно отсасывая промывную жидкость; затем в полость носоглотки через общий носовой ход вводили световод терапевтического лазера (экспозиция по 1 мин. с каждой стороны, мощность 10–15 мВт) ежедневно однократно в течение 7 дней.

Результаты. Результаты бактериологического исследования отделяемого с поверхности глоточной миндалины: *St. aureus* – у 146 (48,6 %) пациентов, *Str.pneumoniae* – у 92 (30,7 %), *Str.viridans* – у 24 (7,9 %), *Str.salvarius* – у 14 (4,7 %) детей. Остальные виды бактерий не превышали 4,8 % (14). У 10 (3,3 %) детей роста микрофлоры не выявлено.

В зависимости от способа лечения были сформированы 2 группы. Основная группа (150 детей): лечение проводили вышеописанным способом; контрольная группа (150 детей): лечение проводили по общепринятой схеме. Положительный клинический эффект получен в обеих группах: в основной – у 136 (90,7 %), в контрольной – у 98 (65,3 %) детей. После лечения в основной группе у 106 (70,7 %) детей наступила эрадикация бактериальных возбудителей, у 30 (20 %) высеяна микрофлора, аналогичная таковой до лечения, но со снижением степени обсемененности до условно-патогенных значений, у 14 (9,3 %) терапия оказалась не эффективна. В контрольной группе бактериологическая санация наступила у 76 (50,7 %) детей, идентифицирована микрофлора в условно-патогенной степени обсемененности у 22 (14,6 %) детей, высеяны патогенные микроорганизмы в той же степени обсемененности, что и до лечения у 52 (34,7 %) детей. 14 (9,3 %) детям основной группы и 52 (34,7 %) детям контрольной – проведена аденотомия.

Вывод. Разработанный нами комбинированный способ лечения детей с обострениями хронического аденоидита эффективен, позволяет получить стойкий клинический и микробиологический эффект, предотвратить развитие обострений данного заболевания, избежать оперативного вмешательства.

Лечение поздних осложнений после аорто-подвздошно-бедренных реконструкций

Куранов П. И., Шагинян А. Р., Зимин В. В., Шубин А. А.
ГБУЗ «ГКБ им. С. П. Боткина ДЗМ», Москва

Введение. Реконструктивные операции при атеросклеротическом поражении аорты и подвздошных артерий в настоящее время широко распространены, имеют хорошие отдаленные результаты. Вместе с тем даже использование современных протезов и качественного шовного материала не исключает риска развития поздних осложнений.

Цель. Проанализировать эффективность открытых, эндоваскулярных и гибридных вмешательств при поражении аорто-подвздошно-бедренного сегмента.

Материалы и методы. За последние 10 лет в отделении сосудистой хирургии ГКБ им. С. П. Боткина выполнено 648 оперативных вмешательств пациентам с поражением аорто-подвздошно-бедренного сегмента. 240 из них оперированы до внедрения в практику гибридных операций, при этом доля открытых вмешательств составила 60 %, эндоваскулярных – 40.

Результаты. За последние 5 лет количество операций у этой категории больных увеличилось (408 наблюдений). В то же время отмечена тенденция к снижению стандартных и эндоваскулярных вмешательств (35,3 % и 30,8 % соответственно) при увеличении (33,8 %) гибридных. Это связано с внедрением в практику технологий, позволяющих сочетать достоинства каждого метода.

В отдаленном периоде оперировано 48 (11,3 %) пациентов с поздними осложнениями после стандартных (14,6 %) и гибридных (4,3 %) вмешательств. 21 (43,8 %) из них поступили в отделение с тромбозом бранш протеза, при этом 8 – с клиникой критической ишемии. У 13 (27,1 %) пациентов снижение дистанции безболевой ходьбы было обусловлено стенозом дистального анастомоза, а у 6 (12,5 %) больных после гибридных реконструкций связано с рестенозом стента в подвздошной позиции в сочетании со стенозом дистального анастомоза (3 наблюдения). 8 (16,7 %) пациентов в отдаленные сроки имели ложную аневризму дистального анастомоза. Только 12 (25 %) больных регулярно наблюдались амбулаторно и поступили в отделение в плановом порядке. Большая часть пациентов с тромбозом бранш и аневризмой дистального анастомоза обратились после купирования острой ишемии и усиления болевого симптома в паховой области, где в течение нескольких месяцев наблюдалась увеличивающаяся «припухлость». Все больные оперированы. У пациентов с тромбозами бранш и аневризмой дистального анастомоза удалось выполнить тромбэктомию с реконструкцией дистального анастомоза. Причиной ложных аневризм во всех случаях явилось нарушение целостности анастомозов от 1/3 до 3/4 их полуокружностей. Больным выполнена резекция аневризм с протезированием. В половине случаев потребовалось раздельное протезирование бедренных артерий. В половине случаев после гибридных вмешательств эндоваскулярно корригирован проксимальный стеноз, у остальных пациентов одновременно также выполнено дистальное репротезирование.

За время лечения летальности и ампутаций у этой категории больных не было. Конечности сохранены у всех больных. Трехлетняя проходимость шунтов после операций составила 98 %.

Вывод. Повторные, зачастую неоднократные реконструктивные вмешательства позволяют добиться сохранения конечностей в отдаленном периоде у подавляющего большинства пациентов с поражением аорто-подвздошно-бедренного сегмента.

Современные нелекарственные технологии медицинской реабилитации детей с заболеваниями сердечно-сосудистой системы

Куянцева Л. В.[1], Хан М. А.[1], Калинина О. И.[2]
[1]*ГАУЗ «МНПЦ медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗМ», Москва*
[2] *ФГБУ «ДГКБ им. Н. Ф. Филатова ДЗМ», Москва*

Проблема кардиореабилитации в педиатрии является одной из актуальных, учитывая, что смертность от врожденных аномалий сердца, сосудов и других болезней сердечно-сосудистой системы (ССС) у детей в несколько раз превышает смертность от других видов патологических состояний.

Особенности программы кардиореабилитации, сроки ее проведения зависят от ряда причин: характера патологических изменений и исходной тяжести состояния пациента, вида коррекции, наличия осложнений, индивидуальных особенностей пациента, степени его детренированности.

Чрезвычайно актуальными являются вопросы медицинской реабилитации детей с врожденными пороками сердца (ВПС) после кардиохирургических операций. Частота ВПС у детей не имеет тенденции к снижению и составляет в среднем 8 случаев на 1000 родившихся живыми.

Первый этап медицинской реабилитации детей с заболеваниями ССС проводится в отделениях реанимации и интенсивной терапии, кардиологических отделениях стационаров. Ранние реабилитационные мероприятия у детей, оперированных по поводу ВПС, включают технологии физической реабилитации (лечебную физкультуру, массаж) и физиотерапию. Современные технологии физиотерапии включают поляризованный свет, низкоэнергетическое лазерное излучение инфракрасного и красного диапазонов, ингаляционную терапию (гормональные препараты, антибактериальные, муколитики), токи надтональной частоты, ультрафиолетовое облучение.

Цель санаторного этапа кардиореабилитации – обеспечить поддержку ССС ребенка в условиях максимально возможного расширения уровня нагрузок, помочь ребенку, перенесшему заболевание сердца или все еще страдающему сердечным заболеванием, вернуться к здоровому образу жизни. Основу санаторного этапа медицинской реабилитации детей с заболеваниями ССС составляют современные немедикаментозные технологии медицинской реабилитации: аппаратная физиотерапия (электролечение, трансцеребральные воздействия, светолечение, галотерапия, аромотерапия, биоуправляемая аэроионотерапия), бальнеотерапия (сухие углекислые ванны, йодобромные, углекислые, кислородные ванны), лечебная физкультура, дозированная ходьба, массаж, технологии релаксации и эмоциональной поддержки пациентов и их родителей.

Применение комплексной системы реабилитации позволит не только снизить детскую смертность от заболеваний ССС и повысить качество жизни пациентов, но и в целом существенно повлиять на профилактику заболеваемости в трудоспособных возрастах.

Этические проблемы в работе детской медсестры

Лекова Е. С.
ГБУЗ «НПЦПЗД им. Г. Е. Сухаревой ДЗМ», Москва.

Во второй половине XX века отношение к больному от патерналистского все более смещалось к партнерскому. Эти изменения повлекли за собой как преимущества, так и проблемы. Для медицинских сестер немалая доля этих проблем оказалась этического характера.

Так, нередко медицинская сестра нарушает этические нормы, панибратски, снисходительно разговаривая с пациентом. Гораздо более редкие нарушения включают разглашение врачебной тайны, отказ в медицинской помощи, отказ в уходе за пациентом и абсолютное равнодушие – недопустимые действия не только в нашем центре, но и в медицине в целом.

Теплые доверительные отношения с пациентом и его семьей при соблюдении профессиональной дистанции способствуют улучшению его состояния, комплаентности к терапии. Особенно это важно в педиатрии, где маленькие пациенты нуждаются в тепле и поддержке в нелегкие дни болезни.

Другие этические проблемы возникают во взаимоотношениях с коллегами: это и проблемы субординации с врачами и администрацией, проблемы взаимоотношений с представителями смежных специальностей – медицинскими психологами, логопедами, дефектологами и другими. Уважительное, доброжелательное отношение к коллегам позволяет выстроить значительно более эффективный командный подход к работе, улучшает атмосферу на рабочем месте и является профилактикой эмоционального выгорания. Формирование подобного отношения к больным и коллегам облегчает этический кодекс. Для обучения этическим нормам психологи центра проводят занятия для среднего и младшего медицинского персонала. Эти занятия улучшают атмосферу в коллективе, сплачивают его и делают более эффективной нашу работу, повышая качество помощи пациентам.

Особенности микробного пейзажа у пациентов с рецидивирующими карбункулами на фоне сахарного диабета

Липатов К. В.[1], Хрупкин В. И.[1], Черкасов Ю. Е.[1], Дехисси Е. И.[1], Кустов А. Е.[2]
[1]*ФГБУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» МЗ РФ, Москва*
[2]*ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн № 2 ДЗМ», Москва*

Карбункулы у пациентов, страдающих сахарным диабетом, встречаются наиболее часто, отличаясь наиболее тяжелым течением. Нередко заболевание приобретает рецидивирующий характер, определяя показания к повторным оперативным вмешательствам. Наиболее частым возбудителем карбункула является золотистый стафилококк, некоторые штаммы которого характеризуются полиантибиотикоустойчивостью, в том числе к метициллину (MRSA). Этот факт определяет значимость микробиологического анализа с определением чувствительности выделенной микрофлоры к антибактериальным препаратам.

Мы проанализировали характер патогенной микрофлоры, выделенной из очагов инфекции, у пациентов с карбункулами на фоне сахарного диабета. У 153 (92,6 %) пациентов был выделен золотистый стафилококк. В общей популяции микроорганизма встречались и MRSA. Однако частота их выделения имела четкую взаимосвязь с характером заболевания. Если при первично возникших карбункулах MRSA были высеяны у 13,2 % пациентов, то при рецидивирующем характере заболевания эти штаммы выделялись значительно чаще – в 23,4 % случаев. Анамнестические данные свидетельствовали о том, что все пациенты с рецидивирующими карбункулами ранее получали антибактериальные препараты преимущественно из групп пенициллинов, цефалоспоринов, макролидов, линкозамидов. Все выделенные MRSA штаммы характеризовались хорошей чувствительностью к ванкомицину и линезолиду. Ванкомицин-резистентные золотистые стафилококки (VRSA) не были обнаружены ни в одном случае. При анализе клинической ситуации достоверной разницы в течении патологического процесса в зависимости от разновидности возбудителя выявлено не было. Тяжесть течения заболевания определялась распространенностью гнойно-некротического процесса, что коррелировало со сроками обращения пациентов за медицинской помощью. Основополагающим методом лечения пациентов с карбункулами явилось неотложное оперативное вмешательство в объеме хирургической обработки гнойно-некротического очага, которая нередко дополнялась этапными некрэктомиями. Важнейшее значение имела антибактериальная терапия с учетом чувствительности микробной флоры. Поскольку при рецидивирующих карбункулах значительно выше вероятность инфекции, вызванной MRSA, то и в лечении этих пациентов должны использоваться антибактериальные препараты, активные в отношении данной разновидности возбудителя. Следующей особенностью микробного пейзажа у пациентов с карбункулами стал факт его изменения в процессе комплексного хирургического лечения. Уже к 4–5 суткам после первичного оперативного вмешательства у 27,4 % с первичными и у 38,3 % пациентов с рецидивирующими карбункулами наблюдались изменения микробного пейзажа в постнекрэктомических ранах. Чаще всего речь шла об их контаминации грамотрицательной антибиотикоустойчивой госпитальной микрофлорой: *Escherichia coli, Proteus spp., Klebsiella spp., Acinetobacter spp.* Золотистый стафилококк при этом либо сохранялся в ассоциации, либо полностью исчезал. Подобные изменения, как правило, сопровождались отрицательной динамикой в течении раневого процесса: прогрессировало воспаление, формировались участки вторичных некрозов. Все это определяло необходимость проведения этапной некрэктомии и включения в комплекс лечения антибактериальных препаратов, активных в отношении грамотрицательных микроорганизмов.

Таким образом, пациенты с карбункулами на фоне сахарного диабета, особенно при рецидивирующем течении заболевания, представляют собой группу высокого риска по полиантибиотикоустойчивой микрофлоре, что необходимо учитывать при проведении антибактериальной химиотерапии.

Долгосрочные результаты использования синтетических сетчатых материалов в лечении недержания мочи и пролапса тазовых органов у женщин

Лоран О. Б.[1,2], Серегин А. В.[1,2], Довлатов З. А.[1]
[1]*ФГБОУ ДПО «РМАНПО» МЗ РФ, Москва*
[2]*ГБУЗ «ГКБ им. С. П. Боткина ДЗМ», Москва*

Введение. Недостаточное изучение долгосрочных результатов применения синтетических сетчатых материалов при недержании мочи (НМ) и пролапсе тазовых органов (ПТО) у женщин обусловливает актуальность настоящего исследования.

Цель. Изучить эффективность использования синтетических сетчатых материалов у женщин при НМ и ПТО.

Материалы и методы. У 698 женщин с НМ применены 4 варианта слинговых операций: позадилонная техника TVT; трансобтураторная техника TVT-O («изнутри-кнаружи»); трансобтураторная техника TOT («снаружи-внутрь»); мини-слинговая система. Сроки послеоперационного наблюдения при НМ составили 6–139 мес. (медиана – 79 мес.). У 376 женщин с ПТО выполнены операции с использованием систем «Prolift» и «Prolift+M». Сроки послеоперационного наблюдения при ПТО составили 6–146 мес. (медиана – 72 мес.). Оценку результатов лечения проводили по долгосрочному (более 5 лет) периоду послеоперационного наблюдения Успех лечения определяли по следующим объективным критериям: при НМ – по отсутствию непроизвольных потерь мочи при кашлевой пробе и 1-часовом Pad-тесте; при ПТО – по отсутствию пролапса при оценке по системе POP-Q.

Результаты. Долгосрочный успех лечения при НМ во всей выборке составил 86,2 % (467/642). Достоверных различий между вариантами слинговых операций по показателям эффективности лечения не выявлено. Из прогностических факторов только опыт хирурга оказывает достоверное влияние на повышение риска рецидива НМ после операции [отношение шансов (ОШ) – 2,53 с 95 % доверительным интервалом (ДИ) 2,27–2,84]. Долгосрочный успех лечения при ПТО во всей выборке составил 93,8 % (303/323). По данному показателю между системами для коррекции ПТО статистически значимых различий не найдено. Хирургический опыт [ОШ – 1,92 с 95 % ДИ 1,67–2,19) и стадия ПТО (ОШ – 2,56 с 95 % ДИ 2,34–2,86] признаны независимыми факторами риска рецидива заболевания.

Выводы. 1. Использование современных синтетических материалов при НМ и ПТО у женщин позволяет добиться высоких показателей эффективности и безопасности лечения в долгосрочной перспективе. 2. Хирургический опыт является ключевым фактором, влияющим на результаты данных малоинвазивных технологий.

Дебют анкилозирующего спондилита у женщины пожилого возраста

Лошкарева И. А., Лыткина К. А., Уянаева М. А., Мелконян Г. Г.
ГБУЗ «ГКБ № 4 ДЗМ», Москва

Анкилозирующий спондилит – хроническое воспалительное заболевание из группы спондилоартритов, характеризующееся обязательным поражением крестцово-подвздошных суставов и/или позвоночника с потенциальным исходом их в анкилоз, с частым вовлечением в патологический процесс энтезисов и периферических суставов.

Пик заболеваемости приходится на возраст 25–35 лет. В возрасте старше 50 лет заболевает не более 5–7 % больных. Мужчины болеют в 3–6 раз чаще, чем женщины (в последние годы это соотношение приближается к 2 : 1, а при ранних формах – к 1 : 1). Приводим клиническое наблюдение пациентки анкилозирующим спондилитом.

Больная С., 64 лет, поступила с жалобами на боли в поясничном отделе позвоночника, усиливающиеся по ночам, в правом плечевом суставе, коленных суставах, снижение веса на 9 кг.

Боли в поясничной области беспокоят с 54 лет. В возрасте 62 лет отмечала боли в левой нижней конечности, проходящие самостоятельно. С октября 2018 г. боли в коленных суставах. У сына – анкилозирующий спондилит, HLA-B27 ассоциированный.

При поступлении состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые. Воспалительные изменения в правом плечевом, правом голеностопном суставе. Болезненность при движении в коленных суставах. Усилен грудной кифоз, сглажен поясничный лордоз позвоночника. Пальпация паравертебральных точек болезненная в пояснично-крестцовом отделе. Симптомы Томайера 0 см, Шобера 2,5 см, подбородок-грудина 0 см, экскурсия грудной клетки 6 см. Боковые наклоны: 16 см слева, 14 см справа. Расстояние козелок-стена – 13 см. Расстояние между лодыжками – 80 см.

В анализе крови СОЭ – 34 мм/ч, СРБ – 0,45 мг/л, РФ – 5,4 ЕД/мл, HLA B27 – положительный.

Рентгенологически выявлен двусторонний сакроилиит 2 стадии, энтезиты седалищных костей, симфизит, коксартроз 1–2 ст.

МРТ таза с использованием Stir-2 режима – двусторонний активный сакроилиит.

УЗИ коленных суставов – синовит, киста Бейкера справа.

На основании жалоб, анамнеза, осмотра (ограничение подвижности позвоночника, артриты) рентгенологических и МРТ признаков двустороннего сакроилиита, наличия HLA B27 позитивности у пациентки и у ее сына, диагностирован анкилозирующий спондилит, ранняя стадия, с внеаксиальными проявлениями (периферические артриты, энтезиты).

Приведенное наблюдение свидетельствует о том, что боли в нижней части спины воспалительного характера у лиц пожилого возраста требуют исключения серонегативного спондилита.

Влияние малоинвазивных вмешательств и нутритивной поддержки на результаты лечения пациентов с перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки

Луцевич О. Э., Вторенко В. И., Негребов М. Г., Родников С. Е.
ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ», Москва

Введение. Одним из осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки является перфорация язвы. Причинами неудовлетворительных результатов оперативного лечения больных перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки являются: отсутствие единой хирургической тактики, четких критериев для дифференцированного выбора способа операции, поздняя обращаемость, наличие сопутствующих заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста, метаболические нарушения, обусловленные неадекватным обеспечением пациентов нутритивной поддержкой.

Цель. Определение подходов к лечению пациентов с перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки

Материалы и методы. Обобщили результаты обследования и лечения 338 больных, которых оперировали по поводу перфоративной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки.

Результаты. Выяснили, что у 138 (41%) пациентов (основная группа), которых оперировали малоинвазивными методами, во время операции устанавливали назоеюнальный зонд для разрешения симптомов динамической кишечной непроходимости и проведения нутритивной поддержки в послеоперационном периоде. Возникшую в раннем послеоперационном периоде динамическую кишечную непроходимость разрешали введением в назоеюнальный зонд охлажденного до 14–16ºС 0,9 % раствора NaCl. После разрешения динамической кишечной непроходимости в ходе комплексного лечения, кроме питания в соответствии с диетой № 1 по М. И. Певзнеру, с помощью назоеюнального зонда осуществляли коррекцию водно-электролитных нарушений и белково-энергетической недостаточности сбалансированными энтеральными смесями на протяжении всего послеоперационного периода.

Больных контрольной группы – 200 (59%) пациентов оперировали традиционно, коррекцию водно-электролитных нарушений и белково-энергетической недостаточности в послеоперационном периоде проводили парэнтеральным путем, до разрешения симптомов динамической кишечной непроходимости. В дальнейшем пациентам разрешали пить, постепенно расширяя диету,

На основании проведенного анализа установлено, что на результаты лечения больных перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки влияет не только способ оперативного лечения, но и наличие совокупности неблагоприятных факторов, таких как недостаточность питания средней и тяжелой степени, язвенный анамнез более пяти лет, возраст старше 40 лет, наличие сопутствующих заболеваний, перитонит и динамическая кишечная непроходимость.

Выявили, что из 138 больных, оперированных малоинвазивными методами, у 14 (10,1 %) при поступлении имелась совокупность неблагоприятных факторов, которые способствовали возникновению послеоперационных осложнений.

Из 200 пациентов, которых оперировали традиционными способами, у 137 (68 %) при поступлении также имелась совокупность неблагоприятных факторов. Послеоперационные осложнения возникли у 104 (52 %) больных этой группы.

Анализ возникших в послеоперационном периоде осложнений показал, что преобладали осложнения гнойно-воспалительного характера. Умерли 13 (6,5 %), больных оперированных традиционными методами. Главной причиной летальности были сосудистые осложнения: инфаркт миокарда, ТЭЛА и ОНМК.

Вывод. Широкая лапаротомия в сочетании с резекционными способами у пациентов с перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки приводят к увеличению послеоперационных осложнений и летальности.

Клиническое наблюдение дебюта системной красной волчанки с развитием гнойно-септических осложнений

Лыткина К. А., Ильина Е. Ю., Уянаева М. А., Мелконян Г. Г.
ГБУЗ «ГКБ № 4 ДЗМ», Москва

Системная красная волчанка (СКВ) – аутоиммунное заболевание, которое затрагивает от 4 до 250 человек на 100 тыс. населения, заболеваемость растет с конца XX века. С осложненным СКВ столкнулись врачи ГКБ № 4.

Пациентка З., 22 года, поступила в ревматологическое отделение ГКБ № 4 в тяжелом состоянии 20.02.2019. с диагнозом: системная красная волчанка (СКВ), хроническое течение, высокая степень активности, поражение кожи (эритематозные высыпания), легких, почек, суставов, печени, полисерозит (двусторонний плеврит, асцит, перикардит), миокардит, васкулит, лихорадка, лимфаденопатия, гепатоспленомегалия, гематологические нарушения (тромбоцитопения, анемия), иммунологические нарушения (АНФ, АТ к ДНК, снижение С3 и С4 фракций комплемента). Двусторонняя полисегментарная пневмония. ДН 2. Интоксикация.

У пациентки имелось хроническое по дебюту заболевание, с развертыванием основной симптоматики с января 2019 г. Диагноз подтвержден иммунологически – АНФ 1 : 20480, анти-Sm+++, анти-SS-A +, АТ к гистонам ++, АТ к ДНК более 240, снижены С3 и С4 фракций комплемента (С3 – 0,39, С4 – 0,06). Тяжесть состояния была обусловлена полиорганным поражением и присоединившейся пневмонией.

Проводилась пульстерапия метилпреднизолоном с дальнейшим переводом на прием препарата в таблетках в дозе 40 мг.

На фоне терапии достигнута положительная динамика– нормализовался уровень тромбоцитов, лейкоцитов, исчезла протеинурия, стал снижаться уровень печеночных ферментов, увеличился уровень альбуминов крови. Исчез асцит, нормализовались размеры печени. Отмечалась положительная динамика миокардита (увеличение фракции выброса при ЭХО-КГ с 32 % до 43 %). Сохранялся выпот в обеих плевральных полостях и в полости перикарда.

С 25.02.2019 рецидив лихорадки, кровохарканье, распространение парапневмонической эмпиемы плевры с деструкцией легочной ткани. С учетом тяжести пневмонии начато быстрое снижение дозы метилпреднизолона до 24 мг, проведена замена антибактериальной терапии, проводились инфузии пентаглобина, дренирование плевральной полости. Для дальнейшей терапии переведена в пульмонологическое отделение Университетской клинической больницы № 4, где больной проводилось дальнейшее снижение дозы кортикостероидов, выполнено дренирование левой плевральной полости с активной аспирацией, 25 марта установлен эндобронхиальный клапан. Плевральная полость санирована. 29.04.19 в нижнебазальный бронх левого легкого повторно установлен эндобронхиальный клапан. После ликвидирования эмпиемы плевры дренаж и клапан удалены.
24 июня 2019 г. больная повторно госпитализирована в ревматологическое отделение ГКБ № 4. Состояние стабильное, данных, свидетельствующих об активности СКВ при обследовании не получено. Продолжено снижение дозы метилпреднизолона, к терапии добавлен гидроксихлорохин. Тщательный подбор терапии и регулярный контроль за течением заболевания дает обнадеживающие результаты и улучшает качествопациентов с СКВ.

Значение технологий курортного лечения для медицины антистарения

Львова Н. В., Адилов В. Б., Тупицына Ю. Ю., Уянаева А. И., Морозова Е. Ю.
ГАУЗ «МНПЦ медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗМ», Москва

Профилактика старения является одним из новых направлений научной и практической деятельности, наиболее активно формирующимся в настоящее время. Формирующаяся новая дисциплина «Медицина антистарения» предлагает принципиально новые подходы и современные высокие технологии для повышения качества жизни людей при снижении реальных темпов старения и увеличении продолжительности активной, трудоспособной жизни. В соответствии с этим технологии профилактики старения должны реализоваться как методы лечения и реабилитации, сопровождающие человека в течение всей жизни.
Природные и преформированные физические факторы в лечении больных различными заболеваниями как важный резерв повышения его эффективности давно привлекают внимание геронтологов. Внедрение лечебных физических факторов в гериатрическую клинику затруднено вследствие недостаточной осведомленности врачей об особенностях их действия при различных заболеваниях.
Вопросы применения бальнеотерапевтических технологий или, в более общем понимании, технологий курортного лечения (применения природных лечебных факторов) в гериатрии касаются нескольких направлений:

1. Особенности применения методов курортной терапии лицам пожилого и старческого возраста для лечения и профилактики имеющихся различных заболеваний на основе изучения особенностей их развития и клинического течения у людей этой возрастной группы.
2. Попытка воздействия с помощью физических методов на первичные механизмы старения организма, т. е. на некоторые обменные процессы (углеводный, липидный, свободнорадикальное окисление, перекисное окисление липидов и др.), вызывающие молекулярные повреждения, на системы гормональной регуляции и т.д.
3. Разработка методов и методик применения лечебных физических факторов при коморбидных патологических состояниях.
4. Разработка программ медицинской реабилитации с включением в комплекс лечебных мероприятий технологий курортной медицины, направленных на восстановление у пациента физиологических функций и выявление резервных возможностей его организма для дальнейшего обеспечения активной самостоятельной жизни.

Конечной целью этих мероприятий современная гериатрия ставит обеспечение высокого качества жизни пожилого человека в обществе, его активного участия в общественно-политической жизни и культурной работе с использованием опыта, навыков, мудрости людей старшего поколения, и в итоге – достижение активного и творческого долголетия.

Лечение больных дегенеративными стенозами поясничного отдела позвоночника

Любимов С. Н.[1], Шагинян Г. Г.[1, 2], Хириев Т. М.[1]
[1]*ГБУЗ «ГКБ им. Ф. И. Иноземцева ДЗМ», Москва*
[2]*ФГБУО ДПО «РМАНПО» МЗ РФ, Москва*

Введение. Болезни позвоночника сопровождают человека по мере развития цивилизации. Постоянно идет поиск путей лечения и облегчения связанных с этим патологических состояний.
Цель. Проанализировать результаты оперативного лечения больных стенозами позвоночного канала на поясничном уровне.
Материалы и методы. Пролечены 60 больных, у которых стеноз охватывал от одного до трех сегментов и был обусловлен в основном гипертрофией желтой связки. Возраст больных (24 мужчины и 36 женщин) варьировал от 50 до 74 лет. Показанием для оперативного вмешательства являлись: стойкие, неподдающиеся консервативному лечению боли, иррадиирущие в нижние конечности, перемежающая хромота, начинающиеся симптомы выпадения. Оперативное лечение выполнялось при неэффективности консервативной терапии в течение от 4–6 недель. Применялись 2 вида операций: 1) ляминэктомия с удалением гипертрофированной желтой связки на всем протяжении стеноза с транспедикулярной фиксацией позвоночника (17 больных); 2) интерламинарная декомпрессия позвоночного канала с динамической фиксацией позвоночника при помощи «Coflex» (13 больных).
Результаты. При транспедикулярной фиксации в 3 наблюдениях отмечен синдром смежного сегмента. При применении системы динамической фиксации «Coflex», «StenoFix» подобных осложнений не отмечено. Кровопотеря и интраоперационная травма за счет небольшого разреза кожи и незначительного повреждения мышц минимизированы. Сокращены сроки стационарного лечения до 5 дней, а реабилитации – до 1–2 месяцев.
Вывод. Интерламинарная декомпрессия позвоночного канала с динамической фиксацией является наиболее адекватным и эффективным методом лечения больных стенозами позвоночного канала на поясничном уровне .

Опыт лечения больных дегенеративными заболеваниями позвоночника с применением систем динамической стабилизации

Любимов С. Н.[1], Шагинян Г. Г.[1, 2], Хириев Т. М.[1]
[1]*ГБУЗ «ГКБ им. Ф. И. Иноземцева ДЗМ», Москва*
[2]*ФГБУО ДПО «РМАНПО» МЗ РФ, Москва*

Введение. Вопросы лечения и реабилитации больных дегенеративными заболеваниями позвоночника не теряют актуальности.
Цель. Анализ результатов лечения больных дегенеративными заболеваниями позвоночника с использованием динамических систем стабилизации.
Материалы и методы. Прооперировано 242 пациентов в возрасте 39–55 лет с дегенеративно-дистрофическими изменениями на поясничноно-крестцовом уровне. Больные разделены на 2 группы: 1-я – 176 больных, которым была выполнена дискэктомия, с последующей установкой системы динамической стабилизации; 2-я – 66 больных, которым была выполнена интраламинарное удаление секвестрированных грыж дисков без последующей стабилизации.
Результаты. В 1-й группе в 88 % наблюдений отмечен стойкий регресс болевого симптома, при контрольной спондилографии признаков кифотической деформации и гипермобильности при функциональных пробах не наблюдалось. У 14 (9,4 %) больных отмечались боли фасеточного характера. Боль купировалась на фоне консервативной терапии. Во 2-й группе у 7,5 % пациентов выявлены рецидивы грыж дисков (в течение 1,5 лет после операции, возобновление болей отмечено у 15 % больных.
Вывод. Применение малоинвазивных методов в лечении больных дегенеративными заболеваниями позвоночника с использованием современных динамических стабилизирующих систем позволяет исключить дальнейшее развитие нестабильности в соответствующих сегментах позвоночника и добиться стойкого регресса болевого симптома.

Прогностическое соответствие шкал Mallampati и Cormack & Lehane и их значение при интубации трахеи при эндотрахеальном наркозе

Лютов В. Д., Харламов И. В., Подобедов К. В., Свеженцева Е. О., Пчелов В. В., Фролова А. И., Солдатова Н. В.
ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн № 2 ДЗМ», Москва

Безопасность пациента во время оперативного лечения под эндотрахеальным наркозом является основной задачей для врача-анестезиолога. Опыт, навыки, оснащение помогают выйти из сложного положения, особенно при «трудных» дыхательных путях (ТДП). Известно, что частота трудной интубации трахеи (ТИТ) в мировой практике составляет до 5 %, состояние «невозможно вентилировать, невозможно интубировать» регистрируется как 1 : 1000, а летальность, связанная с поддержанием проходимости дыхательных путей (ППДП), доходит до 600 случаев в год только в развитых государствах.
Существует множество шкал для оценки дыхательных путей. В ходе работы нас заинтересовало соответствие шкал Mallampati и Cormack & Lehane. Шкала Mallampati позволяет оценить дыхательные пути пациента при первом осмотре и выработать тактику интубации. Шкала Cormack & Lehane оценивает не только дыхательные пути при ларингоскопии, но и работу врача-анестезиолога по подготовке к интубации в случаях с ТДП.
Нами были разработаны индивидуальные карты, которые отражали характерные особенности пациентов. Отбор пациентов в плановом и экстренном порядке происходил случайным методом. При предоперационном осмотре врач-анестезиолог оценивает дыхательные пути по шкале Mallampati (а также и по другим параметрам, согласно рекомендациям Федерации анестезиологов-реаниматологов РФ), вырабатывает тактику подготовки к анестезии. При 1 и 2 степени риска ТИТ врач может ограничиться собственным обследованием. При 3 степени риска требуется консультация ЛОР-врачом, который может сориентировать относительно возможности интубации собственными силами. При 4 степени риска возникает необходимость в привлечении врача-эндоскописта.
На фоне внутривенной вводной анестезии и миоплегии выполнялась прямая ларингоскопия разовым клинком типа Макинтош с оценкой дыхательных путей по Cormack & Lehane. При 1–2 степени риска осуществлялась интубация трахеи (ИТ), при 3 степени применялись проводники, при 4 – вызывали старшего коллегу, проводилась принудительная вентиляция лицевой маской с целью адекватной оксигенации. Затем решался вопрос об интубации (допускалось две попытки врача-анестезиолога и одна попытка старшего коллеги в пределах действия одной дозы миорелаксантов). При невозможности интубации пациента выводили из наркоза и отсроченно (во избежание нарастания травматизации и отека верхних дыхательных путей) проводилась ИТ в сознании с помощью бронхоскопа врачом-эндоскопистом. Обязательной после этих манипуляций считается контрольная бронхоскопия.
При рассмотрении карт сформировались следующие исследуемые группы по шкалам и степеням сложности ИТ:

Шкалы	1 степень	2 степень	3 степень	4 степень
Mallampati	35	37	18	2
Cormack & Lehane	33	39	6	2

Шкалы Mallapati и Cormack & Lehane при 1 и 2 степени риска ТИТ полностью соответствовали у 67 (72 %) пациентов, а при третьей – только у 23 %. При ларингоскопии из 36 пациентов при 2 степени риска ТИТ по Mallampati оказались два пациента с 3 и 4 степенями риска по Cormack & Lehane. Из 19 пациентов с 3 степенью риска по Mallampati 16 пациентов соответствовали 1–2 степени риска по Cormack & Lehane. У 6 (7 %) пациентов отмечались трудности при ИТ, поэтому использовались вспомогательные средства (проводники, ларингоскоп с изменяющейся геометрией клинка). При 4 степени риска по Mallampati изначально планировалась ИТ с помощью бронхоскопа. За период исследования было два таких пациента. Если уже при ларингоскопии выявлялась 4 степень риска по Cormack & Lehane, пациент выводился из наркоза и ИТ осуществлялась в сознании при помощи бронхоскопа.
Выводы. 1. Соответствие прогностических шкал ТИТ Mallampati и Cormack & Lehane наблюдалось только у 67 (72 %) пациентов и у 25 (28 %) пациентов результаты не совпадали. 2. При выявлении у пациента 3 степени риска по Mallampati требуется консультация ЛОР-врачом с решением возможности ИТ. 3. При определении 4 степени риска по Mallampati нужно применять альтернативные пути ИТ.

Организационные аспекты внедрения протоколов ускоренного выздоровления в торако-абдоминальной онкохирургии

Лядов В. К.
[1]*ГБУЗ «ГКОБ №1 ДЗМ», Москва*
[2]*ФГБУ ДПО «РМАНПО» МЗ РФ, Москва*

Введение. Важнейшей задачей при оперативном лечении пациентов с опухолями торако-абдоминальной локализации является снижение числа осложнений и повышение эффективности реабилитации больных. Внедрение в практику разработанных на основе исследований с высокой степенью доказательности алгоритмов периоперационного ведения пациентов призвано решить обе эти задачи. В то же время комплексный характер данных протоколов, нередко включающих несколько десятков пунктов, требует нестандартных организационных решений на начальном этапе их внедрения.
Цель. Ускорение выздоровления пациентов после торако-абдоминальных оперативных вмешательств по поводу онкологических заболеваний.
Материалы и методы. В основу анализа легли результаты работы отделений хирургической онкологии ФГБУ «ЛРЦ МЗ РФ», Клинической больницы № 1 «Медси» в 2012–2018 гг., а также хирургических отделений ГКОБ №1 ДЗМ (> 10 000 вмешательств за анализируемый период). Проанализированы трудности, возникающие при внедрении отдельных компонентов протоколов ускоренного выздоровления пациентов после резекций желудка, печени, поджелудочной железы, толстой кишки, операций по поводу опухолей органов малого таза. Рассмотрены особенности работы среднего медицинского персонала в условиях новых подходов к периоперационному ведению пациентов.
Результаты. Выделены ключевые организационно-методические аспекты, влияющие на успех внедрения в рутинную практику онкохирургических отделений протоколов ускоренного выздоровления (ПУВ). Среди них:
1) создание (оптимизация/реорганизация) системы догоспитального обследования и подготовки пациента;
2) отработка системы междисциплинарного взаимодействия на госпитальном этапе, включая:
а) разработку внутренних регламентов ведения пациента с выделением задач каждого члена междисциплинарной бригады;
б) оптимизацию (реорганизации) сестринской помощи;
в) постоянное обучение и мотивацию персонала, охватывающую всех членов междисциплинарной бригады и ориентированную на конечный результат;
г) жесткую специализацию хирургов на выполнении конкретных оперативных вмешательств;
3) создание системы контроля за состоянием пациента после выписки;
4) выделение на начальных этапах внедрения концепции ПУВ наиболее инициативных и заинтересованных в повышении эффективности работы руководителей среднего звена – заведующих отделениями, старших медицинских сестер, обеспечивая им поддержку администрации при решении многочисленных вопросов, всегда возникающих при внедрении любых новаций.
Вывод. Продемонстрированы основные организационные аспекты, влияющие на эффективность внедрения в практику ПУВ в торако-абдоминальной онкохирургии.

Оптимизация медицинской реабилитации детей с бронхиальной астмой на санаторно-курортном этапе

Лян Н. А.[1], Хан М. А.[1], Филатова Т. А.[2], Калиновская И. И.[3]
[1]*ГАУЗ «МНПЦ медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗМ», Москва*
[2]*ФГБУ «ДГКБ им. Н. Ф. Филатова ДЗМ», Москва*
[3]*ФГБУ «Детский бронхолегочный санаторий № 15 ДЗМ», Москва*

Актуальность и социальная значимость проблемы реабилитации детей, больных хроническими бронхолегочными заболеваниями, в том числе бронхиальной астмой (БА), обусловлена наличием медико-социальных проблем, высокой распространенностью (до 10–15 % в популяции), тяжелым, нередко прогрессирующим течением процесса, неблагоприятным влиянием на рост и развитие ребенка, возможностью ранней инвалидизации.

К числу важных задач, стоящих перед санаторной службой, относится реабилитация детей с БА, в санаторной реабилитации которых широко используется весь комплекс нелекарственных методов в соответствии с национальным консенсусом лечения детей с БА. Воздействуя на различные звенья патогенеза БА, санаторно-курортное лечение (СКЛ) запускает механизмы саногенеза и позволяет достичь устойчивой ремиссии заболевания.

С целью оптимизации медицинской реабилитации детей с БА целесообразно включение в комплексное СКЛ инновационных нелекарственных технологий, способствующих уменьшению частоты приступов, удлинению ремиссии заболевания.

Выявлена значительная динамика клинико-функциональных показателей при включении в комплекс СКЛ галотерапии и флаттер-терапии за счет потенцирования лечебного действия сухого солевого аэрозоля и колебаний стенок бронхов, приводящих к разрыхлению, отлипанию и эвакуации бронхиального содержимого.

Отмечено улучшение бронхиальной проходимости и повышение уровня общей физической работоспособности под влиянием импульсного низкочастотного электростатического поля (ИНЭСП). Достоверно более выраженная положительная динамика получена при комплексном применении галотерапии и ИНЭСП у детей с БА в условиях санатория, что связано с потенцированием положительных эффектов двух указанных физических факторов (муколитического, регидратирующего, бронходренирующего, глубокого вибрационного массажа).

Данные о противоотечном, спазмолитическом действии видимого света зеленого спектра, благоприятном влиянии на вегетативную регуляцию, психоэмоциональный статус детей явились основанием для применения селективной хромотерапии (монохроматический поляризованный свет зеленого диапазона) в медицинской реабилитации детей с БА.

Вывод. Включение в комплексное санаторно-курортное лечение детей с БА инновационных технологий физиотерапии, сочетанных воздействий позволяют повысить эффективность медицинской реабилитации таких детей.

Опыт применения пероральных антикоагулянтов при катетерной изоляции устьев легочных вен в ГКБ им. С. П. Боткина

Майоров И. М., Комарова А. Г., Егорова Е. В., Сатинбаев З. И., Порунова Л. П., Емельянов В. В.
ГБУЗ «ГКБ им. С. П. Боткина ДЗМ», Москва

Введение. Назначение антикоагулянтов требует строгого дифференцированного подхода.

Цель. Изучить применение пероральных антикоагулянтов при изоляции устьев легочных вен (ИУЛВ) у пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП).

Материалы и методы. За период наблюдения (2014–2018 гг.) выполнено 198 ИУЛВ. Среди пролеченных пациентов мужчин 109, женщин – 89, средний возраст 62,3 ± 4,5 года. Выполнялась радиочастотная абляция с использованием системы навигации CARTO-3, с конца 2017 г. – Ablation Index, а также криоаблация баллонами 1-го и 2-го поколения. Всем больным выполнялась КТ левого предсердия (ЛП) и устьев легочных вен с контрастом, пациентам с давностью пароксизма более 48 часов и с неизвестной давностью пароксизма выполнялась ЧП-ЭХОКГ, где анализировалось наличие/отсутствие тромбов в полости ушка левого предсердия. В случае выявления тромбоза ушка ЛП пациентам назначался варфарин под контролем МНО. Спустя месяц выполнялась контрольная ЧП-ЭХО-КГ. Также во время пункции межпредсердной перегородки интраоперационно выполнялось чреспищеводное ЭХОКГ.

Результаты. Пациенты разделены на 2 группы: с пароксизмальной формой ФП – 171, с персистирующей формой ФП – 27 пациентов. Все пациенты получали антикоагулянтную терапию по шкале CHA2DS2-VASc. В группе пароксизмальной ФП пациенты оперировались на фоне приема непрямых оральных антикоагулянтов (НОАК) (дабигатран, апиксабан, ривароксабан), варфарина. В группе персистирующей ФП выявлено 7 случаев тромбозов ушка ЛП (ривароксабин – 5, дабигатран – 2), этим пациентам выполнена смена НОАК на АВК-варфарин. У всех больных отмечался лизис тромба спустя 1 месяц на терапии варфарином. Тромбоэмболических осложнений при ИУЛВ и после процедуры не отмечено. При выписке из стационара все пациенты принимали антикоагулянтную терапию, среди них дабигатран – 46, ривароксабан – 54, апиксабан – 12, варфарин – 86.

Вывод. Применение НОАК является безопасным и высокоэффективным методом при подготовке пациентов к ИУЛВ. У пациентов с ФП на фоне терапии НОАК возможно образование тромба ушка ЛП. Четкие рекомендации по тактике лечения таких пациентов отсутствуют. Пациентам с персистирующей формой ФП целесообразнее назначение АВК- варфарина.

Лечение фибрилляции предсердий с использованием технологии «индекс абляции»

Майоров И. М., Сатинбаев З. И., Емельянов В. В., Егорова Е. В., Ляхова Н. Л., Комарова А. Г.
ГБУЗ «ГКБ им. С. П. Боткина ДЗМ», Москва

Введение. Технология «индекс абляции» представляет интерес с точки зрения применения в лечении пациентов с фибрилляцией предсердий.

Цель. Оценка эффективности и безопасности применения технологии «индекс абляции» при фибрилляции предсердий (ФП) с использованием навигационной системы.

Материалы и методы. В 2014–2018 гг. на базе 55 отделения хирургического лечения сложных нарушений ритма сердца и электрокардиостимуляции Боткинской больницы проведено оперативное лечение 198 пациентов (62,5 ± 1,5 года) с пароксизмальной и персистирующей формой фибрилляции предсердий. Кроме стандартных методов обследования (ЭКГ, ХМЭКГ, ЭХОКГ) пациентам выполнялась чреспищеводное ЭХОКГ и КТ левого предсердия. Выполнялась антральная изоляция коллекторов левых и правых легочных вен (ЛВ), мощностью 30W. По мере появления новых навигационных катетеров для лечения ФП с 2014 г. применялись различные катетеры для изоляции устьев ЛВ. Вначале (1-я группа) применялись орошаемые катетеры ThermoCool SF с отверстием 64 (71 пациент). Далее (2-я группа) 65 пациентам выполнена радиочастотная абляция (РЧА) контакт-чувствительными катетерами SmartTouch с программой Visitag, позволяющие контролировать контакт и степень прижатия к миокарду. С начала 2018 г. (3-я группа) по настоящее время с появлением технологии «индекс абляции», позволяющей вычислять соотношение силы тока, степень прижатия и время воздействия, 62 пациентам выполнена РЧА с применением этой методики.

Результаты. Ретроспективно выполнен анализ предыдущих групп и продолжается анализ последней группы пациентов. В 1-й группе эффективность РЧА при пароксизмальной и персистирующей форме ФП составила 63 %. Во 2-й группе – 74 %. По данным неотдаленных результатов (6–12 месяцев) в 3-й группе сохраняется синусовый ритм после РЧА у 82 % пациентов. Из 18 % пациентам частично выполнены повторные изоляции в зонах «прорыва», а также выполнена РЧА каватрикуспидального перешейка. Во всех трех группах пациенты принимали антикоагулянтную и антиаритмическую терапию в неотдаленном периоде.

Вывод. Технология «индекс абляции» является методом выбора при РЧ-изоляции ЛВ.

Лечение персистирующей формы фибрилляции предсердий с использованием модуля Confidence и катетера Pentaray

Майоров И. М., Сатинбаев З. И., Порунова Л. П., Комарова А. Г., Егорова Е. В., Емельянов В. В.
ГБУЗ «ГКБ им. С. П. Боткина ДЗМ», Москва

Введение. Фибрилляция предсердий (ФП) способствует снижению качества жизни пациента, повышает риск инсультов и смерти, частоту обращаемости в стационар. Полученные из многополярных электродов электрограммы обеспечивают дополнительные преимущества по сравнению с электрограммами, записанными на одном электроде.

Цель. Оценка фокусной активности в поддержании персистирующей формы ФП и результатов оперативного лечения с помощью использования модуля Confidence и катетера Pentaray (5F Biosense Webster).

Материалы и методы. Недавние разработки в области вычислительных картирующих систем идентифицировали электрические спиральные волны и фокальные источники как механизмы персистирующей формы ФП. Учитывая, что применение только циркулярной изоляции устьев легочных вен (УЛВ) у больных персистирующей формой ФП приводит к частым рецидивам после операции, изучалось использование мультиэлектродного катетера для процедуры картирования.

С сентября 2015 по март 2019 г. на базе 55 отделения хирургического лечения сложных нарушений ритма и электрокардиостимуляции Боткинской больницы 92 пациентам с персистирующей формой ФП была выполнена радиочастотная абляция (РЧА). Средний возраст пациентов – 58,2 ± 4,5 лет. Мужчины – 68,3 %, женщины – 31,7 %. Пациенты были разделены на 2 группы. В 1-ю группу входило 60 пациентов, которым выполнена РЧА фокальных источников аритмии с использованием модуля Confidence и катетера Pentaray. Радиочастотные воздействия выполнялись с помощью орошаемых электродов: 5F Biosense Webster со стандартными параметрами. 32 пациентам 2-й группы выполнена баллонная криоабляция УЛВ с помощью катетера Arctic Front CrioCath. Оценка эффективности криовоздействия в УЛВ выполнялась с помощью диагностического катетера Achieve.

Результаты. Интраоперационных и послеоперационных осложнений не было. Продолжительность стационарного лечения составила 3–5 дней. После операции пациенты наблюдались дистанционно в амбулаторных условиях, через 3, 6, 12 месяцев проводилось холтеровское мониторирование ЭКГ, ЭХОКГ, пациенты посещали клинику вне зависимости от наличия рецидива. При наличии жалоб, подозрительных на рецидив аритмии, – дополнительная регистрация ЭКГ и проведение ХМЭКГ (24-часовое). После 3 месяцев наблюдения любая документированная аритмия более 30 секунд рассматривалась как рецидив. В нашем исследовании острый процедурный успех был достигнут у 49 (81,66 %) пациентов в 1-й группе и у 16 (53,33 %) пациентов во 2-й группе.

Выводы. 1. Большой вклад в поддержание аритмии вносит фокусная активность при персистирующей форме ФП. 2. У таких пациентов картирование и последующая абляция фокусных очагов является более эффективной стратегией лечения. 3. Использование мультиэлектродного катетера Pentaray позволяет электрофизиологу получить более широкий доступ к информации об очаговых и мультифокальных источниках активации предсердий, сокращает время процедуры и позволяет добиться лучших отдаленных результатов, что сокращает расходы здравоохранения.

Инновационная технология онкоскрининга предраковых заболеваний и ранних форм рака слизистой оболочки рта

Максимовская Л. Н., Лукина Г. И.
ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А. И. Евдокимова» МЗ РФ, Москва

Введение. Рак слизистой оболочки рта и красной каймы губ составляет 10 % от всех случаев рака других органов, 40 % от случаев рака головы и шеи, что ставит его на второе место после рака гортани (M. Missman и др., 2006). В общей структуре всех онкологических заболеваний рак языка составляет не более 0,5 %, но смертность на первом году после установления диагноза составляет 46,5 %. Показатели выживаемости при данном заболевании даже на ранних стадиях (cT1–2; N0) хуже, чем при плоскоклеточном раке любой другой локализации в полости рта (А. И. Пачес и др., 2011; Поляков А. П. и др., 2017). Случаи выявления заболевания на ранних стадиях довольно редки – около 36 % (Давыдов М. И., Аксель Е. М., 2016; Максимовская Л. Н., Алимова М. Я., 2015). Низкие цифры выявляемости рака слизистой оболочки рта нелогично сочетаются с тем, что в 84 % ему предшествуют предраковые заболевания.

Цель. Совершенствование методов ранней диагностики онкологических и предраковых заболеваний слизистой оболочки рта и красной каймы губ при проведении эпидемиологических исследований.

Материалы и методы. Объектом исследования явились 217 806 человек в возрасте 18–92 лет. Использованы: клинический, эпидемиологический, специальный инновационный метод аутофлюоресцентной стоматоскопии (АФС) и статистический методы.

Национальными клиническими группами изучена эпидемиология онкологических и предраковых заболеваний слизистой оболочки рта и красной каймы губ в результате использования метода активного выявления патологических изменений в Туле, Москве, Ноябрьске при целенаправленном проведении осмотров населения (скрининга) и по обращаемости в доклиническом периоде, раннем, своевременном и позднем выявлении. Выявляемость заболеваний с использованием отечественного светодиодного аппарата АФС возросла в 8,45 раз по сравнению с данными 2015 г.

Результаты. Исследование подтвердило низкую онконастороженность практических врачей-стоматологов. Для их обучения координаторами государственного задания разработана и внедрена учебная рабочая программа «Скрининг-диагностика предраковых заболеваний и рака слизистой оболочки рта – комплект АФС-Д», апробированная при обучении 574 врачей-стоматологов в рамках непрерывного медицинского образования.

Вывод. Инновационный метод АФС заслуживает расширения внедрения и дальнейшего изучения.

Мануальная терапия, проприоцептивная нейромышечная фасилитация и методика «Экзарта» в комплексной реабилитации пациентов с цервикальным миофасциальным болевым синдромом

Малаховский В. В., Шимарова О. В.
ФГБУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» МЗ РФ, Москва

Введение. Цервикальный миофасциальный болевой синдром (МФБС) является актуальной проблемой. Из-за широкого распространения, связанного со значительным изменением двигательного стереотипа человека, снижением подвижности и обеднением повседневного двигательного рисунка, в т. ч. в рамках «офисного синдрома». Цервикальный МФБС требует участия в реабилитации разных специалистов и их слаженного междисциплинарного взаимодействия. Сочетанное применение всех показанных при том или ином заболевании лечебных средств и методов должно основываться на знаниях механизмов и сущности влияния их одновременного или последовательного использования.

Цель. Оценить эффективность и целесообразность включения в реабилитационный комплекс методики «Экзарта».

Материалы и методы. В рамках пилотной части проекта была проведена реабилитация 12 больных МФБС области шеи. После предварительного обследования все пациенты получали мягкие методики мануальной терапии, в основном направленные на нормализацию тонуса спазмированных мышц. После уменьшения болей и восстановления мышечного баланса в области шеи проводилась лечебная гимнастика, в основе которой лежали подходы проприоцептивной нейромышечной фасилитации (ПНФ) и методика «Экзарта», в основе которой лежит принцип нейромышечной активации глубокой постуральной мускулатуры. С помощью «подвешивания» добиваются расслабления поверхностных мышц, а с помощью специальных упражнений обеспечиваются активизация и укрепление глубокой мускулатуры шейного региона.

Результаты. По данным нашего исследования, сочетанное использование мануальной терапии, специфических методик лечебной физкультуры (ЛФК), метода «Экзарта» и ПНФ может значительно улучшить результат реабилитации.

При дисфункции шейного сегмента, помимо дисбаланса глубокой и поверхностной мускулатуры часто существует дисбаланс сгибателей/разгибателей, ротаторов и других групп мышц, формирующий патологический паттерн. С помощью метода ПНФ выполнялось восстановление нормальных паттернов движения мышц шеи, их согласованной работы.

Вывод. Применение мануального воздействия с последующим закреплением и усилением эффекта с включением активных упражнений, то есть постепенного перехода от пассивных методов к активным, повышает эффективность реабилитации и скорость восстановления пациентов.

Здоровье детей, подростков и молодежи в гиперинформационном обществе

Маркелова С. В.
ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н. И. Пирогова» МЗ РФ, Москва

Активно развивающиеся информационно-коммуникационные технологии (ИКТ) продолжают внедряться во все сферы жизнедеятельности человека. Не является исключением и система образования, в которой с 29.12.2012 г. реализуется ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» № 273-ФЗ, предусматривающий внедрение в образовательную программу электронного обучения.

Остается высоким уровень заболеваемости детей и подростков нозологиями, патогенез которых определяется, в том числе, условиями обучения и используемыми образовательными технологиями: болезни глаза и его придаточного аппарата, болезни уха и сосцевидного отростка, болезни органов дыхания, костно-мышечной системы и соединительной ткани, остро стоит проблема ожирения.

Исследование частоты и длительности использования детьми и подростками ИКТ показали, что усредненное суммарное время использования ИКТ в учебный день в учебной и досуговой деятельности составляет 7 часов у старших школьников, у студентов-юношей – 8,5 часов, у студенток-девушек – 10 часов. Подобная «занятость» существенно меняет образ жизни современной молодежи, нарушая соотношение основных компонентов их режима дня, влияя на состояние здоровья молодого поколения.

Сотрудниками нашей кафедры было выполнено определение относительного риска нарушения состояния здоровья в зависимости от вида используемого электронного устройства (ЭУ). Исследование проведено по правилам доказательной медицины с использованием четырехпольных таблиц сопряженности. Полученные данные доказали наличие причинно-следственной связи при высокой этиологической составляющей между нарушениями здоровья подрастающего поколения (наличие миопии средней и высокой степени, функциональных нарушений и заболеваний нервно-психической сферы, нарушений и заболеваний ОДА, органа слуха) и частотой использования различных видов ЭУ (компьютер, ноутбук, планшет, плеер).

Полученные результаты определяют необходимость введения дифференцированного подхода в нормировании безопасных уровней воздействия на пользователя неблагоприятных факторов, возникающих в результате использования ИКТ, учитывающего вид используемого ЭУ, возраст и состояние здоровья пользователя, режим и условия работы с ЭУ. В нормативно-методических документах, действующих в настоящее время, представлены нормативы, относящиеся в основном к учебной деятельности.

Результаты нашей работы включены в проект пересматриваемых санитарных правил по гигиеническим требованиям к персональным электронно-вычислительным машинам и организации работы.

Важным направлением профилактической работы должно быть укрепление и расширение системы первичной профилактики заболеваний, характерных для гиперинформационного общества. Проблема охраны здоровья подрастающего поколения должна решаться совместно специалистами различных профилей.

Диагностика и лечение больных остеопорозом эндокринного генеза

Маркина Н. В., Иванова Н. В., Анциферов М. Б.
ГБУЗ «Эндокринологический диспансер ДЗМ», Москва

К эндокринным заболеваниям, приводящим к развитию вторичного остеопороза, относятся: эндогенный гиперкортицизм, акромегалия, тиреотоксикоз, гипогонадизм, гиперпаратиреоз, сахарный диабет I типа, гипопитуитаризм, полигландулярная эндокринная недостаточность.

Стероидный остеопороз развивается в результате избыточного количества глюкокортикоидных гормонов, обладающих прямым подавляющим действием на остеобласты.

На фоне тиреотоксикоза отмечается повышение костного обмена за счет увеличения количества остеокластов и резорбционных поверхностей.

Фактором развития остеопороза при гипогонадизме является дефицит половых гормонов. Дефицит эстрогенов способствует секреции кальцитонина и повышенной чувствительности костной ткани к резорбтивному влиянию паротиреоидного гормона (ПТГ). При дефиците тестостерона уменьшается секреция кальцитонина, нарушается синтез витамина Д.

Развитие вторичного остеопороза при первичном гиперпаратиреозе непосредственно связано с влиянием ПТГ на костную ткань. ПТГ участвует в процессах дифференцировки и пролиферации остеокластов. При первичном гиперпаратиреозе процессы резорбции костной ткани преобладают над процессами формирования новой костной ткани и являются причинами развития низкотравматичных переломов.

При сахарном диабете I типа к развитию остеопороза приводит нарушение синтеза коллагена, гиподинамия и изменения кальциевого обмена.

Для подтверждения диагноза «остеопороз» проводится двухэнергетическая рентгеновская денситометрия. Основные области исследования – поясничный отдел позвоночника, проксимальный отдел бедра, при первичном гиперпаратиреозе – средняя треть лучевой кости (т. к. при данном заболевании в основном повреждается кортикальная ткань).

Лабораторная диагностика включает в себя контроль показателей кальциево-фосфорного обмена: ПТГ, общего кальция, ионизированного кальция, фосфора, показателей костного ремоделирования, определение кальция и фосфора в суточной моче.

Для улучшения минеральной плотности костной ткани (МПК) в лечении больных остеопорозом используют антирезорбтивные препараты (бисфосфонаты, деносумаб) или препараты анаболического действия (терипаратид). При наличии заболеваний ЖКТ используются бисфосфонаты в инъекционных формах. При снижении СКФ менее 35 мл/мин применяют препарат таргетного действия деносумаб. По показаниям, совместно с препаратами витамина Д (холекальциферол) используют препараты кальция. Эффективность лекарственной терапии больных остеопорозом оценивается по снижению количества переломов, изменению МПК или маркеров костного ремоделирования.

Ожирение: современное состояние проблемы и принципы лечения

Маркова Т. Н.
ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ», Москва

Ожирение признано всеми мировыми медицинскими сообществами глобальной медико-социальной проблемой. ВОЗ объявила, что каждый второй в мире имеет избыточную массу тела или ожирение. В РФ по данным Росстата (2017) распространенность избыточной массы тела и ожирения составляет 57,1 %, а ожирение имеют 26,9 % женщин и 17,9 % мужчин. Ожирение рассматривается наиболее значимым фактором риска неинфекционных заболеваний, особенно таких, как сердечно-сосудистые заболевания и сахарный диабет (СД), являющихся основными причинами смерти населения в экономически развитых странах. В рамках национального эпидемиологического исследования NATION были получены данные, указывающие на значительное увеличение распространенности нарушений углеводного обмена у лиц с ожирением по сравнению с лицами с нормальной массой тела: при наличии ожирения в сравнении с значением индекса массы тела (ИМТ) < 25 кг/м² доля преддиабета возросла в 4,5 раза, а СД II типа – в 11 раз. Российская ассоциация эндокринологов в Проекте клинических рекомендаций по диагностике и лечению ожирения предложила ее новую классификацию, предусматривающую при расчете ИМТ учитывать наличие ассоциированных заболеваний и их факторов риска. Так, если у пациента имеются ассоциированные с ожирением заболевания, выставлять диагноз «Ожирение» даже при ИМТ более 25 кг/м² и начинать лекарственную терапию, а при ИМТ более 35 кг/м² рекомендовать бариатрические операции. Несомненно, основой лечения ожирения является изменение образа жизни: диета и физические нагрузки. Однако большое количество исследований по ведению пациентов с ожирением показало, что через год пациенты возвращают потерянные килограммы. Это связано с нарушением центральных механизмов регуляции пищевого поведения у больных ожирением, а профилактикой рикошетного набора веса является лекарственная терапия. В настоящее время на территории РФ зарегистрированы следующие препараты для лечения больных ожирением: влияющие на способность организма усваивать из пищи определенные питательные вещества – орлистат; препараты центрального действия, влияющие на пищевое поведение, – сибутрамин, и аналог человеческого глюкагоноподобного пептида-1 – лираглутид.

Факторы риска повреждения твердой мозговой оболочки при позвоночно-спинномозговой травме грудного и поясничного отделов позвоночника в сочетании с переломом дужки сломанного позвонка

Мартикян А. Г., Гринь А. А., Талыпов А. Э., Кордонский А. Ю.
ГБУЗ «НИИ скорой помощи им. Н. В. Склифосовского ДЗМ», Москва

Введение. Опаснейшее осложнение позвоночно-спинномозговой травмы (ПСМТ) – повреждение твердой мозговой оболочки (ТМО).

Цель. Выявление факторов риска повреждения ТМО при ПСМТ грудного и поясничного отделов позвоночника в сочетании с переломом дужки сломанного позвонка.

Материалы и методы. С 01.01.2014 по 31.12.2018 г. в отделении нейрохирургии НИИ СП им. Н. В. Склифосовского 75 пациентам выполнена ламинэктомия с ПСМТ поясничного и грудного отделов позвоночника с переломом дужки сломанного позвонка. У всех пострадавших разрыв был на задней поверхности ТМО. Повреждение ТМО выявлено у 48 пациентов. Пациенты были разделены на две группы в зависимости от наличия повреждения ТМО. Исследуемую 1-ю группу составили 48 пациентов с повреждением ТМО (28 мужчин и 20 женщин; средний возраст 41,7 года). Соотношение мужчин и женщин 1,4 : 1. Во 2-ю (контрольную) группу вошли 27 пострадавших без повреждения ТМО (16 мужчин и 11 женщин, средний возраст 43,4 года).

Результаты. В 1-й группе перелом на поясничном уровне был у 35 (73 %) пострадавших и у 13 (27 %) – на грудном. Межножковое расстояние – в среднем 32 мм. Сужение позвоночного канала за счет проникновения ретропульсированного фрагмента сломанного позвонка в позвоночный канал более 50 % было у 44 (91,7 %) больных. Неврологический дефицит типа A и B по шкале ASIA наблюдался у 25 (52 %) пострадавших, типа C – у 7 (14,5 %), типа D – у 9 (19 %) и типа E – у 7 (14,5 %).

Во 2-й группе перелом на поясничном уровне был у 16 (59 %) пострадавших, на грудном – у 11 (41 %) пациентов. Величина межножкового расстояния в среднем составляла 27 мм. В 8 (30 %) наблюдениях отмечено сужение позвоночного канала более чем 50 %. Неврологический дефицит типа A и B по ASIA был 7 (26 %) пострадавших, типа C – у 4 (15 %), типа D – у 8 (30 %), неврологической симптоматики не было у 8 (29 %) пациентов.

Вывод. Факторами риска повреждения ТМО при ПСМТ в сочетании с переломом дужки сломанного позвонка являются грубый неврологический дефицит, расширение межножкового расстояния в среднем 32 мм, сужение позвоночного канала за счет проникновения ретропульсированного фрагмента сломанного позвонка в позвоночный канал более чем на 50 %.

Соматические мутации генов FGFR3 и TP53 в клетках немышечно-инвазивного рака мочевого пузыря

Мартынов М. И.[1, 2], Серегин И. В.[1, 2], Филимонов Е. В.[1], Велиев Е. И.[2], Немцова М. В.[1, 2], Михайленко Д. С.[2], Кузнецова Е. Б.[1, 2]
[1]*ГБУЗ «ГКБ им С. П. Боткина», Москва*
[2]*ФГБУ ДПО «РМАНПО» МЗ РФ, Москва*

Введение. Немышечно-инвазивный рак мочевого пузыря (НМИРМП) определяется как уротелиальная карцинома, ограниченная слизистым слоем (стадия Та) или подслизистым слоем (стадия Т1), и составляет около 75 % впервые выявленных случаев РМП. Стандартом лечения больных НМИРМП является трансуретральная резекция (ТУР) мочевого пузыря. По данным рекомендаций ведущих урологических сообществ, выделяются группы риска рака мочевого пузыря. Отдельного внимания заслуживает группа высокого риска. Эта группа прогностически наиболее неблагоприятная, риск рецидивирования и прогрессирования в течение 2 лет составляет 61,1 % и 12,8 % соответственно. Вопрос оптимальной тактики лечения таких пациентов остается открытым. Решением проблемы может быть выявление характерных высокоспецифических маркеров, применение которых в клинике позволило бы отличать опухоли с высоким риском.

Цель. Определить прогностическое значение мутации генов FGFR3 и TP53 у пациентов НМИРМП высокого риска в течение первого года наблюдения после ТУР.

Материалы и методы. В 2017–2018 гг. в ГКБ им С. П. Боткина 31 пациенту с первичным НМИРМП высокого риска согласно классификации EAU от 2018 г. одним хирургом выполнена биполярная ТУР мочевого пузыря с внутрипузырным введением химиопрепарата. Мужчин – 19 (62 %), женщин 12 – (38 %), средний возраст составил 63 года. Всем пациентам был выполнен реТУР мочевого пузыря в течение 4–6 недель после первичной ТУР. У всех пациентов выполнялся анализ мутаций ДНК уротелия опухоли методом секвенирования по Сенгеру, по результатам которого выделены 3 группы пациентов: с мутацией гена FGFR3 (1-я группа, n = 10), с мутацией гена TP53 (2-я группа, n = 6), группа без мутаций этих генов (3-я группа, n = 15). Рецидив определялся как гистологически подтвержденный рост рака мочевого пузыря. Прогрессирование определялось как инвазия рака мочевого пузыря в мышечную стенку или как повышение стадии до T1 (при первичной pTa).

Результаты. Стадия pTa диагностирована у 9 (29 %) пациентов, стадия pT1 – у 22 (71 %) пациентов. Средний размер опухоли в 1-й группе – 23 мм, во 2-й группе – 28 мм, в 3-й группе – 26 мм. Мультифокальность поражения выявлена у 6 (60 %) пациентов из 1-й группы, у 4 (66 %) пациентов 2-й группы и у 7 (46 %) пациентов из 3-й группы пациентов соответственно. После реТУР в 1-й группе внутрипузырная БЦЖ терапия проведена 3 (30 %) пациентам, во 2-й группе – 2 (33 %) пациентам и 4 (26 %) пациентам в 3-й группе. Внутрипузырная химиотерапия проведена 6 (60 %), 3 (50 %) и 8 (53 %) пациентам соответственно. При наблюдении в течение первого года после ТУР частота рецидива составила: в 1-й группе 70 %, 2-й группе – 66 %, 3-й группе – 30 %. Частота прогрессирования: 30 %, 50 % и 13 % соответственно.

Вывод. Наличие мутации гена FGFR3 в группе высокого риска сопряжено с высокой частотой рецидивирования, тогда как наличие мутации гена TP53 увеличивает риск прогрессирования. Однако требуется дальнейшее исследование с включением большего числа пациентов.

Актуальность открытой хирургии в лечении пациентов с локализованным раком почки

Марченко В. В.[1], Богданов А. Б.[1, 2], Велиев Е. И.[1, 2]
[1]*ФГБУ ДПО «РМАНПО» МЗ РФ, Москва*
[2]*ГБУЗ «ГКБ им. С. П. Боткина ДЗМ», Москва*

Введение. Число впервые выявленных опухолей почечной паренхимы растет с каждым годом, что в первую очередь обусловлено активной диспансеризацией населения и широким внедрением в практику таких методов визуального исследования, как УЗИ, МСКТ и МРТ. Несмотря на применение таких методов лечения, как химио- и лучевая терапия, оперативное лечение по сей день остается единственным радикальным методом. Ранняя диагностика локализованного рака паренхимы почки позволяет выполнять органосохраняющие операции, которые обеспечивают хорошие ранние и отдаленные функциональные и онкологические послеоперационные результаты. Хотя все больше хирургов предпочитают малоинвазивные методики, такие как робот-ассистированная и лапароскопическая резекции почки, открытая ее резекция с опухолью до сих пор остается довольно распространенным методом оперативного пособия.

Цель исследования. Оценка актуальности выбора открытого оперативного доступа для выполнения резекции почки по поводу опухоли ее паренхимы.

Материалы и методы. В исследование отобраны данные 232 пациентов с опухолью паренхимы почки, перенесших открытую резекцию почки на базе урологического отделения ГКБ им. С. П. Боткина в 2014–2019 гг. У всех пациентов на догоспитальном этапе по данным МСКТ диагностирована опухоль паренхимы почки T1N0M0 (медиана суммы баллов по нефрометрической шкале R.E.N.A.L. – 7). Средний размер опухоли – 3,3 см. Среди оперированных 134 мужчины и 98 женщин. 9 (3,87 %) пациентов перенесли резекцию с тепловой ишемией, 223 (96,13 %) пациентов – без ишемии. Холодовая ишемия не выполнялась. Медиана времени тепловой ишемии составила 17 (3–20) минут. Медиана послеоперационного снижения СКФ составила 10 %. Медиана интраоперационной кровопотери – 219 (50–1500) мл.

Результаты. Все оперативные пособия выполнялись в объеме энуклеорезекции почки с опухолью. Лимфаденэктомия не выполнялась. У всех прооперированных пациентов, по данным послеоперационного морфологического исследования, отрицательный хирургический край (R0). В послеоперационном периоде проводилась антибактериальная, анальгетическая,

дезинтоксикационная терапия. Осложнений по классификации Clavien-Dindo у пациентов не выявлено. При дальнейшем динамическом наблюдении рецидив опухоли в оперированной почке у 2 пациентов (через 1 и 3 года после оперативного лечения). Оба пациента перенесли повторное оперативное лечение в объеме открытой резекции почки с опухолью.
Вывод. Данный вид оперативного пособия позволяет выполнять органосохраняющие операции с хорошими результатами, что особенно актуально для клиник, не имеющих необходимого оборудования для лапароскопической или роботической хирургии.

Ранние функциональные результаты робот-ассистированной резекции почки

Марченко В. В.[1], Богданов А. Б.[1, 2], Велиев Е. И.[1, 2]
[1]*ФГБУ ДПО «РМАНПО» МЗ РФ, Москва*
[2]*ГБУЗ «ГКБ им. С. П. Боткина ДЗМ», Москва*

Введение. С получением в распоряжение хирургов роботических технологий достаточно острой и актуальной остается дискуссия о возможностях и ограничениях применения роботической хирургии.
Цель. Оценка ранних функциональных результатов робот-ассистированной резекции почки с опухолью.
Материалы и методы. В исследование отобраны данные 36 пациентов с опухолью паренхимы почки, перенесшие робот-ассистированную резекцию in situ в ГКБ им. С. П. Боткина. Медиана возраста 59 (24–71) лет. У всех пациентов на догоспитальном этапе, по данным МСКТ, диагностирована опухоль паренхимы почки T1N0M0 (медиана суммы баллов по нефрометрической шкале R.E.N.A.L. – 6. Медиана исходной СКФ – 75,06 (56,82–104,46) мл/мин/1,73м^2, ХБП 3А стадии выявлена у 7 (19,4 %) пациентов. Всем пациентам, вошедшим в исследование, выполнена робот-ассистированная резекция почки. 26 (72,2 %) пациентов перенесли резекцию с тепловой ишемией, 10 (27,7 %) пациентов – без ишемии. Холодовая ишемия не выполнялась. Медиана времени тепловой ишемии составила 17 (7–30) минут. Медиана интраоперационной кровопотери – 129 (50–800) мл.
Результаты. Медиана СКФ в раннем послеоперационном периоде (< 30 сут.) составила 67,4 (41,54 – 94,89) мл/мин/1,73м^2. Медиана снижения СКФ в сравнении с исходной группой – 10,4 %. Для классификации случаев острого снижения почечной функции использовалась система RIFLE. Риск (R) – 6 (16,6 %) больных, повреждение (I), недостаточность (F), утрата функции (L), стойкая утрата функции (E) у больных не выявлены. В ходе исследования не было пациентов, у которых были показания к диализу. Осложнения по классификации Clavien-Dindo у пациентов не выявлены.
Вывод. Робот-ассистированная резекция почки с опухолью ассоциирована с низким риском острой потери почечной функции, что благоприятно сказывается на ранних послеоперационных функциональных результатах.

Влияние различных параметров гликемического контроля на течение послеоперационного периода у больных сахарным диабетом при выполнении экстренного оперативного лечения

Мелешкевич Т. А.[1, 3], Митичкин А. Е.[1, 2], Щеголев А. А.[1, 2], Пантелеев И. В.[1], Оразвалиев А. И.[1], Вагнер О. Н.[1, 4], Васильев М. В.[1], Лучина Е. И.[1], Курникова И. А.[3]
[1]*ГБУЗ «ГКБ им. Ф. И. Иноземцева ДЗМ», Москва*
[2]*ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова МЗ РФ, Москва*
[3]*ФГАОУ ВО РУДН, Москва*
[4]*ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ, Москва*

Введение. Достижение целевых уровней гликемии – обязательное условие успешного ведения пациентов с гнойно-инфекционными заболеваниями челюстно-лицевой области на фоне сахарного диабета (СД) в послеоперационном периоде.
Цель. Оценить влияние различных параметров компенсации гликемии на послеоперационное течение и сроки госпитализации у больных СД с гнойно-инфекционными заболеваниями.
Материалы и методы. Обследованы 333 пациента с СД на фоне выполненного оперативного лечения (планового и экстренного) с гнойными осложнениями челюстно-лицевой области средней степени тяжести (по уровню интоксикации и объему поражения), пролеченных в 2017–2019 гг. Средний возраст составил 60 ± 15 лет, мужчин – 152, женщин – 181, длительность СД от 0 до 34 лет. Также экстренные оперативные вмешательства были выполнены 206 пациентам с СД хирургического отделения. Проведена оценка влияния различных параметров гликемии, достижение их целевых уровней на сроки госпитализации и течение послеоперационного периода.
Результаты. Начальный прандиальный уровень гликемии у больных при плановом лечении составил 11,49 ± 6,5 ммоль/л; постпрандиальная (максимальная) гликемия – 13,58 ± 6,88 ммоль/л, колебания гликемии в течение дня – 5,32 ± 4,77 ммоль/л. После коррекции сахароснижающей терапии прандиальная гликемия – 9,02 ± 3,63 ммоль/л; постпрандиальная – 12,38 ± 5,8 ммоль/л, экскурсия гликемии в течение дня – 5,7 ± 4,53 ммоль/л. У больных, перенесших экстренные операции: прандиальный уровень гликемии 16,52 ± 10,2 ммоль/л; постпрандиальная гликемия – 19,8 ± 11,8 ммоль/л; экскурсия гликемии – 6,32 ± 5,77 ммоль/л. Осложнения: абсессы – 2,7 %, пневмонии – 2,9 %, острый инфаркт миокарда – 1,7 %. При статистической обработке данных выявлены наиболее достоверно влияющие параметры компенсации СД. Постпрандиальный уровень в течение дня оказывает максимальное влияние (20 %) на сроки пребывания в стационаре, расчетная модель: y = 1,6 + 0,7x, где y – дни госпитализации, x – максимальный уровень гликемии, (p < 0,02), при увеличении постпрандиальной гликемии на 1 ммоль/л количество дней пребывания в стационаре удлиняется на 0,7. Увеличение колебаний суточной гликемии на 1 ммоль/л удлиняет продолжительность пребывания в стационаре на 0,7 дня, (модель: y = 6,7 + 0,7x) и оказывает влияние на скорость течения послеоперационного периода на 14 %, (p < 0,06). Срок госпитализации зависит от прандиального уровня гликемии на 17 % (r^2-0,17). Расчетная модель дней госпитализации: y = 0,7+1x, где y – дни госпитализации, x – уровень гликемии натощак, модель рассчитана с точностью 95 %. Определен максимальный уровень гликемии в течение дня до 12 ммоль/л, при котором сроки заживления составляют до 10 дней.
Выводы. 1. Наиболее статистически значимым параметром, влияющим на послеоперационное течение, является максимальная гликемия в течение дня. 2. Оптимальный уровень постпрандиальной гликемии при плановом оперативном лечении гнойно-воспалительных заболеваний определен до 10 ммоль/л. 3. Оптимальный уровень гликемии при экстренном оперативном лечении гнойно-воспалительных заболеваний – до 12 ммоль/л. 4. При увеличении максимального уровня сахара крови и колебаний в течение дня на 1 ммоль/л количество дней пребывания в стационаре увеличивается.

Влияние гипербарической оксигенации на степень фрагментации ДНК сперматозоидов и активных радикалов кислорода в сперме у пациентов с идиопатическим мужским бесплодием

Метелев А. Ю.[1], Богданов А. Б.[1, 2], Ивкин Е. В.[1]
[1]*ГБУЗ «ГКБ им. С. П. Боткина ДЗМ», Москва*
[2]*ФГБОУ ДПО «РМАНПО» МЗ РФ, Москва*

Введение. Около 15 % пар репродуктивного возраста по всему миру страдают бесплодием, мужской фактор присутствует примерно в 40 % случаев. Сложной и до конца необъяснимой причиной идиопатического мужского бесплодия является повреждение ДНК сперматозоидов. В этом случае вероятность наступления беременности естественным путем резко снижается, а в некоторых случаях беременность возможна только при использовании вспомогательных репродуктивных технологий. Одной из доказанных причин повреждения ДНК сперматозоидов является высокое содержание в сперме активных радикалов кислорода.
Цель. Оценка эффективности гипербарической оксигенации в снижении уровня активных радикалов кислорода спермы.
Материалы и методы. Отобрана группа пациентов с бесплодием, сопровождающимся высоким содержанием активных радикалов кислорода в сперме и повышением индекса фрагментации ДНК сперматозоидов. Методом оценки продукции активных форм кислорода в эякуляте являлся ROS-тест – оценка оксидативного стресса сперматозоидов с помощью хемилюминесценции. Степень фрагментации оценивалась с помощью метода Halosperm, основанного на дисперсии хроматина вокруг ядра, за счет чего можно различить сперматозоиды без и с фрагментированной ДНК.
Результаты. Средняя продолжительность бесплодного брака в исследуемой группе составила 2,4 года, средний возраст мужчин составил 28,6 лет. В спермограммах чаще всего определялись олигоастенозооспермия той или иной степени тяжести, тератозооспермия, которая была отмечена у 3 пациентов, а также сочетание снижения количества, подвижности и морфологии (олигоастенотератозооспермия), которое выявлено у 4 пациентов. Доля сперматозоидов с поврежденным ДНК в среднем составила 37,7 %. Среднее значение содержания активных радикалов кислорода в сперме – 9,9. Гипербарическая оксигенация на бароаппаратах БЛКС-303 выполнялась по стандартной методике. Проводилось 10 сеансов, продолжительностью по 60 минут (5–10 мин. компрессия, 40 мин. изопрессия, 10 мин. декомпрессия), исключая первый вводный сеанс. Режимы баротерапии устанавливались индивидуально с учетом переносимости пациентом повышенного давления внутри камеры – средние цифры 1, 2–2 АТА (в режиме изопрессии). Контрольные обследования проводились до и через 3 месяца после курса гипербарической оксигенации.
Заключение. В результате проведенного исследования продемонстрировано снижение доли сперматозоидов с поврежденной ДНК в среднем на 7 % (с 37,7 % до 30,7 %) через 3 месяца после курса гипербарической оксигенации. Несмотря на существующее мнение об усилении оксидативного стресса на фоне насыщения тканей кислородом под повышенным давлением, нами продемонстрирован обратный эффект в виде снижения уровня активных радикалов кислорода в сперме в среднем на 6,5 (с 9,9 до 3,4).

Диагностика менингита методом микроспектроскопии цереброспинальной жидкости

Мигманов Т. Э.[1], Сундуков А. В.[1], Кускова Т. К.[1], Еремушкина Я. М.[1, 2], Нагибина М. В.[1], Цветкова Н. А.[2], Смирнова Т. Ю.[2]
[1]*ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А. И. Евдокимова» МЗ РФ, Москва*
[2]*ГБУЗ «ИКБ № 2 ДЗМ», Москва*

Введение. Активный поиск эффективных и оперативных методов диагностики менингита продолжается, т. к. от скорости диагностики зачастую зависит и успех лечения.
Цель. Анализ возможностей метода спектроскопии комбинационного рассеяния при исследовании спинномозговой жидкости с выявлением характерных изменений в спектре, которые могут свидетельствовать о наличии патологических клеток и служить для оперативной диагностики менингита.
Материалы и методы. Были исследованы образцы спинномозговой жидкости пациентов, получающих лечение по поводу гнойного менингита, а также сепсиса с поражением центральной нервной системы. Цереброспинальная жидкость подвергалась спектроскопическому исследованию. В качестве исследовательского комплекса использовался спектрометр комбинационного рассеяния Nicolet Almega XR с лазерным источником возбуждения на длине волны 532 нм. При этом проведенный анализ продемонстрировал, что как в жидкой фазе, так и в высушенной капле ликвор сохраняет основные характерные особенности своего спектра комбинационного рассеяния не менее трех суток. В высушенном виде образец удобен для хранения, компьютерной обработки спектра комбинационного рассеяния.
Объектами измерений служили промытые и высушенные образцы бактерий, а также высушенные капли спинномозговой жидкости.
Результаты. Микроспектроскопия комбинационного рассеяния с разных участков сухого ликвора показала, что лейкоциты и бактерии локализуются в виде крупинок размером 10–40 мкм на дендритных ветвях кристаллической картины. Спектр комбинационного рассеяния ликвора, содержащего бактерии, отличался от спектра кристаллической структуры высушенной матрицы ликвора условно здорового человека. Для здорового человека это лейкоциты с характерной спектральной линией 1654 см-1. При наличии бактерий эта линия смещается до 1668 см-1. Для каждого инфекционного агента характерна своя спектральная картина, так, например, *Staphylococcus aureus* надежно детектируется по характерным для него линиям 1523,6 см-1 и 1151,6 см-1, связанным с колебаниями C=C связей каротиноидов.
Вывод. Использование микроспектроскопии для исследования цереброспинальной жидкости является перспективным методом, который позволяет в короткое время получить ключевую информацию на молекулярном уровне об исследуемом образце, позволяя идентифицировать вид бактерий с высокой достоверностью.

Организация и ведение микробиологического мониторинга при реализации стратегии контроля антимикробной терапии в многопрофильном стационаре

Митичкин А. Е., Мелкумян А. Р., Петрова Н. В., Квитивадзе Г. К.
ГБУЗ «ГКБ им. Ф. И. Иноземцева ДЗМ», Москва

В настоящее время антимикробная резистентность становится все более серьезной проблемой здравоохранения, которая значительно препятствует эффективному лечению пациентов. Результат неадекватной терапии оборачивается для пациента неполным восстановлением здоровья, длительностью лечения, а для медицинской организации в целом – увеличением расходов, удлинением сроков лечения, возрастанием частоты летальных исходов.
Интенсивное развитие и применение высокотехнологичных методов диагностики и лечения обусловливает появление новых рисков и определяет необходимость комплексного подхода к решению проблемы распространенности резистентных возбудителей инфекционно-воспалительных заболеваний и их осложнений, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП).
Решение проблемы лечения в условиях стационара инфекций, вызванных полирезистентными бактериями, может быть реализовано внедрением комплекса необходимых мероприятий по рационализации использования антимикробных препаратов (АМП), внедрению политики стационара по сдерживанию антибиотикорезистентности и стратегии контроля антимикробной терапии (СКАТ).
Задачами программы СКАТ являются: профилактика распространения возбудителей ИСМП, резистентных к антибиотикам; рациональное применение антимикробных препаратов; повышение эффективности эмпирической антибактериальной терапии; оптимизация (снижение) расходов стационара на АМП; снижение койко-дня пребывания пациента в стационаре.
В реализации программы СКАТ важным звеном является осуществление микробиологического мониторинга, который предполагает систематический и целенаправленный поиск микроорганизмов, потенциально способных вызывать и/или вызывающих у пациентов инфекционный процесс, а также позволяет организовать слежение за формированием госпитальных штаммов, возбудителей ИСМП и уровнем их резистентности к АМП с применением современных методов микробиологической диагностики.
С применением медицинских информационных систем (МИС и ЛИС) внедрен алгоритм стратификации пациентов на следующих этапах: при поступлении в стационар; при переводе в или из реанимационного отделения; при назначении эмпирической АМТ; при назначении микробиологического исследования.
Алгоритм внедрения СКАТ с применением электронных МИС утвержден приказом главного врача от 30.07.2019 г. № 570 «О внедрении в ГБУЗ «ГКБ им. Ф. И. Иноземцева ДЗМ» программы «Стратегия контроля антимикробной терапии при оказании стационарной медицинской помощи». В соответствии с приказом в стационаре действует рабочая группа по контролю за АМТ и предупреждению распространения антимикробной резистентности при оказании стационарной медицинской помощи.

Индивидуальный и корпоративный имидж медицинской сестры с позиции теории поколений

Модестов А. А.
ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» МЗ РФ, Москва

Теория поколений разработана американскими учеными Н. Хоувом и В. Штраусом в 1992 г. В основе ее лежит представление, что ценности и их сходство, а не возраст формируют и определяют поколение. Эти ценности действуют незаметно, но во многом определяют поведение: как мы общаемся, как решаем конфликты и строим команды, как развиваемся, что нас мотивирует, как ставим цели и управляем людьми. Следует подчеркнуть, что глубинные ценности поколений являются важным ориентиром для специалистов как в области управления персоналом, так и при формировании набора тех или иных профессиональных компетенций.
В рамках теории выделяется несколько поколений, родившихся в XX и на рубеже XXI веков. К поколениям, работающим в здравоохранении, относятся

(использованы данные Росстата РФ на 01.01.2018 г.):

1. Поколение беби-бумеров (1943–1963 г. р.) – 56 лет и старше (19,3 % от общего числа медицинских работников).
2. Поколение X (1964–1984) – 35–55 лет (54,4 %).
3. Поколение миллениум или Y (1985 –1999) – до 35 лет (22,3 %).
4. Поколение Z (2000 г. р.) только вступает в образовательную профессиональную среду.

Главное различие этих поколений заключается в переходе от ценностей к мотивациям (ценности, как правило, изменяются медленнее, чем социальная действительность).

Этот подход использован нами для разработки тренинга по формированию индивидуального и корпоративного имиджа медицинских сестер в НМИЦ здоровья детей. Целевая группа обучения состояла из 36 старших медицинских сестер. Тренинг включал теоретическую и практическую части. Теоретическая включала опрос по специально разработанной анкете, что позволило выявить уровень владения программой PowerPoint, умение сделать самопрезентацию, презентацию отделения, написать электронное письмо.

Практическая часть заключалась в подготовке в программе PowerPoint самопрезентации и презентации отделения по разработанному нами алгоритму. Варианты отсылались старшими медицинскими сестрами по электронной почте тренерам для оценки и совершенствования подготовленного материала. Переписка способствовала формированию навыков по написанию писем в электронном формате. Лучшие презентации обсуждались участниками тренинга.

В ходе повторного анкетирования были получены статистически достоверные результаты по каждой составляющей тренинга.

Национальный проект «Здравоохранение» – новые стратегии и векторы развития сестринского дела

Модестов А. А.
ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» МЗ РФ, Москва

Эволюция развития сестринского дела в России и за рубежом в значительной степени связана с расширением функций медицинских сестер. Это ответ на вызовы профессиональной деятельности, связанные с совершенствованием стратегий национальных систем здравоохранения, направленных на поддержание и развитие здоровья населения, с развитием медицинских технологий.

Стратегия развития здравоохранения России на ближайшие 6 лет содержится в национальном проекте «Здравоохранение». Важное место в его реализации занимают медицинские сестры страны.

Согласно характеристике профессиональной деятельности выпускников по специальности 34.02.01 «Сестринское дело», ее цель и назначение – оказание населению квалифицированной сестринской помощи для сохранения и поддержания здоровья в различные возрастные периоды жизни.

В этом контексте к стратегиям развития сестринского дела можно отнести три основные группы компетенций: клинические, коммуникативные и цифровые. Перечень компетенций в каждой группе направлен на укрепление ядра профессии.

Так, новые клинические компетенции ориентированы как на целеполагающие задачи специальности, так и на уровень медицинской организации, в которой работает специалист.

Привлечение среднего медицинского персонала к исследованиям способствует использованию в работе принципов доказательной медицины и эффективному сотрудничеству в междисциплинарной команде специалистов.

Семейно-ориентированная практика направлена на развитие коммуникативных и лидерских компетенций, готовность медицинских сестер взаимодействовать с пациентами различных возрастных групп и формирует приверженность пациентов к здоровому образу жизни.

Цифровые навыки медицинских сестер расширяют спектр их возможностей: самообразование, переписка, заполнение электронной документации и т. д.

Дефицит сестринского персонала требует со стороны руководства медицинских организаций особого внимания к созданию гигиенической и мотивационной производственной среды, направленной на профилактику профессионального выгорания.

Клинико-морфологический анализ поражения проводящей системы сердца при инфекционном эндокардите и генерализованном туберкулезе у ВИЧ-инфицированных пациентов

Мозгалева Н. В.[1], Пархоменко Ю. Г.[1, 2]
[1] *ГБУЗ «ИКБ № 2» ДЗМ, Москва*
[2] *ФГБНУ «НИИ морфологии человека», Москва*

Проведен анализ патоморфологических и электрокардиографических данных 75 умерших ВИЧ-инфицированных пациентов: 50 случаев с морфологически подтвержденным диагнозом инфекционного эндокардита (ИЭ) и 25 случаев генерализованного туберкулеза (ГТ). Возбудителем ИЭ в 92 % случаев являлся золотистый стафилококк, преимущественно в ассоциациях с грибами Candida и/или Klebsiella pneumoniae, Escherichia coli и Acinetobacter baumanii. Исследование проводящей системы сердца (ПСС) проводили по модифицированной методике Пархоменко и соавт.

Морфологические изменения ПСС (воспалительные, дистрофические, дисциркуляторные и склеротические) соответствовали изменениям рабочего миокарда и выявлены в 100 % случаев ИЭ и 92 % ГТ. При ИЭ преобладали воспалительные и деструктивные изменения, а при ГТ – дистрофия проводящих кардиомиоцитов. В обеих группах наиболее часто поражалась левая ножка пучка Гиса, а наиболее редко – синусно-предсердный узел, промежуточное положение занимали предсердно-желудочковый узел, основной ствол пучка Гиса и его правая ножка. Частота воспалительной инфильтрации ПСС при ИЭ в среднем на 39 % превышала таковую при ГТ ($p < 0,05$), при одинаковой закономерности поражения элементов ПСС.

Электрокардиографически у всех пациентов с ИЭ и 64 % пациентов с ГТ отмечена синусовая тахикардия от 92 до 160 ударов в минуту, признаки неспецифических изменений миокарда, отражающих нарушения реполяризации в рабочем миокарде (51 % при ИЭ, 82 % при ГТ). Данные изменения при ИЭ клапанов левой половины сердца отмечены в 3 раза чаще по сравнению с ИЭ правой половины, что обусловлено развитием септикопиемии по большому кругу кровообращения. Нарушения проводимости зафиксированы у 10 пациентов: по 5 случаев ИЭ и ГТ (14 % и 23 % соответственно) и проявлялись блокадами ножек пучка Гиса (правой 8 случаев, левой – 1 случай), замедлением атриовентрикулярной проводимости (однократно при ГТ). Гистологически в этих случаях отмечалась выраженная воспалительная инфильтрация, некрозы (при ИЭ) и дистрофия и проводящих кардиомиоцитов (при ГТ).

Вывод. Воспалительные изменения ПСС у ВИЧ-инфицированных были более выражены при ИЭ по сравнению с ГТ. Электрокардиографические изменения при ИЭ и ГТ имели морфологический базис в виде тяжелых морфологических патологических изменений ПСС и рабочего миокарда.

О критериях, нормах и правилах контроля качества и безопасности медицинской деятельности в Москве

Морозов С. Ю.
ГБУЗ «НПКЦ ДиТ ДЗМ», Москва

Введение. Организация внешнего и внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в городе Москве регламентирована различными нормативно-правовыми документами, действующими на территории РФ. Порядок осуществления внешнего контроля качества существенно отличается от внутреннего. Основные отличия связаны с различными критериями, нормами и правилами, используемыми как в медицинских, так и контролирующих (надзорных) организациях (Росздравнадзор, страховые компании др.). Страховые компании, при осуществлении внешнего контроля, руководствуются положениями Приказа ФФОМС от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию», где определены критерии, нормы и правила. В медицинских организациях внутренний контроль качества регламентирован Приказом ДЗМ от 16.08.2013 № 820 «О совершенствовании организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы». Основная проблема заключается в отсутствии единого применения критериев, норм и правил при осуществлении внешнего и внутреннего контроля качества и безопасности медицинской помощи. Нельзя не отметить, что при внешнем контроле качества медицинской помощи применяются методы исключения возможных правонарушений, проверяется соответствие оказываемых видов медицинских услуг указанным в лицензии на определенный вид медицинской деятельности, укомплектованность кадрами, наличие журналов учета, размещение необходимой информации на сайтах в сети Интернет и др. При проведении внутреннего контроля качества эти критерии в большинстве случаев не учитываются. Однако, несмотря на большое количество методических и практических рекомендаций, инструкций единого применения критериев, норм и правил в них не содержится.

Вследствие высокой степени ответственности медицинских работников за соблюдение законов и установленных в них критериев, норм и правил все чаще поднимаются вопросы о разработке и внедрении соответствующих документов, учитывающих многообразие критериев, норм и правил внешних контролирующих (надзорных) органов, что и определяет актуальность данного исследования.

Цель. Анализ причин применения удержаний, штрафных санкций, административных правонарушений в медицинских организациях Москвы для разработки единых подходов, учитывающих единые критерии, нормы и правила, применяемые контролирующими (надзорными) органами.

Материалы и методы. Изучены нормативно-правовые документы, являющиеся основополагающими при проведении внешнего и внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (законы, приказы, распоряжения, порядки, регламенты и др.), содержащиеся в них критерии, нормы и правила. Разработана унифицированная карта сбора данных, позволяющая систематизировать критерии, нормы и правила в зависимости от подразделения медицинской организации. Полученные результаты обобщены и интерпретированы. Объектами исследования являлись 50 карт внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, 50 актов и заключений страховых компаний (акты медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи), 10 предписаний Росздравнадзора и решений комиссий по применению административных правонарушений. Полученные результаты были обобщены и проанализированы, выделены существенные критерии, нормы и правила, в том числе являющиеся основанием для применения административных правонарушений.

Результаты. 1. Критерии оценки, нормы и правила при проведении внутреннего и внешнего контроля качества и безопасности медицинской деятельности различны. 2. Определены и сопоставлены причины, являющиеся основанием для применения не только удержаний, штрафов, но и ответственности за административные правонарушения. 3. Разработаны карты внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, позволяющие заблаговременно выявить риски удержаний, штрафов и административных правонарушений в конкретном структурном подразделении медицинской организации.

Вывод. Для минимизации рисков удержаний, штрафных санкций и административных правонарушений необходимо использовать единые критерии, нормы и правила при строгом исключении формального подхода к заполнению карт внутреннего контроля качества и безопасности медицинской помощи соответствующих структурных подразделений медицинской организации.

Современные стандарты лучевой диагностики

Морозов С. П.
ГБУЗ «НПКЦ ДиТ ДЗМ», Москва

Лучевая диагностика (ЛД) – это наиболее динамично развивающаяся сфера здравоохранения, посвященная вопросам точного и быстрого определения заболеваний, контроля эффективности проводимого лечения и своевременного выявления злокачественных новообразований.

По состоянию на 31 декабря 2018 г. отделения лучевой диагностики работают в 154 амбулаторных и 63 стационарных медицинских организациях ДЗМ. Парк диагностического оборудования насчитывает 887 единиц, на которых в год проводится порядка 5,6 млн исследований. При этом прогноз на 2021–2022 год составляет около 6,7 млн исследований. Проводится активная замена аналогового оборудования на цифровое. Так, к 2021 г. в московских поликлиниках, стационарах, амбулаторных центрах планируется установить более 1,5 тыс. единиц цифрового оборудования.

Современная лучевая диагностика должна быть доступной, быстрой, качественной и безопасной. Для этого необходимо сформировать актуальные организационно-управленческие, клинические, технические и прочие стандарты.

В системе здравоохранения Москвы при организационно-методической поддержке «НПКЦ ДиТ ДЗМ» ведется комплексная работа по таким направлениям:

1. Назначение лучевых исследований: разработка методических основ и систем поддержки принятия решения для врачей-клиницистов, осуществляющих выбор конкретных методик (в том числе на основе принципа обоснования МАГАТЭ).
2. Текущая цифровизация: дальнейшее развитие Единого радиологического информационного сервиса (в том числе как методологического стандарта для радиологических информационных систем субъектов РФ); программа перехода на цифровое диагностическое оборудование; научно обоснованная унификация методик применения телемедицинских технологий.
3. Перспективная цифровизация: научное обоснование стандартов подготовки данных для разработки и тестирования искусственного интеллекта, разработка методологии клинических испытаний когнитивных систем.
4. Обеспечение качества: формирование профессионального менеджмента в сфере лучевой диагностики; развитие нормативных и педагогических стандартов для непрерывного повышения квалификации специалистов.
5. Мониторинг качества: совершенствование методологии анализа (пересмотров) результатов лучевых исследований с формированием индивидуальных стратегий повышения качества (в том числе унификация классификаций выявляемых проблем и их причин, принципов реагирования).
6. Безопасность: научно обоснованная актуализация нормативно-правовой базы в сфере радиационной безопасности; развитие компьютеризированных средств контроля дозовой нагрузки с их интеграцией в Единый радиологический информационный сервис.

Оперативное лечение больных гиперпаратиреозом на фоне терминальной стадии хронической почечной недостаточности

Мударисов Р. Р., Алексанян А. А.
ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ», Москва

Проблема гиперпаратиреоза (вторичный, третичный) на фоне терминальной хронической почечной недостаточности (ТХПН) достаточно актуальна и требует мультидисциплинарного подхода к больному. На фоне улучшения качества лечения продолжительность жизни больных на гемодиализе неуклонно увеличивается, однако параллельно возрастает частота гиперпаратиреоза и тяжесть его скелетных проявлений. В настоящее время вторичный гиперпаратиреоз (ВГПТ) является одним из самых грозных осложнений, так как существенно снижает качество и продолжительность жизни больных, получающих заместительную почечную терапию. ВГПТ развивается по разным данным у 15–75 % больных на гемодиализе.

Диагностический этап является крайне важным в лечении больных ГПТ. После того как лабораторно диагноз ГПТ установлен без каких-либо сомнений, а локализация пораженных паращитовидных желез (ПЩЖ) четко определена с использованием современных методов (УЗИ, мультиспиральная КТ с болюсным контрастным усилением, сканирование ПЩЖ с технетрилом), хирург-эндокринолог может приступать собственно к планированию оперативного лечения.

Хирургическое отделение ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ» выполняет операции по удалению аденом ПЩЖ при всех видах ГПТ. У нас значительный опыт операций на эндокринных органах шеи. В нашей больнице применяются все современные технологии в области эндокринной хирургии:

- визуализация возвратных нервов;
- ультразвуковой гармонический скальпель Ethicon Harmonic;
- интраоперационное экспресс-определение уровня паратгормона крови;

• фотодинамическая визуализация околощитовидных желез.

Хирургическая реанимация располагает возможностями для проведения гемодиализа пациентам с ВГПТ.

Интересным представляется наблюдение с благоприятным результатом лечения больной третичным ГПТ на фоне ТХПН:

Больная К., 52 года, поступила в хирургическое отделение с жалобами на боли в костях тянущего, ноющего характера, особенно в позвоночнике, усиливающиеся при физической нагрузке, выраженную слабость мышц рук и ног, боли в стопах. Лабораторно: уровень паратгормона в крови –1837 (пг/мл). При УЗИ ПЩЖ визуализировались две верхние ПЩЖ — сзади верхних полюсов щитовидной железы, левая нижняя ПЩЖ. При КТ ПЩЖ: правая нижняя аденома расположена за вырезкой грудины (загрудинное расположение), в области грудино-ключичного сустава.

Выполнено оперативное вмешательство — тотальная паратиреоидэктомия с аутотрансплантацией фрагмента минимально измененной околощитовидной железы в плече-лучевую мышцу на предплечье. Операция произведена из стандартного шейного доступа длиной до 3,5 см, без пересечения претрахеальных мышц. Благодаря предоперационной КТ-навигации удалены 4 околощитовидные железы (в т. ч. аденома с загрудинным расположением). Использовались все методические подходы для профилактики специфических осложнений. Интраоперационное экспресс-определение уровня паратгормона крови (1837 64 пг/мл). Больная отпущена домой на 2-е сутки в удовлетворительном состоянии (под наблюдение эндокринолога, нефролога).

Представленное наблюдение показывает значимость содействия представителей смежных специальностей (хирурга, эндокринолога, нефролога, рентгенолога) в полноценном обследовании больного и выполнении качественного оперативного вмешательства в необходимом оптимальном объеме.

Первый опыт внедрения высокотехнологичных эндоскопических методик в лечебную практику хирургического стационара общего профиля

Мударисов Р. Р., Комиссаров Д. Ю., Хохлатов Д. Э., Черепянцев Д. П., Шитиков Е. А., Тухикян А. С.
ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ», Москва

В современной медицине все чаще на базе стационаров формируются так называемые «центры компетенции», клиники развиваются по принципу узкой специализации. В этой связи не совсем ясными представляются перспективы диагностических служб и служб по оказанию малоинвазивной помощи. Так, эндоскопическая помощь в крупном «мультицентровом» стационаре развивается во всех направлениях, в то время как эндоскопия стационаров «узкого» профиля движется по пути стагнации в рамках ограниченной сферы применения.

Тем не менее часть стационаров продолжают оказывать медицинскую помощь широкого хирургического и терапевтического профиля.

В подобных условиях эндоскопическая служба часто сталкивается с клиническими ситуациями, требующими оказания высококвалифицированной и технологичной помощи: часть пациентов, проходя лечение в «профильной клинике», нуждаются в высокотехнологичной диагностике или малоинвазивном лечении для продолжения патогенетической терапии, в других случаях пациентам необходимо уточнение диагноза или разрешение острой клинической проблемы для последующего направления в специализированное учреждение. А нередко тяжесть состояния диктует необходимость оказания помощи на месте независимо от профиля учреждения.

С февраля 2019 г. в нашей клинике в практику внедряются высокотехнологичные эндоскопические методы диагностики и лечения: эндосонография (ЭУС) (в том числе интервенционная), сложные транспапиллярные и трансбронхиальные, тоннельные вмешательства, развиваются методики диссекции в подслизистом слое.

За этот период выполнено 15 диагностических ЭУС, по результатам которых были уточнены диагнозы, определившие тактику лечения. Трижды накладывались ЭУС-рентген ассистированные цистогастроанастомозы при постнекротических жидкостных скоплениях. В одном случае выполнена ЭУС-рентген-холангиодуоденостомия. Выполнена первая пероральная кардиомиотомия при ахалазии кардии. 11 пациентам восстановлена проходимость желудочно-кишечного тракта при стенозах различного уровня и генеза с помощью стентов. В одном случае выполнена комбинированная реканализация рубцовой стриктуры трахеи. Технический и клинический успех транспапиллярных вмешательств на желчных и панкреатическом протоках достиг 98 и 96 % соответственно.

Выводы. 1. Изменения системы маршрутизации городского здравоохранения оказывают существенное влияние на деятельность эндоскопической службы. 2. Активное развитие эндоскопической службы позволит создавать свои эндоскопические центры компетенции, способные решать практически любые клинические задачи. 3. Малоинвазивные эндоскопические методики и мультидисциплинарный подход открывают возможность оказания высококвалифицированной помощи независимо от генеза заболевания и профиля учреждения.

Эхосемиотика рака гортани

Мулярец М. В., Кожанов Л. Г. Кожанов А. Л.
ГБУЗ «ГКОБ № 1 ДЗМ», Москва

Введение. В настоящий момент рак гортани занимает седьмое место среди всех злокачественных опухолей, составляя 2–5 % и занимая первое место среди опухолей головы и шеи. Несмотря на доступность для визуального и инструментального исследования, рак гортани продолжает оставаться достаточно трудной локализацией для своевременной диагностики.

Цель. Изучение и систематизация функциональных и эхографических признаков рака гортани.

Материалы и методы. Проанализированы данные УЗИ 140 больных раком гортани. Среди них 13 (9,3 %) пациентов с экзофитной формой роста опухоли, 38 (27,1 %) пациентов с эндофитной и 89 (63,6 %) – со смешанной формой роста опухоли.

Результаты. При УЗИ установлено, что группы с инфильтративными формами роста опухоли схожи между собой и достоверно различаются от группы с экзогенной формой роста опухоли.

Так, для инфильтративных опухолей характерно отсутствие подвижности гортани: 125 (98,4 %) против 11 (84,6 %) при экзофитной (p = 0,04), расширение одной или двух половин гортани без сохранения эхоструктуры: 121 (95,3 %) против 1 (7,7 %) при экзофитной (p = 0,0001), неровный, нечеткий контур: 125 (98,4 %) против 1 (7,7 %) при экзофитной (p = 0,0001), с гипоэхогенной эхоструктурой: 123 (96,9 %) против 0 при экзофитной (p = 0,0001), гетерогенная эхоструктура: 96 (75,6 %) против 0 при экзофитной (p = 0,0001), форма неправильная: 124 (97,6 %) против 1 (7,7 %) при экзофитной (p = 0,000008), с инфильтрацией прилежащих тканей и органов шеи: 107 (84,3 %) против 1 (7,7 %) при экзофитной (p = 0,0001).

В свою очередь, для экзофитной формы роста опухоли характерно сохранение подвижности: 2 (15,4 %) против 2 (1,6 %) при инфильтративном росте опухоли (p = 0,04), сохранение эхоструктуры органа: 12 (92,3 %) против 6 (4,7 %) при инфильтративном росте опухоли (p = 0,0001), четкий контур: 12 (92,3 %) против 2 (1,6 %) при инфильтративном росте опухоли (p = 0,0001), структура слабо повышенной эхогенности: 3 (23,1 %) против 0 при инфильтративном росте опухоли (p = 0,0006), структура изоэхогенная: 10 (76,9 %) против 4 (3,1 %) при инфильтративном росте опухоли (p = 0,0001), гомогенная структура: 13 (100 %) против 2 (1,6 %) при инфильтративном росте опухоли (p = 0,0001), форма округло-овальная: 12 (92,3 %) против 3 (2,4 %) при инфильтративном росте опухоли (p = 0,0001), отсутствие инфильтрации прилежащих тканей и органов шеи: 12 (92,3 % против 20 (15,7 %) при инфильтративном росте опухоли (p = 0,0001).

Наличие достоверных различий в эхоструктуре экзофитных и инфильтративных опухолей гортани привело к созданию решающего правила для дифференциальной диагностики экзофитной и инфильтративных (эндофитной и смешанной) форм первичного рака гортани по результатам проведения УЗИ.

Для списка наиболее информативных признаков были вычислены диагностические коэффициенты, отражающие их вклад в различение сравниваемых групп, т. е. диагностическую значимость для проведения дифференциального прогноза между экзофитной и инфильтративными формами роста опухоли гортани.

Вывод. УЗИ гортани позволяет систематизировать функциональные и эхографические признаки экзофитных и инфильтративных форм рака гортани.

Оценка болевого симптома у пациентов после эндопротезирования коленного сустава

Мурылев В. Ю., Алексеев С. С., Елизаров П. М., Куковенко Г. А.
ГБУЗ «ГКБ им. С. П. Боткина ДЗМ», Москва

Введение. Тотальное эндопротезирование является одним из самых эффективных методов лечения дегенеративных, системных и посттравматических заболеваний коленного сустава. Однако до 25 % пациентов остаются неудовлетворенными результатами операции. В большинстве случаев эти пациенты предъявляют жалобы на боль в оперированном суставе. Определение причины болей в оперированном суставе может оказаться серьезным испытанием для врача.

Цель. Определить причины болей у пациентов после эндопротезирования коленного сустава с помощью алгоритма обследования, а также оценить диагностическую ценность каждого отдельно взятого метода обследования.

Материалы и методы. Проведен анализ комплексного обследования 79 пациентов с жалобами на хронические боли в коленном суставе после операции первичного тотального эндопротезирования, обратившихся за помощью с начала 2016 по декабрь 2018 г. Критериями включения пациентов в исследование были наличие эндопротеза коленного сустава и наличие болей в прооперированном суставе. Исключены пациенты со свищевой формой перипротезной инфекции, с подозрением на culture-negative инфекцию и пациенты после ревизионных операций. Все пациенты, включенные в исследование, проходили процедуру обследования по стандартному алгоритму комплексного обследования.

Результаты. В результате обследования были выявлены наиболее вероятные причины болей у этой категории больных. У 39 (49,4 %) пациентов обнаружена инфекция, у 14 (17,7 %) пациентов вероятной причиной оказалась стояние компонентов, в 13 (16,5 %) случаях обнаружено асептическое расшатывание компонентов, у 6 (7,6%) пациентов нестабильность связочного аппарата, у 5 (6,3 %) пациентов обнаружены внесуставные причины болевых ощущений, у 2 (2,5 %) пациентов выявлен перипротезный перелом. У 17 (21,5 %) пациентов было обнаружено несколько причин.

Выводы. 1. Обследование пациентов с болезненным эндопротезом коленного сустава должно проводиться в полном объеме, так как у пациента может быть сразу несколько причин болевых ощущений. 2. Комплексный и систематический подход к диагностике болевых ощущений в прооперированном суставе является «ключом к успеху» для определения дальнейшей тактики лечения и позволяет определить необходимость и объем ревизионного вмешательства. 3. В нашем исследовании у 93,7 % пациентов боли были следствием различных проблем в оперированном суставе.

Ранние результаты гемиэндопротезирования коленного сустава

Мурылев В. Ю., Елизаров П. М., Куковенко Г. А., Деринг А. А., Ерохин Н. Е., Иваненко Л. Р., Сорокина Г. Л.
ГБУЗ «ГКБ им. С. П. Боткина ДЗМ», Москва

Введение. По данным австралийского регистра, в 2017 г. доля частичного эндопротезирования коленного сустава от тотального составила 10,6 %. На долю одномыщелкового эндопротезирования коленного сустава (ОЭКС) приходится самая большая часть (92,9 %) операций частичного эндопротезирования коленного сустава, а 20-летняя выживаемость с ОЭКС достигает 90 %.

Цель исследования. Изучить ранние результаты ОЭКС.

Материалы и методы. В ГКБ им. С. П. Боткина в период с марта 2018 по апрель 2019 г. 52 больным было выполнено ОЭКС. Средний возраст составил 64 года (от 39 до 77 лет). Проводилась оценка функции коленного сустава и качества жизни с использованием шкал: KOOS, WOMAC, SF-36. Повторная оценка производилась через 3, 6, 9,12 месяцев после операции.

Результаты. Функциональные результаты при обращении составили в среднем по шкале KOOS 33,1 % (интерквартильный размах от 22,8 до 38,4), по шкале WOMAC – 71,3 % (интерквартильный размах от 63,6 до 78,8), по шкале SF-36 суммарно 65,8 баллов (интерквартильный размах от 61,3 до 72,1), что соответствует неудовлетворительным результатам. При повторной оценке показателей шкал через три месяца после операции результаты составили в среднем 62,9 %, 35,2 % и 91,4 баллов соответственно, то есть наблюдалось клинически и статистически значимое улучшение (p = 0,032). Наилучшие результаты были получены при исследовании через 12 месяцев после операции и составили в среднем 71,1 %, 35 % и 96,7 баллов по тем же шкалам соответственно со статистически значимыми различиями (p = 0,024). Данные результаты расценены как хорошие. При исследовании зависимостей нами получена статистически значимая отрицательная корреляция между ИМТ и функциональным исходом (r = –0,73, p = 0,027).

Выводы. 1. Через 12 месяцев после эндопротезирования получены наилучшие функциональные результаты. 2. Выявлена связь неудовлетворительных результатов с ИМТ, что должно учитываться при определении тактики лечения.

Опыт разработки мобильного приложения для поддержки лиц, отказывающихся от употребления табачных изделий

Надеждин С. А., Колгашкин А. Ю., Федоров М. В., Тетенова Е. Ю., Кучеров Ю. Н., Надеждин А. В.
ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ», Москва

По данным ВОЗ, употребление табака является важной причиной возникновения многих наиболее смертельно опасных болезней в мире, в том числе сердечно-сосудистых заболеваний, хронических обструктивных болезней легких и онкологических заболеваний.

По данным российского сегмента Глобального опроса взрослого населения о потреблении табака (GATS), 56,2 % постоянных курильщиков табака планировали отказаться от его употребления или, по крайней мере, задумывались об этом.

В этой ситуации несомненную актуальность приобретают различные способы мотивации человека на отказ от употребления табака, оказание ему необходимой психологической поддержки.

Мобильные приложения для лиц, сталкивающихся с проблемами, вызванными употреблением психоактивных веществ, распространены достаточно широко и доступны в различных форматах и с различным функциональным наполнением, что позволяет пользователю выбрать решение, представляющееся оптимальным в конкретном случае.

Мобильные приложения позволяют оказывать нуждающимся мотивационную поддержку в любом месте в формате 24/7, что делает ее значительно более доступной для клиентов по сравнению с другими службами.

Приступая к работе, авторы преследовали двоякую цель – на основе проведенных исследований создать работоспособное антитабачное приложение, а также понять принципиальные подходы к созданию подобных программных продуктов, которые позволили бы мультиплицировать полученный опыт при создании мобильных решений в области здравоохранения.

Для разработки приложения была создана рабочая группа, в состав которой вошли научные сотрудники ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ». Авторы сосредоточились на разработке мобильного приложения только для одной операционной системы, выбрав ОС Android в силу ее доли на рынке мобильных операционных систем в России. Разработчики стремились к созданию максимально простых, но мотивационно оправданных решений, создающих пользователю визуально комфортную и эмоционально поддерживающую в отказе от курения культурно релевантную среду.

В настоящее время продукт доступен для скачивания в электронном магазине приложений Play Market, им уже воспользовалось несколько сот потребителей, авторы получили первые замечания и предложения по совершенствованию продукта.

Проблемы и трудности раннего лечения пациентов с переломами проксимального отдела бедра

Науменко М. В.[1], Литвина Е. А.[1, 2], Чарчян А. М.[1], Миронов А. Н.[1], Семенистый А. А.[1]
[1]ГБУЗ «ГКБ им. Ф. И. Иноземцева ДЗМ», Москва
[2]ФГОУ ДПО «РМАНПО» МЗ РФ, Москва

Введение. Демографические процессы, происходящие в современном обществе, приводят к увеличению популяции лиц пожилого и старческого

возраста и количества травм проксимального отдела бедренной кости.
Цель. Оценить уровень качества оказания медицинской помощи пациентам с травмой проксимального отдела бедренной кости.
Материалы и методы. Произведен анализ лечения соответствующих больных в травматологическом отделении ГКБ им. Ф. И. Иноземцева в 2018 г. Пациенты были разделены на 2 группы: с вне- и внутрикапсульными переломами проксимального отдела бедренной кости. По срокам и видам вмешательств пациенты были разделены на следующие группы: пациенты с консервативной тактикой лечения, оперированные в первые 48 часов и оперированные позже 48 часов.
Результаты. Всего прооперировано 233 пациента с переломом шейки бедренной кости. Из них в первые 2 суток – 18,45 %, и в подавляющем большинстве случаев выполнен остеосинтез. В 81,55 % наблюдений выполнена операция эндопротезирования тазобедренного сустава спустя 48 часов с момента травмы. Хирургическая активность составила 80,91 %. Средний койко-день – 6,9, а средний предоперационный койко-день – 3,6.
В 201 наблюдении диагностирован чрезвертельный перелом, соотношение оперированных в ранние сроки и после 2 суток – 61,19 % и 39,81 % соответственно, доля прооперированных больных составила 80,72 %, средний койко-день – 4,2, а предоперационный койко-день не превышал 2.
Выводы. 1. Хирургическая активность при лечении данной группы пациентов неуклонно возрастает, что позволяет снизить риск развития смертельных гипостатических осложнений, причинами к проведению отсроченных операций наиболее часто являются анемия, отсутствие согласованности тактики между терапевтом и анестезиологом в необходимости выполнения ЭХОКГ перед операцией, недостатки материально-технического обеспечения. 2. Необходимо окончательное внедрение в практику единого алгоритма обследования и лечения пациентов с травмой проксимального отдела бедренной кости с указанием перечня необходимых исследований, показаний к дополнительным исследованиям, алгоритма подготовки больных к выполнению оперативных вмешательств в наиболее ранние сроки, последующей комплексной реабилитации в условиях специализированных профильных отделений.

Использование методов гравитационной хирургии крови у пожилых пациентов в комплексном лечении нейросенсорной тугоухости

Наумов А. Г., Фетисов И. С., Горин С. Г.
ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн № 2 ДЗМ», Москва

Нарушение слуха по нейросенсорному типу у пожилых пациентов – одна из распространенных проблем в клинической практике. На базе ГВВ № 2 в 2018 г. было пролечено 55 больных нейросенсорной тугоухостью. Больные были разделены на три группы. 1-я группа – контрольная (n = 18), получала стандартное лечение, внутривенное капельное введение раствора пентоксифиллина в течение 10 дней. Больным 2-й группы (n = 18), помимо стандартного лечения, проводилось ежедневно внутривенное введение озонированного физиологического раствора. Больные 3-й группы (n = 19), помимо стандартного лечения, получали внутривенно озонированный физиологический раствор и принимали внутрь озонированную дистиллированную воду. До начала и по окончанию курса лечения проводилась оценка состояния слуха пациентов с помощью опроса, исследования слуха речью и камертонами. Прирост восприятия шепотной речи в 1-й группе пациентов в среднем составил 0,5 м, разговорной – 0,4 м, во 2-й группе соответственно 1, 2 и 0,7 м, в 3-й группе – 2,16 и 1,44 м. При камертональных исследованиях в 1-й группе длительность восприятия звука от камертона с частотой 128 Гц в среднем увеличилась на 2 секунды, от камертона с частотой 2048 Гц в среднем оставалось на прежнем уровне, во 2-й группе длительность восприятия звука от камертона с частотой 128 Гц в среднем увеличилась на 4 секунды, от камертона с частотой 2048 Гц – на 2 секунды, в 3-й группе длительность восприятия звука от камертона с частотой 128 Гц в среднем увеличилась на 6 секунд, от камертона с частотой 2048 Гц – на 4 секунды.
Вывод. Включение в комплекс лечебных мероприятий геронтологических больных нейросенсорной тугоухостью комбинированного применения озонотерапии – внутривенного введения озонированного физиологического раствора с приемом внутрь озонированной дистиллированной воды – позволяет почти на 30 % улучшить слух пациентов.

Комбинированное минимально инвазивное лечение больных острым и хроническим панкреатитом

Новиков С. В.[1], Рогаль М. Л.[1], Шляховский И. А.[1], Ярцев П. А.[1, 2], Коков Л. С.[3], Тетерин Ю. С.[1]
[1]ГБУЗ «НИИ скорой помощи им. Н. В. Склифосовского ДЗМ», Москва
[2]ФГБОУ ДПО «РМАНПО» МЗ РФ, Москва
[3]ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» МЗ РФ, Москва

Введение. Инфицированный панкреонекроз (ИПН), как правило, требует выполнения хирургической санации. Из минимально инвазивных хирургических методов наибольшее применение нашли транслюмбальный мини-доступ с видеоассистенцией, чрескожный доступ под контролем ультразвука (УЗ) с эндоскопической секвестрэктомией через сформированные фистулы и транслюминальный доступ с дренированием в желудок. Однако после успешного лечения ИПН часто развивается хронический панкреатит (ХП) с осложнениями, требующими оперативного лечения.
Цель. Внедрение минимально инвазивных методов в лечении больных острым и хроническим панкреатитом и оценка их эффективности.
Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 297 пациентов с ИПН и 117 пациентов с осложненным ХП, находившихся в стационаре с 2015 по 2019 г. Мужчин с ИПН было 141, женщин – 156, средний возраст составил 53,6 ± 5,3 года. С осложненным ХП мужчин было 91, женщин – 26, средний возраст составил 58 ± 3,7 лет. Методами диагностики заболеваний были УЗИ и компьютерная томография (КТ). При ИПН зоны деструкции и секвестрации дренировали чрескожно под контролем УЗ. Далее выполняли одномоментную или отсроченную установку дренажей большего диаметра под контролем рентгеноскопии. После формирования доступа выполняли чресфистульную эндоскопическую рентгенассистированную секвестрэктомию. При осложнениях ХП: компрессии интрапанкреатического отдела холедоха с развитием механической желтухи (МЖ), панкреатической протоковой гипертензией (ППГ), стенозом выходного отдела желудка вследствие сдавления его увеличенной головкой поджелудочной железы (ПЖ) или кистой ПЖ, нагноением кист ПЖ и кровотечением в полость кист ПЖ, парапанкреатическими абсцессами (ППА) – применены минимально инвазивные методики лечения. С целью восстановления желчеоттока и устранения ППГ выполнялись эндоскопическое стентирование общего желчного протока и главного панкреатического протока. Чрескожные пункционно-дренирующие вмешательства (ЧПДВ) под УЗ и рентгентелевизионным (РТВ) наведением выполнялись при отграниченных жидкостных скоплениях и нагноении кист ПЖ. Экстренные оперативные вмешательства выполнялись при невозможности адекватного дренирования под УЗ-наведением, при распространенной забрюшинной флегмоне и пакреатогенном перитоните и кровотечении.
Результаты. При ИПН различными способами были прооперированы 126 пациентов. Из них чрескожным доступом под контролем УЗ с дилатацией каналов и эндоскопической рентгенассистированной секвестрэктомией оперировано 66 (52,4 %). У 12 (4 %) пациентов показаниями для открытой операции послужили осложнения ИПН (профузное кровотечение, перфорация полого органа, острая кишечная непроходимость). Средний койко-день лечения пациентов с ИПН составил 44 ± 6. После операции чрескожным дилатационным доступом из 66 умерли 11 (16,7 %), открытым из 12 – 7 (58,3 %). При осложненном ХП эндоскопические методы были успешно применены у 41 (35 %) пациента. Эндоскопическая гастроцисто- и дуоденоцистостомия выполнены у 8 % больных, что позволило добиться облитерации полости кист ПЖ в 81,8 %, а в 18,2 % – уменьшения их размеров более чем в 2 раза. При разобщении стенок кист ПЖ с желудком или ДПК ликвидировать кисты ПЖ удалось с помощью ЧПДВ под УЗ и РТВ наведением 39 (33,3 %) пациентам. 32 (27,3 %) пациентам выполнены лапароскопические и «открытые» оперативные вмешательства. При интенсивном аррозивном кровотечении, распространенном перитоните и забрюшинной флегмоне выполнены оперативные вмешательства, из которых видеолапароскопические вмешательства произведены 15 (46,9 %), а «открытые» операции 11 (34,3 %) пациентам. У 6 (18,7 %) больных этой группы при подозрении на онкологический процесс произведены резекционные оперативные вмешательства на ПЖ в отсроченном порядке. Общая летальность при лечении больных осложненным ХП составила 0,9 %, послеоперационная – 3,6 %.
Выводы. 1. При ИПН жидкостные скопления в зонах деструкции, скопления панкреатического сока доступны адекватному дренированию чрескожным доступом под контролем УЗИ у 89 % больных. 2. Чресфистульная секвестрэктомия является эффективным минимально инвазивным оперативным методом лечения 76 % пациентов с ИПН. 3. При осложнениях ХП мини-инвазивные оперативные вмешательства позволили устранить осложнения ХП у 82,1 % пациентов, «открытые» оперативные вмешательства – в 17,9 % наблюдений. 4. Эндоскопическая цистогастро-/дуоденостомия может рассматриваться как малоинвазивный метод лечения с минимальным риском послеоперационных осложнений: лишь в 1 (4,3 %) наблюдении потребовался переход на конверсию.

Результаты опорной пластики дефектов гортани и трахеи

Овчинников А. Ю.[1], Мирошниченко Н. А.[1], Горбан Д. Г.[1, 2], Завгородний А. Э. [2], Лысова Н. А.[2]
[1]ГБОУ ВПО «МГМСУ им. А. И. Евдокимова», Москва
[2]ГБУЗ «ГКБ им. С. П. Боткина ДЗМ», Москва

Введение. Одним из приоритетных направлений в хирургии опухолей гортани и трахеи, а также хирургии рубцовых стенозов этих органов является устранение неизбежно возникающих объемных или плоскостных дефектов с применением различного опорного имплантационного материала. Для этого предлагается использовать различные ауто- и алломатериалы: кость, хрящ, слизистую оболочку, капрон, марлекс, тантал, никелид титана и другие. В настоящее время выбор типа опорного имплантата для замещения дефекта дыхательных путей, а также способ пластики являются спорными вопросами.
Цель. Повышение эффективности пластики дефектов гортани и/или трахеи.
Материалы и методы. Пролечено 68 пациентов с дефектами гортани и трахеи в возрасте от 18 до 62 лет. Объемные дефекты (несостоятельность боковых стенок трахеи в сочетании с трахеостомой/ларинготрахеостомой) диагностированы у 45 пациентов, плоскостные (дефекты передней стенки гортани и/или трахеи) – у 24. Для устранения дефектов боковых стенок трахеи паратрахеально был имплантирован реберный аутохрящ. Устранение дефекта передней стенки осуществлялось трехслойной пластикой местными тканями, перемещенными мышечно-кожными лоскутами, а при дефектах более 1 см^2 дополнительно применялся эндопротез сетка «Эсфил» («Линтекс», Россия) по разработанной нами методике. Эндопротез изготовлен из биологически инертной, не рассасывающейся полипропиленовой мононити, сплетенной в сетку. Ее структура обеспечивает стабильность размеров, ограниченную растяжимость. Имплантированные эндопротезы сетки служат каркасом для прорастания тканей и придают им дополнительную прочность.
Результаты. Критерии оценки эффективности оперативного лечения с применением имплантационного материала: число случаев нагноения, воспалительная реакция на трансплантат, резорбция трансплантата, стойкие субъективные жалобы на присутствие инородного тела, величина просвета гортани и трахеи, дыхательная функция. Общее число выполненных операций у одного пациента – 2–4. Сроки катамнестического наблюдения – 1–4 года. Применяемые нами способы ларинготрахеопластики с использованием вышеуказанного имплантационного материала позволили полностью реабилитировать 65 (96 %) пациентов.
Вывод. Использование реберного аутохряща и полипропиленового эндопротеза позволяет эффективно устранить дефекты передней стенки гортани и трахеи, в том числе протяженные, снизить количество имплантат-ассоциированных осложнений, обеспечить адекватное укрепление стенок гортани и трахеи, исключить флотацию стенок и стенозирование просвета гортани и/или трахеи.

Футбольная медицина – особый раздел спортивной медицины (посвящение Чемпионату мира по футболу – 2018)

Орджоникидзе З. Г.[1], Павлов В. И.[1], Резепов А. С.[2]
[1]ГАУЗ «МНПЦ медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗМ», Москва
[2]Медицинский штаб ПФК «Арсенал», Тула

Футбол принадлежит к игровым видам спорта и содержит различные элементы физической активности, определяющие многофакторность успеха. Футбол является наиболее распространенной игрой и включает различные варианты нагрузок: динамических, статических, скоростных – и предъявляет высокие требования к силе, мощности и выносливости спортсменов. Большинство известных параметров работоспособности, как аэробной, так и анаэробной, являются важными для футболистов и достижения ими высоких результатов. Так, с одной стороны, продолжительность футбольного матча составляет более чем 90 мин., что говорит о высокой доле аэробного механизма, а с другой стороны, существенное значение для исхода матча имеют кратковременные спурты, в совершении которых решающую роль играет анаэробный источник энергообеспечения.
Накал борьбы и истощающие нагрузки в профессиональном спорте часто ведут к неблагоприятным последствиям, прежде всего в отношении сердечно-сосудистой системы (стрессорная кардиомиопатия, гипертрофия или дилатация сердца и др.), а нередко – к острым расстройствам (внезапная сердечная смерть). Немалое значение для профилактики нежелательных ситуаций на поле и вне его пределов имеет функциональная готовность футболиста, основным компонентом которой является состояние кардиореспираторной системы. Вместе с тем остаются недостаточно выясненными физиологические закономерности, лимитирующие работоспособность футболиста, а также методы их оценки. Известно, что в футбол играют лица разного возраста и пола, которые выступают на различном уровне – от любительского до высокопрофессионального. На величину и специфику нагрузок в футболе оказывают влияние также педагогическая и социологическая составляющие. Исследование особенностей физического состояния спортсменов в зависимости от перечисленных компонентов позволяет получить важные сведения о закономерностях функционирования кардиореспираторной системы и критериях их оценки у различных групп лиц. Актуальность футбольной медицине придает тот факт, что в настоящее время в футбол играет около 1 млрд человек на планете.
В футболе случается множество нестандартных ситуаций, с частью из которых мы столкнулись на ЧМ-2018 в Москве. Ряд интересных случаев изложен нами на специальных конгрессах по футбольной медицине, таких как конгресс Isocinetic Medical Group, в частности, случай спонтанного тромбоза вен у вратаря футбольной команды, впервые описанный двусторонний одномоментный надрыв задней поверхности мышц бедра, случай быстрого ремоделирования сердечной мышцы при резкой смене тренировочных нагрузок и др.
Таким образом, футбольная медицина представляет собой особый подраздел спортивной медицины, охватывая наиболее популярный в мире вид спорта.

Бронхиальная астма у спортсмена и проблема допинга

Орджоникидзе З. Г.[1], Чучалин А. Г.[2], Шогенова Л. В.[2], Павлов В. И.[1], Волкова О. С.[3]
[1]ГАУЗ «МНПЦ медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗМ», Москва
[2]ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ, Москва
[3]ООО «Профи Клиник», Владивосток

Введение. Известно, что в настоящее время врач за нарушение норм антидопингового права может быть привлечен к ответственности, в том числе дисциплинарной, административной и уголовной.
Одним из наиболее распространенных заболеваний, которым страдают спортсмены, требующим назначения препаратов из запрещенного списка, является бронхиальная астма (БА).
Цель. Осветить проблемы диагностики и соблюдения антидопинговых стандартов в отношении БА.
Материалы и методы. Были исследованы и проанализированы текущие законодательные акты и стандарты диагностики и лечения спортсменов с БА.
Результаты. Астма не является однородным заболеванием, что затрудняет диагностику. Постановка диагноза «бронхиальная астма» требует синтеза данных анамнеза, респираторных симптомов, физикального обследования и соответствующих тестов. В соответствии с Международным стандартом по терапевтическому использованию (ТИ) и в соответствии с действующими стандартами лучшей медицинской практики медицинская документация, необходимая для поддержки заявки на ТИ у спортсмена с БА или любым из ее клинических вариантов, должна содержать следующие данные:

- полная история болезни и клиническое обследование с особым акцентом на состояние системы органов дыхания;
- отчет о спирометрии с кривой «поток–объем»;
- если присутствует обструкция дыхательных путей, спирометрия должна быть проведена повторно после вдыхания короткодействующего бета-2 агониста, с целью демонстрации обратимости бронхоконстрикции;
- при отсутствии обратимой обструкции дыхательных путей требуется проведение бронхопровокационного теста, чтобы установить наличие гиперчувствительности дыхательных путей; при этом спортсмен не должен подвергаться бронхопровокационному тесту во время или непосредственно (за 6 недель) перед крупным спортивным соревнованием.

Основой лечения больных БА являются ингаляционные глюкокортикоиды (ГКС), используемые на регулярной и постоянной основе, тогда как бета-2-агонисты применяются при чрезвычайных ситуациях. Пероральные и инъекционные бета-2 агонисты запрещены всегда. Исключение делается для следующих препаратов в дозировках, не превышающих установленные: сальбутамол (до 1600 мкг в течение 24 часов), сальметерол (до 200 мкг в течение 24 часов), формотерол (до 54 мкг в течение 24 часов).

Рекомендуемый срок действия ТИ для спортсмена с БА составляет 4 года с ежегодным пересмотром. Первое разрешение на ТИ в отношении нового препарата может иметь более короткий срок действия.

Вывод. БА у спортсмена представляет сложное для диагностики заболевание, требующее соблюдения соответствующих стандартов и нередко – назначения препаратов из запрещенного списка, что накладывает на врача дополнительную ответственность и диктует необходимость информированности специалистов, работающих в спортивных командах.

Опыт ведения беременности у реципиенток трансплантатов легких в условиях многопрофильного стационара

Осокин И. П., Кокая И. Ю., Артюхина Л. Ю., Ежова С. Н.
ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ», Москва

Современные трансплантационные технологии являются наиболее прогрессивными методами лечения больных необратимой стадией хронических заболеваний жизненно важных органов и позволяют добиться оптимальной их реабилитации, в значительной степени повысить уровень выживаемости пациентов, качество жизни и вероятность рождения здорового потомства. Значительную часть реципиентов трансплантатов солидных органов составляют женщины репродуктивного возраста, восстановление фертильности у которых является важным этапом медицинской и социальной реабилитации.

Клиническое наблюдение беременной с трансплантатом легких на базе ГКБ № 52.

Пациентке проводилась двухкомпонентная иммуносупрессивная терапия. Ведение беременности диктует необходимость динамического контроля и своевременной коррекции дозы иммуносупрессоров. Концентрация в крови ингибиторов кальциневрина (циклоспорин А (ЦсА), такролимус) снижается с увеличением срока гестации, и с целью профилактики развития дисфункции или отторжения трансплантата во время беременности рекомендуется перманентная коррекция дозы в соответствии с концентрацией иммуносупрессивного препарата в крови.

Выводы. 1. После трансплантации необходима контрацепция с последующим планированием беременности. 2. Ключевым компонентом в подготовке к беременности является стабильная функция трансплантата в течение 1–2 лет. 3. Беременность у реципиенток трансплантатов должна быть отнесена к группе высокого риска, требующей междисциплинарного подхода к ведению и родоразрешению в специализированном многопрофильном медицинском учреждении, имеющем специалистов с опытом ведения трансплантированных больных и владеющих методами оказания высокотехнологичной лечебной и диагностической помощи. 4. Адекватно подобранная иммуносупрессивная терапия в течение беременности не обладает тератогенным действием на плод, не имеет связи с задержкой роста плода, а также обеспечивает удовлетворительную функцию трансплантата, не увеличивая риска отторжения. 5. Беременность у реципиенток трансплантатов солидных органов при отсутствии признаков дисфункции трансплантата целесообразно пролонгировать до доношенного срока. 6. До настоящего времени дискутабельным остается вопрос о целесообразных сроках родоразрешения, необходимости индукции родов и методе родоразрешения при трансплантированных органах.

Особенности ведения пациентов с артериальной гипертонией старших возрастных групп

Остроумова О. Д.[1], Черняева М. С.[2], Головина О. В.[3], Горбатенкова С. В.[4]
[1]*ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н. И. Пирогова», Москва*
[2]*ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия Управления делами Президента РФ», Москва*
[3]*ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ, Москва*
[4]*ГБУЗ «ГВВ № 2 ДЗМ», Москва*

Тенденция старения населения и вместе с ней – увеличение распространенности артериальной гипертонии (АГ) определяют необходимость изучения особенностей лечения АГ у пациентов пожилого возраста. В связи с этим в новых рекомендациях Европейского общества кардиологов по диагностике и лечению АГ (ESH/ESC 2018 г.) авторы выделили группы пожилых пациентов (в возрасте 65–79 лет) и очень пожилых пациентов (в возрасте ⩾80 лет) и описали для них эпидемиологические особенности, распространенность факторов риска развития кардиоваскулярных событий, установили уровни артериального давления (АД) для начала антигипертензивной терапии (АГТ) и целевого АД. Лечение АГ у пожилых и очень пожилых пациентов должно основываться на определении исходного состояния здоровья, диагностике синдрома старческой астении и степени независимости от посторонней помощи, а также способности переносить лечение. Пороговые значения АД для начала АГТ и диапазон целевых значений АД, рекомендованные ESH/ESC 2018 г. для пациентов старших возрастных групп, представлены в таблице.

Пороговые значения АД для начала лекарственной АГТ и диапазон целевых значений АД на фоне лечения

Возрастная группа (лет)		САД, мм рт. ст.				
		АГ	+СД	+ХБП	+ИБС	+ОНМК[1]/ ТИА
65-79[3]	старт АГТ	⩾140	⩾140	⩾140	⩾140[2]	⩾140[2]
	целевые уровни АД	130–139 если переносимость хорошая	130–139 если переносимость хорошая	130–139 если переносимость хорошая	130–139 если переносимость хорошая	130–139 если переносимость хорошая
	не ниже	130	130	130	130	130
⩾80[3]	старт АГТ	⩾160	⩾160	⩾160	⩾160	⩾160
	целевые уровни АД	130–139 если переносимость хорошая	130–139 если переносимость хорошая	130–139 если переносимость хорошая	130–139 если переносимость хорошая	130–139 если переносимость хорошая
	не ниже	130	130	130	130	130
ДАД мм рт. ст.	старт АГТ	⩾90	⩾90	⩾90	⩾90	⩾90
	целевые уровни АД	70–79	70–79	70–79	70–79	70–79

[1] – относится к целевым значениям АД при лечении пациентов с инсультом в анамнезе и не относится к целевым значениям АД сразу после острого инсульта;
[2] – пороговые значения для начала АГТ в данной группе пациентов с очень высоким риском, возможно при высоком нормальном САД (при САД 130–140 мм рт. ст.);
[3] – решение о начале терапии и целевых значениях АД, возможно, потребуется изменить у пожилых «хрупких» и независимых пациентов.
САД – систолическое артериальное давление; ДАД – диастолическое артериальное давление; СД – сахарный диабет; ХБП – хроническая болезнь почек; ИБС – ишемическая болезнь сердца; ОНМК – острое нарушение мозгового кровообращения; ТИА – транзиторная ишемическая атака.

Анализ существующих критериев допуска спортсменам к занятиям спортом

Павлов В. И., Орджоникидзе З. Г., Бадтиева В. А., Пачина А. В., Иванова Ю. М.
ГАУЗ «МНПЦ медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗМ», Москва

Введение. Одной из основных задач спортивного врача, проводящего углубленное медицинское обследование (УМО), является решение проблемы допуска к занятиям спортом.

Цель. Проанализировать деятельность спортивных врачей, осуществляющих оценку состояния здоровья спортсмена.

Материалы и методы. Проведен анализ работы врачей Москвы в части допуска спортсменов к тренировочно-соревновательной деятельности по результатам скрининга электрической активности сердца при регистрации ЭКГ.

Результаты. Сегодня в отечественной спортивной медицине зачастую ЭКГ-паттерн является поводом для решения вопроса о допуске спортсмена к занятиям спортом, хотя этот вопрос является комплексным. В настоящее время в основе проведения УМО и решения вопроса о допуске лежат как международные рекомендации (рекомендации Американской Бетесдской конференции и Европейские рекомендации 2004–2005 гг.). Существуют и нормативно-правовые акты, регулирующие проведение УМО, как, например, Приказ №613н от 09.08.2010 Минздравсоцразвития «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи при проведении физкультурных и спортивных мероприятий». Если он является общеобязательным, то в отношении применения рекомендаций у врачей спортивной медицины существует диссонанс. Так, большинство спортивных врачей знают и применяют более ранние отечественные рекомендации. О международных и более поздних отечественных рекомендациях осведомлены немногим более 50 % спортивных врачей. Из тех специалистов, которые знают, что последние рекомендации существуют, лишь немногим более 25 % специалистов применяют их на практике, принимая, тем не менее, во внимание и более ранние отечественные подходы. Около 90 % отводов спортсменов от занятий спортом происходит по состояниям, которые в зарубежных рекомендациях не служат поводом для существенного ограничения тренировочно-соревновательной активности.

Выводы. 1. В настоящее время в России недостаточно развита система допуска и отводов спортсмена от тренировочно-соревновательной деятельности, в том числе по результатам интерпретации электрической активности сердца. 2. Зачастую ЭКГ-феномены, свойственные «спортивному сердцу», трактуются врачами спортивной медицины как патологические. 3. Для устранения имеющихся недостатков необходимо развитие собственной научной школы, совершенствование системы подготовки спортивных врачей, устранение пробелов и недостатков в законодательной сфере.

Национальная интеллектуальная 12-канальная система мониторирования ЭКГ по Холтеру в условиях госпиталя для ветеранов войн № 2 ДЗМ

Палкин М. Н., Емельянова И. В.
ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн № 2 ДЗМ», Москва

Введение. Одна из актуальных проблем кардиологии – возрастающий объем нарушений ритма и проводимости сердца и очагово-ишемические патологические изменения миокарда на фоне увеличения количества больных пожилого возраста. Это требует более высоких диагностических технологий в медицине. Стандартное ЭКГ-исследование (в течение 5–10 секунд) уже не удовлетворяет клиницистов, особенно при анализе сложных аритмий, тахи-, брадиаритмий, необходимой динамики ишемических изменений в течение часов, суток и более продолжительного времени. Особенно это необходимо при подборе корригирующей терапии у пожилых больных с полиморбидными патогогическими состояниями. В связи с этим в настоящее время создан ряд зарубежных и отечественных холтеровских систем мониторирования ЭКГ, имеющих ряд достоинств и недостатков.

Цель. Оценка диагностической ценности национальной интеллектуальной 12-канальной системы холтеровского мониторирования ЭКГ при ведении пожилых пациентов.

Материалы и методы. Проведено исследование 480 больных пожилого возраста с различными сложными нарушениями ритма и проводимости на фоне ишемической болезни сердца с помощью национальной интеллектуальной 12-канальной холтер-ЭКГ-системы (СЭКГ). 2 контрольные группы составили пациенты до 65 лет (1-я группа) и пациенты старше 65 лет (2-я группа), которым проводилась стандартная ЭКГ.

Результаты. Анализ полученных данных при сравнении выявленных ЭКГ синдромов в 1-й, 2-й и 3-й группах показал достоверные результаты лучшей диагностики в 3-й группе. Данные приведены в таблице.

ЭКГ синдром	1-я группа ЭКГ 18–65 лет	2-я группа ЭКГ старше 65 лет	3-я группа 12-кан. СМЭКГ старше 65 лет
Тахиаритмии			
предсердные	5	10	75
а/вентрикул.	1	1	2
желудочковые	1	2	15
Предсердные тахиаритмии			
тахикардии	5	10	75
трепетание	1	1	2
фибрилляция	1	2	15
Предсердная тахикардия			
неустойчивая	5	10	80
устойчивая	0–1	1–2	15
резистентная+ перманентная	0–1	1–2	2
Брадиаритмии			
А/В блокады	5	10	25
С/А блокады	2	2	10
ЭКС и его дисфункции	30–40	30–40	90–95
Ишемия миокарда			
субэндокард	1–2	5–6	20
прансмур	0–1	0–1	2

Так, предсердные тахиаритмии в 3-й группе выявлялись в 2,5 раза чаще, чем в 1-й или 2-й. Из предсердных тахиаритмий в 3-й группе чаще регистрировались предсердные тахикардии по сравнению с трепетанием и фибрилляцией предсердий. И сама группа предсердной тахикардии была достоверно более представлена неустойчивой ПТ (3-я группа). Чаще и достоверно выявлялись в 3-й группе брадиаритмии, ишемии миокарда, регистрировались дисфункции электрокардиостимуляции.

Таким образом, собственные данные на фоне широкого применения длительного диагностического мониторирования СМЭКГ указывают еще на один фактор возможного прогрессирования сердечной недостаточности и роста ишемических инсультов, т. е. выявление более чем в два раза неустойчивых рецидивирующих предсердных тахикардий у больных пожилого возраста по сравнению с фибрилляцией и трепетанием предсердий. В связи с этим необходимо обсуждение возможного расширения диапазона лечения и особенно – антикоагулянтной терапии при данном патологическом состоянии.

Основными парадигмами национальной интеллектуальной 12-канальной холтер-ЭКГ-системы являются:

- Отражение динамической информации о ЭКГ в течение различных суточных периодов.
- Анализ ЭКГ с использованием бытовых и рабочих физических (лестничные пробы) и стрессовых нагрузок и смены метеоусловий.
- Качественная информация в 12 обычно принятых отведениях с возможностью сравнения с исходными ЭКГ.
- Длительная количественная информация о нарушениях ритма и проводимости и вариабельности ритма в динамике.
- Динамический анализ ишемическо-очаговых изменений миокарда с указанием топики и взаимосвязи с аритмиями и АД.
- Оценка работы ЭКС, ее режимов и дисфункций.
- Комбинация с другими методиками (СМАД, РВГ, ЭЭГ и др.) в оценке различных параметров кардио-респираторной и центральной нервной систем.
- Сомнологический анализ храпа, гипоапноэ, апноэ, осложненных различными аритмиями, ишемией миокарда и динамикой ЭКГ.
- Возможности удаленного беспроводного online-мониторинга.

Вывод. Представляется целесообразным более широкое применение системы СМЭКГ в диагностике сердечно-сосудистых заболеваний, особенно у пациентов пожилого возраста.

Субклинические проявления регуляторного неблагополучия

Панков Д. Д.
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова МЗ РФ, Москва

В соответствии с принятым сейчас делением детей на 5 групп здоровья, самой большой является 2-я группа, которая по разным данным объединяет 50–65 % детей и подростков. В связи с многочисленностью 2-я группа здоровья весьма аморфна по составу. У значительной части этого контингента имеют место донозологические, преморбидные и транзиторные расстройства. Проводимые на протяжении многих лет исследования показывают, что во многих случаях они связаны с редко диагностируемыми регуляторными проблемами (D. Pankov, T. Pankova, 2013). Нам удалось существенно оптимизировать процесс их фиксации с помощью системы «Москва», обеспечивающей автоматизированную обработку полученных в процессе профосмотра данных (Панков Д. Д., Панкова Т. Б., 2006, 2007), включая выраженность проявлений явных и скрытых (субклинических) признаков неблагополучия по системам и органам, активность адаптивной и саногенетических систем, степень (индексы) удовлетворительности состояния и риска заболеваемости.

В частности, данная система была применена при подведении итогов профилактического обследования 197 школьников с 1-го по 4-й классы. Анализ выявленной симптоматики в проекции на системы и органы показал явное превалирование проблем, связанных с ЦНС, в виде расстройства ее регуляторной функции. При этом частота встречаемости симптомов, отражающих расстройства со стороны ЦНС, имела явную тенденцию к нарастанию при сравнении данных осмотра первоклассников с данными более старших детей, обучающихся соответственно во 2–4-м классах. При этом у мальчиков и девочек эта тенденция была выражена почти одинаково (коэффициент корреляции 0,78). Наряду с этим выявлено явное преобладание ($p < 0,003$-3) симптоматики, отражающей активность адаптивных и саногенетических механизмов, например, в виде гиперсимпатикотонии.

Выводы. 1. Подавляющее большинство обследованных детей относились ко 2-й группе здоровья. 2. Преобладание в статусе признаков активности ЦНС свидетельствует в пользу связи общего состояния с регуляторными процессами в организме. 3. Сдвиг в регуляторной деятельности может быть не только в негативном, но и в позитивном направлении как проявление адаптации или саногенетической активности.

Опыт взаимодействия неврологической службы детской поликлиники и центра иппотерапии

Панкова Т. Б.[1, 2], Московцева Ж. М.[2], Морозова Е. Н.[3]
[1]*ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова МЗ РФ, Москва*
[2]*ГБУЗ «ДГП № 150 ДЗМ», Москва*
[3]*Региональная общественная организация содействия развитию спортивно-оздоровительной верховой езды и иппотерапии «Флена», Москва*

Одной из актуальных и весьма сложных задач педиатрии, неврологии и психиатрии, а также смежных дисциплин является реабилитация детей с ДЦП, аутизмом, синдромом Дауна, СДВГ. В этом направлении сегодня делается достаточно много. Активно внедряются разнообразные электронные и технические средства реабилитации. Но не всегда эти дети положительно их воспринимают, т. к. освоение нередко представляет собой процесс, требующий больших физических и эмоциональных усилий. В связи с этим особая привлекательность отличает направление реабилитации с участием животных, и особенно лошадей, обладающих свойством индуцировать эмпатию между лошадью и всадником. Кроме того, верховая езда обладает многофакторным психофизическим воздействием, что особенно важно для детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ).

Задача данной работы заключалась в том, чтобы соединить в рамках иппотерапии достижения тренерского коллектива РОО содействия развитию спортивно-оздоровительной верховой езды и иппотерапии «Флена» и современные подходы к лечению детей с ОВЗ, осуществляемые на базе ДГП № 150 ДЗМ.

Исследовалось иппотерапевтическое воздействие на детей с ОВЗ на протяжении двух лет. Всего занятия посетили 300 детей, из них с ДЦП – 50 %, с аутизмом – 30 %, с синдромом Дауна – 4 %, остальные дети со смешанными патологическими состояниями. Эти дети регулярно осматривались врачами-неврологами, получали рекомендации с учетом этиологии и патогенеза заболевания. Об эффективности данного метода реабилитации свидетельствуют высокие спортивные достижения: спортсмены РОО «Флена» являются абсолютными чемпионками России по конному спорту среди лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

Роль эндоваскулярных вмешательств в лечении и профилактике высоких гастроинтестинальных кровотечений неварикозной этиологии

Переходов С. Н.[1], Карпун Н. А.[1], Васильченко М. И.[1], Сницарь А. В.[1], Кулезнева Ю. В.[2]
[1]*ГБУЗ «Городская клиническая больница им. В. П. Демихова ДЗМ», Москва*
[2]*ГБУЗ «МКНЦ им. А. С. Логинова ДЗМ», Москва*

Введение. Частота встречаемости высоких гастроинтестинальных кровотечений (ВГИК) достигает по разным данным 150–180 случаев на 100 тыс. населения в год, при этом две трети случаев приходится на артериальные кровотечения. Общая смертность при ВГИК достигает 10–15%. В настоящее время «золотым стандартом» лечения пациентов с ВГИК является фармакотерапия в сочетании с эндоскопической остановкой кровотечения, эффективность которой достигает 80–90 %. В 15–20 % случаев после успешного первичного эндоскопического гемостаза в первые 72 часа возникает рецидив кровотечения, что требует повторных эндоскопических или оперативных вмешательств. Смертность в данной группе пациентов достигает 30 %.

Если эффективность и значимость эндоваскулярных методов лечения пациентов с ВГИК – общепризнанный и хорошо доказанный факт (TIPS, BARTO, эмболизация варикозных вен и т. д.), то в случае с артериальными кровотечениями эндоваскулярные методы лечения только начинают «зарабатывать очки» и дополнять общепринятую тактику.

Цель. Улучшить результаты лечения пациентов с высокими артериальными гастроинтестинальными кровотечениями (ВАГИК) с помощью эндоваскулярных вмешательств.

Материалы и методы. 69 пациентов с ВАГИК выполнена суперселективная эмболизация артерий в бассейне чревного ствола и верхней брыжеечной артерии. Из них было 48 (70 %) мужчин и 21 (30 %) женщина. Средний возраст пациентов составил 60 лет (от 32 до 93 лет). В 7 случаях показанием к вмешательству служило отсутствие эффективности эндоскопического гемостаза и продолжающееся кровотечение из пептических язв желудка. У остальных 62 пациентов вмешательство выполнялось в профилактических целях после эндоскопической остановки кровотечения, в данном случае показанием служило наличие риска рецидива кровотечения более 30 % (10 и более баллов по шкале СПРК II и/или более 5 баллов по шкале Rockall). Период наблюдения составил от 7 до 24 дней (в течение госпитализации). У 8 пациентов было выполнена эмболизация левой и правой желудочных артерий, у 11(10) пациентов – эмболизация гастродуоденальной артерии, у 48 пациентов – селективная эмболизация ветвей левой желудочной артерии. У 2 пациентов – левой желудочно-сальниковой артерии.

Выбор способа эмболизации определялся с учетом количества и калибра вовлеченных в кровотечение сосудов: 15 пациентам выполнялась эмболизация несколькими видами эмболизирующих агентов (эмбосферы и спирали), у 49 выполнена селективная эмболизация дистальных ветвей эмбосферами. У 33 пациентов вмешательство выполнялось через бедренную артерию, у 3 – через плечевую артерию, у 28 пациентов – через лучевую артерию, в 6 случаях потребовался переход на бедренный доступ.

Результаты. У всех 7 пациентов, которым вмешательство выполнялось на высоте кровотечения, был достигнут гемостаз. В ходе наблюдения у 1 пациента развился рецидив кровотечения, потребовавший открытого оперативного вмешательства. В группе из 57 пациентов, которым эндоваскулярное вмешательство выполнялось с целью профилактики рецидива кровотечения, в ходе наблюдения отмечено 4 (7 %) рецидива кровотечения.

Вывод. Селективная артериальная эмболизация различными эмболизирующими агентами позволяет добиться надежного гемостаза в лечении и профилактике ВГИК. Преимущество метода прежде всего заключается в малой инвазивности и относительной безопасности процедуры, что особенно важно при лечении нестабильных пациентов с массивной кровопотерей.

Метод лечения поверхностной мелкозернистой формы лимфатической или лимфовенозной мальформации языка у детей

Петухов А. В.[1], Яматина С. В.[1], Комелягин Д. Ю.[1, 2], Топольницкий О. З.[3], Дубин С. А.[1], Владимиров Ф. И.[1], Громова Т. Н.[1], Благих О. Е.[1], Стрига Е. В[1].
[1]*ГБУЗ «ДГКБ св. Владимира ДЗМ», Москва*
[2]*ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова, Москва*
[3]*ФГБУ ВО МГМСУ им. А. И. Евдокимова, Москва*

Введение. Отсутствует алгоритм диагностики и лечения детей с поверхностной мелкокистозной формой лимфатической (ЛМ) или лимфовенозной (ЛВМ) мальформацией языка.

Материалы и методы. Пролечено 23 ребенка 2–16 лет с ЛМ и ЛВМ языка. Обязательные методы обследования – УЗИ и МРТ патологических тканей головы и шеи. По данным МРТ выявляли степень поражения языка в зависимости от глубины распространения патологических тканей. Вне зависимости от глубины поражения удаление поверхностной формы мальформации проводилось одним способом. Всем детям была выполнена операция: удаление патологических тканей с применением непрерывного лазерного излучения. Использовался лазерный аппарат ЛСП-«ИРЭ-Полюс», позволяющий работать в двух режимах: длина волны 1,55 мкм – для ЛМ, 0,97 мкм – для ЛВМ, мощность – 1–5 Вт. Все операции выполнялись под наркозом.

Впервые применено лазерное воздействие на ЛМ и ЛВМ языка в двух различных режимах.

Результаты. У 17 (73,9 %) больных диагностирована поверхностная и глубокая формы ЛМ и ЛВМ языка, у 6 (26,1 %) – только поверхностная форма. Хороший результат лечения получен у 23 детей (100 %). Осложнений не было. По данной методике получен патент № 2676832. Хорошим считался результат, при котором патологические ткани удалены в полном объеме, отсутствовали функциональные нарушения, улучшалась социальная адаптированность ребенка.

Выводы. 1. Преимущества метода: небольшая длительность операции; минимальный отек тканей и отсутствие боли; сохранение вкусовой чувствительности. 2. Вне зависимости от глубины поражения языка патологическими тканями, у всех больных получен хороший клинический результат. 3. Благодаря данному способу достигаются цели: снижение риска развития рецидива; уменьшение травматичности операции, сведение к минимуму интраоперационной кровопотери.

Особенности медицинской реабилитации в Москве. Вектор развития

Погонченкова И. В., Гришина М. И.
ГАУЗ «МНПЦ медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗМ», Москва

Положениями Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья обоснован многоплановый, а не только медицинский подход в понимании реабилитационного процесса. Более полно содержание медицинской реабилитации можно характеризовать как комплекс медицинских, психотерапевтических, педагогических, профессиональных мероприятий, направленных на преодоление последствий заболеваний, на улучшение эмоционального состояния, тренировку социальных и бытовых навыков.

Особенностью медицинской реабилитации является тесное взаимодействие разных специалистов стационарных и амбулаторных медицинских организаций, учреждений других ведомств на всех этапах реабилитации. Именно преемственность, непрерывность и комплексность характеризуют трехэтапную систему медицинской реабилитации, реализуемую в Москве. Созданию системы по восстановлению и укреплению здоровья населения, снижению темпов старения, увеличению продолжительности и повышению качества жизни служит проект «Тренировки для долголетия» в рамках программы «Московское долголетие».

Особый интерес представляет стартовавший проект по дистанционной медицине, в рамках которого специалисты отрабатывают взаимодействие не только между коллегами, но и с пациентами, имеющими ограничения в передвижении.

Разработаны и активно внедряются программы повышения профессиональной квалификации кадров по медицинской реабилитации с применением симуляционных технологий для специалистов, входящих в мультидисциплинарную реабилитационную команду.

Усовершенствованы и дополнительно разработаны 17 образовательных модулей программ непрерывной подготовки и повышения квалификации по различным вопросам физической и реабилитационной медицины для врачей и среднего медицинского персонала на базе ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗМ».

Формирование единого сквозного информатизационного процесса медицинской помощи, в том числе по профилю «медицинская реабилитация», проводится совместно Департаментом здравоохранения и Департаментом информационных технологий города Москвы.

Решающее значение для успеха медицинской реабилитации имеет координация всех звеньев реабилитационного процесса, включая психологический, педагогический и социальный аспекты, с привлечением структур Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы.

Актуальные проблемы санаторно-курортного лечения детей

Погонченкова И. В.[1], Хан М. А.[1, 2]
[1]*ГАУЗ «МНПЦ медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗМ», Москва*
[2]*ГБУЗ «ДГКБ им. Н. Ф. Филатова ДЗМ», Москва*

В настоящее время распоряжением Правительства РФ от 26 ноября 2018 г. № 2581-р утверждена Стратегия развития санаторно-курортного комплекса (СКК) РФ, основной целью которой является повышение доступности санаторно-курортного лечения и развитие лечебно-оздоровительных местностей и курортов, эффективное использование природных лечебных ресурсов, развитие материально-технической базы санаторно-курортных организаций (СКО).

Для реализации этих целей поставлены важные задачи, одной из которых является разработка современной нормативно-правовой базы санаторно-курортной службы. В последние годы проведена большая работа по разработке документов, регламентирующих деятельность санаториев, в том числе для детей (Приказ МЗ РФ от 5 мая 2016 г. № 279н «Об утверждении Порядка организации санаторно-курортного лечения» (СКЛ), Приказ МЗ РФ от 7 июня 2018 г. N 321н «Об утверждении перечней медицинских показаний и противопоказаний для санаторно-курортного лечения»).

Актуальной задачей является широкое использование научных достижений в СКК. В настоящее время отмечается тенденция к активизации научных исследований в области детской курортологии: актуализируются проблемы адаптации детского организма к контрастным климатическим условиям, разрабатываются методы профилактики метеопатических реакций и др.

К числу важных проблем реализации стратегии развития СКК РФ относится разработка клинических рекомендаций по вопросам профилактики и лечения различных заболеваний с использованием прежде всего природных лечебных ресурсов.

Первоочередной задачей стратегии развития СКК РФ является подготовка кадров в области медицинской реабилитации и СКЛ детей, особенно учитывая Приказ Минтруда России от 03.09.2018 «Об утверждении профессионального стандарта «Специалист по медицинской реабилитации».

Для перспективного развития СКЛ детей необходимы реструктуризация детских СКО, перепрофилирование коечного фонда с учетом потребности, оптимизация деятельности СКО с увеличением работы санаторной койки в году, научно-методическое обеспечение деятельности СКО, мероприятия по повышению инвестиционной привлекательности детских СКО, разработка системы информационного продвижения СКК.

Оптимизация органосохраняющего лечения миомы матки у женщин репродуктивного возраста и пути улучшения репродуктивных исходов

Подзолкова Н. М., Коренная В. В., Кузнецов Р. Э., Игнатченко О. Ю., Каибханова К. М.
ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ, Москва
ГБУЗ «ГКБ им. С. П. Боткина ДЗМ», Москва

В XXI столетии миома матки остается одним из наиболее распространенных гинекологических заболеваний. В нашей стране за год проводится около 130 тыс. гистерэктомий, причем ведущим показанием для их выполнения является миома матки. В последние годы в изучении этиологии и патогенеза данного заболевания сделан ряд важных открытий, а внедрение новых методов лечения позволило чаще выполнять органосберегающие вмешательства и сохранять репродуктивный потенциал пациенток. Этот факт приобретает особое значение в связи с тем, что в последние годы число женщин, планирующих беременность после 30 лет, прогрессивно увеличивается.

Миомэктомия является «золотым стандартом» лечения пациенток репродуктивного возраста. Во время операции возможно полностью удалить опухоль, получив гистологическое подтверждение ее структуры; одномоментно провести лечение по поводу сопутствующих заболеваний. Положительное влияние миомэктомии на репродуктивное здоровье женщин подтверждается увеличением частоты наступления беременностей после удаления крупных или субмукозных узлов.

Несмотря на клинические наблюдения, наши знания об изменениях, происходящих после миомэктомии на тканевом, клеточном и молекулярных уровнях, ограничены. В данной работе мы провели оценку таких маркеров рецептивности эндометрия, как экспрессия эстрогеновых и прогестероновых рецепторов (ЭР, ПР), пиноподий, генов HOXA 10, LIF и bcl-2, а также оценили допплерометрические показатели до и после миомэктомии. Мы оценили различные хирургические техники, нацеленные на снижение частоты интра- и постоперационных осложнений при миомэктомии, в т. ч. временную редукцию артериального кровотока в матке, использование самофиксирующегося шовного материала, использование внутриматочного электромеханического шейвера.

Нами было показано, что при ультразвуковом исследовании гемодинамических показателей в эндометрии индексы VI и FI уже через месяц начали снижаться, а через 6 месяцев были сопоставимы со значениями у здоровых женщин. Временная ишемия матки, развивающаяся в результате временной окклюзии артерий при миомэктомии, не оказывает значимого влияния на состояние эндометрия, при этом позволяет выполнять операции с минимальной кровопотерей. Изменение показателей рецептивности после удаления миоматозных узлов продемонстрировало мозаичность изменений. Нами был сделан вывод, что после миомэктомии преимущественно благоприятные результаты на клеточном уровне были получены среди пациенток с первичным бесплодием, т. к. именно у них увеличились и число пиноподий, и индекс ПР/ЭР. При вторичном бесплодии результаты были разнонаправленными, т. к. на фоне роста индекса ПР/ЭР число пиноподий уменьшилось. Экспрессия факторов LIF, HOXA-10, bcl-2 была исходно снижена у пациенток с миомой матки. После миомэктомии экспрессия LIF у пациенток с первичным и вторичным бесплодием возросла в эпителии и пиноподиях, но в строме осталась практически неизменной. Положительное изменение экспрессии данного маркера было более заметно в подгруппе пациенток с вторичным бесплодием.

Оценка эффективности и безопасности применения в клинической практике временной редукции артериального кровотока в матке, использования самофиксирующегося шовного материала и использование внутриматочного шейвера показала целесообразность их использования в ряде клинических ситуаций, воспроизводимость и высокую эффективность методики.

Выявление вторичного гемофагоцитарного синдрома в дебюте анапластической крупноклеточной лимфомы, ALK-позитивной, III В стадии, с поражением периферических, внутригрудных лимфоузлов, селезенки

Полежаева Я. В., Круглова Я. А., Платонова Т. Л., Синявкин Д. О.
ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ», Москва

Вторичный гемофагоцитарный синдром (ГФС), или вторичный лимфогистиоцитоз, – это приобретенное заболевание, в основе которого лежит нарушение регуляции иммунного ответа, приводящее к аномальной активации цитотоксических Т-лимфоцитов и макрофагов, их аккумуляции в пораженных органах и развитию системного воспалительного ответа.

Вторичный ГФС развивается как осложнение основного заболевания при широком круге патологических процессов. В зависимости от природы основного заболевания принято выделять ГФС, связанный с: инфекцией; опухолью; первичным иммунодефицитом; системными аутоиммунными патологическими состояниями; наследственными дефектами метаболизма. Основными элементами патогенеза вторичного ГФС являются: нарушение механизмов клеточной цитотоксичности; избыточная активация цитотоксических Т-лимфоцитов и макрофагов; гиперпродукция провоспалительных цитокинов (γ-интерферон, фактор некроза опухоли-γ, интерлейкин-1, интерлейкин-6); инфильтрация и повреждение органов и тканей активированными Т-лимфоцитами и макрофагами.

Диагноз вторичного ГФС установить сложно, поскольку его проявления часто относят к симптомам вызвавшего его заболевания. В настоящее время с этой целью используют критерии, предложенные международной группой по изучению гистиоцитозов.

Для постановки диагноза необходимо наличие 5 из 9 признаков: 1) персистирующая лихорадка; 2) спленомегалия; 3) гепатомегалия; 4) 2- или 3-ростковая цитопения; 5) гипертриглицеридемия; 6) морфологическая картина гемофагоцитоза в костном мозге, селезенке или лимфатических узлах; 7) низкое или полное отсутствие активности NK-клеток; 8) ферритин > 500 нг/мл; 9) повышение уровня растворимого sCD25 в крови.

Приводим клиническое наблюдение выявления вторичного ГФС при анапластической крупноклеточной лимфоме, ALK-позитивной.

Больной П., 1985 г. р., поступил в ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ» в отделение кардиологии с лихорадкой неясного генеза (более 7 дней), гепатоспленомегалией, новообразованием на шее. Далее переведен в отделение реанимации с предварительным диагнозом: «Неходжкинская лимфома неуточненного типа». При поступлении были проведены исследования: ОАК, б/х крови, исследование системы гемостаза, исследование гормонального статуса, интерлейкина-6, исследование на аутоантитела, морфологический анализ и ИФТ костного мозга, трепанобиопсия, биопсия лимфоузлов и новообразования на шее.

При поступлении: Hb – 125 г/л, RBC – 4,43 × 10^{12}/л, HCT – 36 %, PLT – 235 × 10^9/л, WBC – 10,9 ×10^9/л, биохимический анализ и показатели гемостаза без особенностей. В течение недели отмечалось резкое ухудшение показателей: Hb – 72 г/л, RBC 2,64 × 10^{12}/л, HCT – 21, 2 %, PLT - 36× 10^9/л, WBC – 2,6 × 10^9/л; Интерлейкин – 6 137 пг/мл, LBP – 62 мкг/мл; СРБ – 369,7 мг/л , ЛДГ – 585 Ед/л, железо 1,8 мкмоль/л, ферритин – 628 мкг/л, трансферрин – 106 мг/дл, ОЖСС – 26,6 мкмоль/л, КНТ – 7%, Бета-2-микроглобулин – 3,7 мг/л, Протромбиновое время – 17,7 сек, МНО – 1,4; Т-лимфоциты (CD3+) – 85 %.

При морфологическом исследовании костного мозга были обнаружены лимфоидные клетки, отнесенные к пролимфоцитам: клетки крупных размеров, среднецитоплазменные, с выраженной базофилией, с вакуолизацией цитоплазмы, с омоложенным хроматином ядра (иммунобласты?); отмечены скопления из гистиоцитарных клеток (2–4), единичные из них с признаками гемофагоцитоза (эритроциты, тромбоциты, гранулоциты). Пунктат беден миелокариоцитами.

Согласно полученным результатам лабораторных исследований, совпало пять диагностических критериев, характерных для вторичного ГФС. И было высказано предположение о наличии у больного хронического лимфопролиферативного заболевания с сопутствующим вторичным ГФС.

Гистологическое и гистохимическое исследование лимфоузла верифицировало диагноз: «Анапластическая крупноклеточная лимфома, ALK-позитивная, IIIb стадия, с поражением периферических, внутригрудных лимфоузлов, селезенки. Вторичный ГФС».

Таким образом, сопутствующий вторичный ГФС отягощает состояние больных онкогематологическими заболеваниями, требует индивидуального подхода в диагностике и целенаправленного выявления лабораторных маркеров, характерных для данного синдрома.

Оценка эффективности ранней комплексной нейрореабилитации у пациентов с системным нарушением речи

Полетаева Е. С., Колупаева О. В.
ГБУЗ «Центр патологии речи и нейрореабилитации ДЗМ», Москва

Введение. Системное нарушение речи – это недоразвитие или грубое нарушение развития речи у ребенка, возникающее в доречевой период, имеющее системный характер и обусловленные патологическими состояниями определенных зон коры головного мозга. В последние годы увеличивается количество пациентов дошкольного возраста с системным нарушением речи. Родители пациентов обращаются с данной проблемой в дневной стационар для детей с нарушениями речи, дисграфией, дислексией ЦПРиН в возрасте от 3 до 7 лет.

Цель. Оценка эффективности начала комплексной нейрореабилитации пациентов с системным нарушением речи в возрасте 3 лет и 5 лет.

Материалы и методы. Оценка состояния речевого развития проводилась по методам обследования речи детей: «Пособие по диагностике речевых нарушений» / под общ. ред. Г. В. Чиркиной, а также использовались методические рекомендации под ред. академика РАН Н. Н. Володина и академика РАО В. М. Шкловского «Ранняя диагностика нарушений развития речи. Особенности речевого развития у детей с последствиями перинатальной патологии нервной системы». Обследовано 30 пациентов в возрасте 3 лет и 5 лет.

Результаты. Было установлено, что при начале комплексной нейрореабилитации в возрасте 3 лет у данной группы пациентов отмечается более значительная положительная динамика, чем у пациентов, которым нейрореабилитация была начата в возрасте 5 лет. Вместе с тем у всех пациентов отмечается улучшение состояния высших психических функций в процессе нейрореабилитации.

Вывод. Ранняя комплексная нейрореабилитация повышает эффективность компенсации речевого недоразвития у пациентов с системным нарушением речи.

Опыт применения эмболизации маточных артерий с целью остановки маточного кровотечения

Поликарпова О. В., Шевченко Н. А., Ванюков А. Е., Алиева Г. А.
ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ», Москва

Введение. Эмболизация маточных артерий (ЭМА) – современный органосохраняющий метод лечения мимомы матки и других заболеваний, связанных с маточным кровотечением. В широкую клиническую практику метод внедряется медленно. Основной недостаток ЭМА – недостаточное количество информации о методике и относительно небольшое количество клинических исследований.

Цель. Оценить эффективность ЭМА при различных гинекологических заболеваниях.

Материалы и методы. В течение года ЭМА была выполнена у 17 пациенток (7 – плановых и 10 – по экстренным показаниям). У плановых пациенток ЭМА применялась в качестве I этапа лечения миомы матки, по экстренным показаниям – с целью уменьшения/остановки кровотечения, ЭМА проводилась у пациенток со следующими нозологиями: 6 – миома матки, 1 – шеечная беременность, 2 – рак шейки матки, 1 – позднее послеродовое кровотечение.

Результаты. Все пациентки с диагнозом «миома матки» были прооперированы на II этапе лечения: 4 – резектоскопия, миомэктомия (субмукозное расположение узла); 1 – лапароскопическая миомэктомия (интерстициально-субсерозное расположение узла); 1 – надвлагалищная ампутация матки (данное оперативное вмешательство было выполнено вследствие отсутствия эффективности различных методов лечения: гормональное, консервативная миомэктомия). Во всех случаях применения ЭМА отмечалось уменьшение либо полная остановка кровотечения.

У пациентки с диагнозом «шеечная беременность» с целью уменьшения кровотечения и в попытке сохранения матки в экстренном порядке выполнена ЭМА, после чего в рамках развернутой операционной произведено удаление шеечной беременности, прошивание шейки матки, вакуум-аспирация содержимого полости матки. Значительной кровопотери не отмечено (гемоглобин при поступлении 130 г/л, на момент выписки – 115 г/л). Диагноз был подтвержден гистологически. Выписана на 4-е сутки после операции. Пациентки с верифицированным диагнозом «рак шейки матки» поступили в гинекологическое отделение с жалобами на кровянистые выделения из половых путей. Сравнивать два данных случая затруднительно, так как у пациенток разная стадийность заболевания, возраст, тяжесть анемии. В отделении проводилась гемостатическая терапия в течение суток. Учитывая неэффективность, обе пациентки были направлены на ЭМА. Одной из них операция проведена успешно, у второй – учитывая выраженную извитость подвздошных артерий, катетеризировать маточные артерии не удалось. Выполнена перевязка подвздошных артерий с положительным эффектом. Пациентка с поздним послеродовым кровотечением поступила в состоянии средней степени тяжести на 13-е сутки после третьих своевременных родов в головном предлежании плода. В отделении проводилась утеротоническая, гемостатическая терапия – без эффекта. Выполнена ЭМА в экстренном порядке – с положительным эффектом. На следующие сутки выполнена вакуум-аспирация содержимого полости матки, с последующим гистологическим исследованием. На 3-и сутки после ЭМА у пациентки жалобы на головную боль, что, по заключению невролога, вероятнее связано с проведением эпидуральной анестезии, а также наличием травмы позвоночника в анамнезе. Проведена терапия – с положительным эффектом. Выписана в удовлетворительном состоянии.

Вывод. ЭМА является методом выбора с целью сохранения фертильности для остановки кровотечений из половых путей при неопрерабельных образованиях матки и для предоперационной деваскуляризации сосудистых опухолей и артериовенозных аномалий с целью облегчения их оперативного удаления и снижения кровопотери.

Безопасность пациента в эндохирургической операционной: роль междисциплинарного взаимодействия

Полковникова О. А.[1], Лядов В. К.[1, 2]
[1] *ГБУЗ «ГКОБ № 1 ДЗМ», Москва*
[2] *ФГБУ ДПО РМАНПО МЗ РФ, Москва*

Введение. Внедрение и освоение современных технологий в работе операционной предъявляет повышенные требования к безопасности пациента и, следовательно, квалификации как хирургов, так и среднего медицинского персонала операционного блока. Активное вовлечение операционных сестер (ОС) в процесс подготовки пациента к операции наряду с постоянным повышением их квалификации является необходимым этапом создания эффективной междисциплинарной команды в эндохирургической операционной.

Материалы и методы. Изучена работа эндохирургических операционных ФГБУ «ЛРЦ МЗ РФ» и Клинической больницы № 1 «МЕДСИ» в 2012–2018 гг., а также хирургических отделений ГКОБ № 1 ДЗМ в 2019 г. Проанализированы особенности подготовки оборудования и пациента к проведению длительных эндохирургических вмешательств на органах брюшной полости и малого таза. Основными задачами ОС были заблаговременная подготовка инструментария и расходных материалов, контроль за укладкой пациента (по инструкциям оперирующих хирургов), грамотное и безопасное расположение и применение электрохирургического и эндоскопического оборудования, контроль за качеством и износом инструментов с особым акцентом на выявление дефектов, потенциально способных привести к развитию осложнений.

Результаты. Разработан алгоритм подготовки эндоскопического и электрохирургического оборудования к работе. Выявлены наиболее распространенные повреждения инструментов, требующие их замены во время операции, в т. ч. способные привести к электротравме нарушения оплетки многоразовых эндоскопических инструментов. Разработаны способы правильной и безопасной укладки пациента для профилактики позиционных осложнений (пролежней и плекситов), а также эффективной профилактики интраоперационной гипотермии. Изучены наиболее удобные варианты применения одноразовых комплектов белья для операционного поля в условиях большого количества необходимого оборудования. Отработаны типичные места установки оборудования, что улучшает работу ОС и мобильность бригады.

Выводы. 1. Подготовка ОС к операции является сложным техническим процессом, который при несоблюдении определенных выше критериев может привести к осложнениям или невозможности продолжать вмешательство в комфортных для хирургической бригады условиях. 2. Оптимизация работы ОС в условиях современных эндохирургических операционных позволит повысить безопасность проведения вмешательств для пациента и улучшить условия труда для всех членов хирургической бригады.

Использование Pentaray Catheter для поиска фокусной активности в проведении картирования при персистирующей форме фибрилляции предсердий

Порунова Л. П.
ГУБЗ «ГКБ им. С. П. Боткина ДЗМ», Москва

Введение. Фибрилляция предсердий (ФП) является наиболее часто встречаемой аритмией. Это заболевание способствует снижению качества жизни пациента, повышает частоту обращаемости в стационар, повышает риск инсультов и смерти и, таким образом, вносит большой вклад в общую сердечно-сосудистую смертность.

Цель. Оценка фокусной активности в поддержании персистирующей формы ФП и результатов оперативного лечения с помощью использования Pentaray Catheter, который покрывает большую площадь для проведения картирования сложных аритмий в любой камере сердца.

Материалы и методы. Недавние разработки в области вычислительных картирующих систем идентифицировали электрические спиральные волны, или волны, и фокальные источники как механизмы персистирующей формы ФП, которые могут представлять новые цели для лечения. Учитывая, что применение только циркулярной изоляции устьев легочных вен у больных персистирующей и длительно персистирующей формами ФП приводит к частым рецидивам после операции, изучалось использование мультиэлектродного катетера для процедуры картирования. Основными показаниями к проведению верификации фокальной активности с помощью Pentaray Catheter была выраженная клиническая симптоматичность, неэффективная лекарственная терапия, рецидив аритмии менее чем через год после РЧА изоляции устьев легочных вен.

Результаты. У пациентов с персистирующей формой ФП картирование и последующая абляция фокусных очагов является более эффективной стратегией лечения. А использование мультиэлектродного катетера позволяет электрофизиологу получить более широкий доступ к информации об очаговых и мультифокальных источниках активации предсердий.

Выводы. 1. Большой вклад в поддержание аритмии вносит фокусная активность при персистирующей ФП у ряда пациентов. 2. Использование катетера Pentaray при эндокардиальном электрофизиологическом исследовании сокращает время процедуры и позволяет добиться более удовлетворительных отдаленных результатов, что сокращает расходы здравоохранения, так как катетер оснащен уникальной конфигурацией, которая позволяет получать доступ к огромным данным с высоким разрешением сигнала с новой точностью.

Раннее оперативное лечение детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба

Притыко А. Г., Сулейманов А. Б.
ГБУЗ «НПЦ специализированной медицинской помощи детям им. В. Ф. Войно-Ясенецкого ДЗМ», Москва

Введение. Врожденные пороки челюстно-лицевой области характеризуется не только грубыми дефектами и деформациями на лице, уродующими внешний вид ребенка, что ведет к серьезным психоэмоциональным нарушениям, но и нарушением ряда жизненно важных функций. Такие дети нуждаются в срочной медицинской и социальной помощи. Реабилитация детей с врожденной расщелиной губы и неба (ВРГН) является достаточно сложной проблемой, требующей длительного и комплексного лечения с участием многих специалистов (детского челюстно-лицевого хирурга, врача-неонатолога, врача-педиатра, врача-стоматолога-ортодонта, детского врача-стоматолога, логопеда, врача-отоларинголога, психолога). Такой системный подход к лечению и реабилитации возможен только в специализированных центрах. В основе работы Центра им. В. Ф. Войно-Ясенецкого лежит принцип ранней медицинской реабилитация детей с врожденными пороками челюстно-лицевой области. На основании этого реализуется комплекс лечебно-профилактических мероприятий в различные возрастные периоды.

Цель. Разработка и внедрение в клиническую практику алгоритма комплекса лечебно-профилактических мероприятий по оказанию помощи детям с ВРГН, направленных на снижение сроков инвалидизации и улучшение качества жизни.

Материалы и методы. В отделении челюстно-лицевой хирургии и стоматологии в 2015–2018 гг. прооперировано 225 детей с ВРГН. В возрасте 2–3 месяцев первичная хейлоринопластика (ХРП) выполнена 195 пациентам (модифицированный метод по Милларду). В ранний неонатальный период первичная ХРП выполнена 30 детям. Устранение врожденной расщелины неба проводилось в два этапа 106 пациентам. Первый этап в 6 месяцев – пластика мягкого неба, второй этап в 9–12 месяцев – пластика твердого неба. Одноэтапная пластика неба была выполнена 30 пациентам в 6 месяцев.

Результаты. Отдаленные результаты у детей, оперированных в ранний неонатальный период (первичная ХРП), не отличаются от результатов у детей, оперированных в 2–3 месяца. Все дети, оперированные в ранние сроки, наблюдаются у врача-стоматолога-ортодонта и получают ортодонтическое лечение с 2 лет.

Выводы. Выполнение первичной ХРП в ранний неонатальный период позволяет быстрее нормализовать формирование и развитие лицевого скелета, физиологию кормления, психоэмоциональное состояние в семье.

Дифференцированный подход в диагностике патологических состояний нервной системы у пациентов с синдромом мышечной гипотонии

Пшемыская И. А., Батышева Т. Т., Позднякова Д. А., Слободчикова Н. С., Платонова А. Н.
ГБУЗ «НПЦ детской психоневрологии ДЗМ», Москва

Введение. Синдром мышечной гипотонии (МГ) у детей раннего возраста может представлять сложную диагностическую проблему для лечащего врача. Данный синдром входит в клиническую структуру различных заболеваний, а также имеет различные варианты течения и исхода заболевания. Выявление этиологии МГ необходимо также для индивидуального подбора методик реабилитационного лечения, так как некоторые из них (с достаточно агрессивным воздействием на мышечные структуры) могут быть противопоказаны при определенных типах поражения. МГ выступает одним из основных симптомов дисфункции взаимодействия центральных нейрональных систем и морфологических элементов двигательной единицы и может встречаться при заболеваниях головного и спинного мозга, периферического нейрона, нарушениях нейромышечной передачи и патологических изменениях мышц.

Цель. Разработать тактику дифференцированного подхода в диагностике патологических состояний нервной системы (ПНС) у пациентов с синдромом МГ в раннем возрасте.

Материалы и методы. Проведен анализ работы третьего отделения НПЦ детской психоневрологии за 2015–2018 гг. (всего 4 года), разработан алгоритм дифференцированного подхода к диагностике ПНС у пациентов с синдромом МГ в раннем возрасте.

Результаты. В указанный период отмечается неуклонный рост подтвержденных генетических заболеваний, в клинике большинства которых на первое место в раннем возрасте выходит МГ с задержкой психомоторного развития (2015 г. – 13 пациентов, 2016 г. – 14 пациентов, 2017 г. – 16, 2018 г. – 21 пациент). В диагностике причин возникновения мышечной гипотонии огромную роль играет мультидисциплинарный подход: кроме невролога необходимо привлечение генетика, педиатра и эндокринолога. В диагностике имеет важное значение наличие «плюс-симптомов», среди которых может быть: задержка психомоторного развития, наличие заболеваний внутренних органов и опорно-двигательного аппарата, проблем вскармливания; наличие у ребенка врожденных пороков или стигм дизэмбриогенеза, Дополнительные методы инструментального обследования (нейровизуализация, ЭНМГ, ЭЭГ) и лабораторная диагностика (биохимические маркеры, определение лактата до и после пищевой нагрузки) помогают уточнить уровень поражения, заподозрить патологические изменения обмена веществ и гормональные нарушения. При беседе с родителями пациента и по данным выписок необходимо уточнять особенности течения беременности (шевеление плода, заболевания эндокринной системы у матери и прием корригирующей терапии во время беременности), течение неонатального периода (метаболические нарушения, трудности при начале грудного вскармливания, особенности гипербилирубинемии и др.).

Вывод. Уточнение вариантов этиологии синдрома МГ у ребенка первого года жизни позволяет определить варианты лечения и реабилитации и дать прогноз дальнейшего течения и исхода заболевания.

Сложный пациент на приеме у стоматолога

Рабинович С. А., Митронин А. В., Заводиленко Л. А.
ГБОУ ВПО МГМСУ им. А. И. Евдокимова МЗ РФ, Москва

По данным Стоматологической ассоциации России, в нашей стране ежегодно регистрируется порядка 158 млн обращений пациентов за стоматологической помощью. Большинство стоматологических вмешательств болезненны, и в каждом конкретном случае врач-стоматолог должен определить оптимальную методику анестезии, учитывая индивидуальные особенности пациента. Развитие современной стоматологии позволяет выполнять большие по объему вмешательства в амбулаторных условиях.

Среди стоматологических пациентов 30 % имеют выявленные сопутствующие заболевания, и их выделяют в группу повышенного риска развития соматических осложнений. Однако далеко не все пациенты достаточно осведомлены о состоянии своего здоровья – этим можно объяснить целый ряд осложнений общего характера, с которыми сталкивается врач в своей практике.

Отдельная проблема – прием пациентов пожилого и старческого возраста. По нашим данным, 20 % стоматологических пациентов относятся к старшей возрастной категории. Они, как правило, отягощены коморбидостью или полиморбидностью, а для сохранения стабильного состояния регулярно принимают лекарственные препараты, нередко в сложных комбинациях. Любая дестабилизация при проведении стоматологического лечения может привести к соматическим осложнениям, включая критические.

Большое значение для работы врача-стоматолога имеет коммуникативность пациента, поэтому 96 % вмешательств проводят при сохраненном сознании, что заставляет учитывать влияние психологического фактора. Современные исследования показали, что дистресс испытывают 49,8 % стоматологических пациентов, а он также способен спровоцировать соматические осложнения. Для коррекции дистресса и поддержания стабильного общего состояния пациентов в стоматологии широко применяют различного уровня седацию. Определенным группам пациентов абсолютно показано общее обезболивание (ранний детский возраст, заболевания ЦНС).

Большинство стоматологических учреждений являются монопрофильными, а небольшие клиники состоят всего из нескольких кабинетов. Врач в таких условиях находится один на один с пациентом без возможности обратиться за помощью к специалистам других профилей. Поэтому следует подчеркнуть важность оптимальной первоначальной «сортировки», для чего первостепенное значение имеет сбор полного анамнеза и всестороннее обследование пациента. Отдельно следует подчеркнуть необходимость владения врачами-стоматологами навыком диагностики неотложных и экстренных состояний, а также компетенцией в оказании необходимой для их купирования медицинской помощи.

Мультидисциплинарный хирургический подход в лечении пациентов с пресакральной тератомой в сочетании с передним менингоцеле у взрослой пациентки с синдромом Куррарино

Равич Л. Д., Горожанин А. В., Хмылов Л. М.
ГБУЗ «ГКБ им. С. П. Боткина», Москва

Синдром Куррарино – редкое (1 : 25 000 000) врожденное заболевание, характеризующееся триадой: аноректальной мальформацией, гипоплазией крестцовой кости и пресакральной тератомой. Заболевание носит в основном наследственный характер с аутосомно-доминантным типом наследования, в 50 % случаев вызвано мутацией гена MNX1 в длинном плече 7 хромосомы в области q36, но также может быть спорадическим. К настоящему времени в литературе описано чуть более 300 наблюдений пациентов с синдромом Куррарино.

В основе патогенеза лежит нарушение процессов разделения эмбриональных листков эктодермального и эндодермального происхождения. Заболевание проявляет себя в детском, нередко младенческом возрасте. Характерные симптомы заболевания – это запоры, вздутие живота, а также расстройства мочеиспускания и дефекации. Диагноз в настоящее время устанавливается с помощью МРТ малого таза. У ребенка, имеющего хотя бы один из признаков триады синдрома Куррарино, следует его заподозрить. Большинство этих образований доброкачественны, но иногда могут подвергаться злокачественной трансформации даже после попытки оперативного лечения. Малигнизация de novo, к счастью, возникает лишь в 1 % наблюдений, о чем имеются единичные сообщения в литературе.

Учитывая редкость синдрома Куррарино и сложность его диагностики и лечения, представляем спорадическое наблюдение пациентки с этим заболеванием.

Пациентка, 22 года, страдала с детства запором и нарушениями мочеиспускания. Заболевание заподозрено при гинекологическом обследовании. МРТ брюшной полости выявила наличие большого кистозно-солидного образования с полициклическим контуром в пресакральном пространстве в сочетании с передним крестцовым менингоцеле. Пациентка оперирована в плановом порядке комплексной бригадой совместно с нейрохирургом, выполнено одномоментное трансабдоминальное удаление пресакральней тератомы с ликвидацией менингоцеле и пломбированием дефекта твердой мозговой оболочки. Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациентка выписана домой в удовлетворительном состоянии. Имевшиеся до операции нарушения дефекации и мочеиспускания полностью купированы.

Таким образом, данное наблюдение свидетельствует о том, что успех оперативного лечения взрослой пациентки с этим заболеванием достигнут благодаря мультисциплинарному подходу.

Междисциплинарный подход в лечении больной билатеральным синдромом Терсона

Русановская А. В., Климова А. Н., Адельянов М. Р.
ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ», Москва

Синдром Терсона (геморрагический окулоцеребральный синдром) – состояние, при котором одновременно с кровоизлиянием в мозг (инсультом) происходит кровоизлияние внутрь глаза, что приводит к потере зрения. При этом состоянии есть шанс вернуть пациенту зрение. Конечно, при таком жизнеугрожающем состоянии, как инсульт, первостепенной целью является сохранение жизни пациента, следующей задачей является сохранение для человека возможности быть социально адаптированным, для этого необходимо восстановить зрение. Поэтому при синдроме Терсона после стабилизации общего состояния показано офтальмохирургическое лечение – закрытая субтотальная витрэктомия. Такая тактика лечения, по данным литературы, дает положительный результат в 81 % случаев. Приводим клиническое наблюдение больной синдромом Терсона.

Пациентка С., 42 года, в апреле 2016 г. поступила в нейрореанимационное отделение ГКБ № 52 ДЗМ в коме. После проведения мультиспиральной компьютерной томографии головного мозга в сосудистом режиме установлен диагноз: субарахноидальное кровоизлияние, разрыв гигантской аневризмы правой сонной артерии.

По жизненным показаниям пациентка переведена в нейрохирургическое отделение НИИ скорой помощи им. Н. В. Склифосовского, где выполнено экстренное оперативное лечение: костно-пластическая трепанация черепа в правой лобно-височно-теменной области, клипирование аневризмы правой сонной артерии. При возвращении сознания у пациентки было диагностировано отсутствие предметного зрения на обоих глазах, правильная светопроекция, билатеральный синдром Терсона. На эхобиометрии глазных яблок: выраженные подвижные гиперэхогенные включения в витреальной полости. После стабилизации жизненно важных функций пациентка переведена в неврологическое отделение для больных острым нарушением мозгового кровообращения ГКБ № 52. Дезориентация пациентки в пространстве из-за отсутствия предметного зрения заметно снижала скорость неврологической реабилитации. Поэтому, учитывая наличие специализированной анестезиологической бригады и нейрореанимационного отделения, после консультации пациентки нейрохирургом и разрешения им оперативного лечения выполнена микроинвазивная 25G витрэктомия через 2 месяца после субарахноидального кровоизлияния. Во время витрэктомии выявлена плотная адгезия задней гиалоидной мембраны к сетчатке, витреальное и субгиалоидное кровоизлияние. Острота зрения на первый день после операции 0,7. Через 1, 2 и 3 года после оперативного лечения острота зрения на обоих глазах – 1. Поля зрения в пределах нормы. Признаков атрофии зрительных нервов нет.

Таким образом, синдром Терсона является тяжелым осложнением интракраниальных кровоизлияний, приводящим к значительному снижению зрения и инвалидизации пациентов. Однако при междисциплинарном подходе к ведению пациента, своевременном и обоснованном оперативном лечении возможно полное восстановление зрительных функций, т. к синдром Терсона редко сопровождается ишемической ангиоретинопатией.

Морфологическое исследование содержимого полости матки как важнейший этап диагностики причин неразвивающейся беременности первого триместра

Саблина Н. В., Лебеденко Е. Ю.
ГБУЗ «МКНЦ им. А. С. Логинова ДЗМ», Москва

Введение. Неразвивающаяся беременность – осложнение, связанное с гибелью эмбриона, плода в полости матки. Общепринятыми причинами репродуктивных потерь со стороны матери являются структурные аномалии матки, антифосфолипидный синдром, гормональные и метаболические нарушения. На первом этапе обследования наиболее информативными способами выяснения причин неразвивающейся беременности является уточнение анамнеза и развернутое морфологическое исследование эвакуированного содержимого полости матки.

Цель. Сопоставление анамнестических данных о перенесенных воспалительных заболеваниях генитального тракта с результатами расширенного морфологического исследования материала, полученного при эвакуации содержимого полости матки.

Материалы и методы. Основную группу составили 15 нерожавших женщин с неразвивающейся беременностью в первом триместре. Критериями исключения служили роды, оперативные вмешательства на матке, шейке матки, внутриматочная контрацепция в анамнезе.

Пациенткам проведена морфологическая верификация причин неразвивающейся беременности.

Результаты и обсуждение. Анализ инфекционного анамнеза показал, что 4 (26,7 %) пациентки перенесли острые воспалительные заболевания во время изучаемой беременности.

Во всех образцах абортуса выявлены признаки инфекционно-воспалительного процесса. Признаки вирусного поражения эндометрия диагностированы у каждой второй пациентки (47 %). В 7 (47 %) случаях в эндометрии визуализировались признаки базального децидуита с микроабсцессами.

Нарушения локального гемостаза выявлены в 11 (73,3 %) случаях. В 12 (80 %) случаях выявлены реологические нарушения по типу развития ретрохориальной гематомы.

У 11 (73,3 %) пациенток причиной неразвивающейся беременности являлось локальное воспаление, повредившее эпителиоциты желез, децидуальные клетки и инвазирующий цитотрофобласт.

У 4 (26,7 %) женщин, не имевших инфекционного анамнеза, морфологические признаки воспаления следует рассматривать как результат задержки погибшего плодного яйца в полости матки.

Однако назначение антибиотиков каждой пациентке с неразвивающейся беременностью без доказанного причинно-значимого инфекта необходимо признать нерациональным, поскольку это может усилить иммунодепрессию и усугубить функциональные нарушения эндометрия.

Выводы. 1. Отсутствие анамнестических данных о перенесенных урогенитальных инфекциях не исключает этиологическую роль воспалительного компонента в генезе неразвивающейся беременности. 2. Сходная гистологическая картина при воспалении и регенерации после эвакуации содержимого полости матки при неразвивающейся беременности определяет гипердиагностику хронического эндометрита, необоснованное проведение антибиотикотерапии и оставляет в тени истинные этиологические факторы и механизмы остановки развития беременности. 3. Сопоставление данных анамнеза с развернутым морфологическим исследованием позволяет уточнить цели последующей прегравидарной подготовки.

Речевое развитие детей раннего и дошкольного возраста: риски и профилактика речевых расстройств

Савина Е. А.
ГБУЗ «НПЦПЗД им. Г. Е. Сухаревой ДЗМ», Москва

Общеизвестно, что на дошкольное детство приходятся наиболее важные с точки зрения формирования субъекта коммуникации периоды развития: формирование психологической базы речи (до 1 года), появление первых общеупотребительных слов и становление фразовой речи (от 1 до 2 лет), сензитивный период развития речи с активным усвоением языковой системы (от 2 до 5 лет), подготовка к усвоению письма и чтения (старший дошкольный возраст). На каждом этапе доречевого и речевого развития существуют определенные маркеры, позволяющие оценить степень риска по возникновению тех или иных речевых расстройств вплоть до нарушений письма и чтения в школьном возрасте.

Каждый этап речевого развития имеет определенные временные рамки и закономерности, отклонения от которых должны привлечь внимание родителей и специалистов. По нашему убеждению, все врачи первичного амбулаторного звена, участвующие в диспансеризации детей младшего и дошкольного возраста, должны иметь отчетливое представление о закономерностях речевого развития в норме и вариантах отклонений, требующих незамедлительного вмешательства.

Разработанные логопедической службой Центра им. Г. Е. Сухаревой материалы могут являться основой для первичной оценки речевого развития ребенка на приеме у педиатра и невролога. В каждом описанном случае мы предлагаем возможные варианты маршрутизации в зависимости от выявленных проблем, рекомендации для родителей по организации режима дня ребенка, развивающей среды для него, а также список обязательных и дополнительных исследований, которые могут понадобиться для уточнения степени и характера нарушений.

Важно помнить, что раннее выявление речевых расстройств и начало речевой абилитации является эффективным средством профилактики вторичных нарушений коммуникативной деятельности ребенка, а следовательно, его развития в целом.

Органосохраняющее лечение – приоритетное направление онкологической ортопедии

Савлаев К. Ф., Петриченко А. В., Букреева Е. А., Шавырин И. А., Ковалев Д. В., Шароев Т. А., Иванова Н. М.
ГБУЗ «НМИЦ специализированной медицинской помощи детям им. В. Ф. Войно-Ясенецкого ДЗМ», Москва

Введение. Онкологические заболевания у детей – очень значимая не только медицинская, но и социальная проблема. Прогресс медицинской науки и технологий открывает возможности для максимально бережного отношения к онкологическим пациентам детского возраста. И сегодня важно не только сохранить жизнь, но и максимально сохранить ее качество.

Цель. Улучшение результатов оперативного лечения и качества жизни детей с опухолями костей.

Материалы и методы. Органосохраняющее лечение выполнено 34 детям: 18 мальчикам и 16 девочкам в возрасте от 4 до 17 лет (средний возраст – 11 лет). В 22 наблюдениях была диагностирована остеосаркома, в 7 наблюдениях – саркома Юинга, у 2 пациентов выявлена хондросаркома, 1 пациент страдал светлоклеточным раком почки с метастазом в проксимальный отдел левой плечевой кости, у 1 ребенка был метастаз ангиосаркомы печени в дистальный отдел бедренной кости, 1 больной был с аневризмальной костной кистой. Поражение проксимального эпиметадиафиза большеберцовой кости было у 8 пациентов, у 2 детей отмечалось тотальное поражение большеберцовой кости, 5 детей с тотальным поражением бедренной кости, 4 пациента были с поражением проксимального эпиметадиафиза плечевой кости, у 3 – тотальное поражение плечевой кости, 3 пациента с поражением проксимального эпиметадиафиза бедренной кости, 5 детей с поражением дистального эпиметадиафиза бедренной кости, 1 пациент с поражением дистального эпиметадиафиза лучевой кости, 1 пациент с опухолью III пястной кости, 1 девочка с опухолью X ребра. Эндопротезирование выполнено 30 пациентам из них. Удлиняющиеся эндопротезы имплантированы 20 пациентам от 4 до 15 лет, в 13 наблюдениях из этих имплантаты не требовали дополнительного оперативного вмешательства для дистракции, которая осуществлялась за счет воздействия электромагнитного поля. 4 пациентам выполнены реконструктивно-пластические операции: сегментарная резекция проксимального метадиафиза лучевой кости и пластика аутокостью; экстирпация X, XI ребер, резекция правого поперечного отростка Th 10 позвонка; резекция лучевой кости с транспозицией локтевой кости; экстирпация III пястной кости правой кисти с пластикой аутокостью.

Результаты. В настоящее время 2 пациента погибли от метастазов и прогрессирования болезни, 32 живы и находятся в ремиссии.

Вывод. Органосохраняющее лечение путем эндопротезирования и реконструктивно-пластических операций является приоритетным направлением онкоортопедии, что имеет большое деонтологическое и социальное значение, существенно повышая качество жизни пациентов.

Малоинвазивные рентген-эндоскопические вмешательства с целью восстановления проходимости желудочно-кишечного тракта

Самсонян Э. Х.[1], Емельянов С. И.[1], Секундова М. А.[2], Курганов И. А.[1]
[1]ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова МЗ РФ, Москва
[2]Больница Центросоюза РФ, Москва

Введение. Злокачественные новообразования органов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) являются распространенными онкологическими заболеваниями, приводящими к летальному исходу пациентов. Большинство пациентов на момент выявления заболевания имеют неоперабельные опухоли. В связи с этим на первый план выступает паллиативная помощь. С целью разрешения дисфагии при опухолях верхних отделов ЖКТ, а также ликвидации симптомов острой толстокишечной непроходимости при стенозирующих опухолях ободочной кишки широко применяется методика эндоскопического стентирования с целью оказания паллиативной помощи.

Цель. Изучить непосредственные и отдаленные результаты эндоскопического стентирования различных отделов ЖКТ у пациентов со стенозирующими нерезектабельными опухолями (СНО).

Материалы и методы. В 2016–2019 гг. нами выполнено эндоскопическое стентирование различных отделов ЖКТ у 247 пациентов со СНО с паллиативной целью. У 125 (50,6 %) больных было выполнено стентирование пищевода (39 – стентирование верхней трети, 54 – средней трети, 32 – кардиоэзофагеального перехода). У 73 (29,6 %) пациентов было выполнено пилородуоденальное стентирование. У 49 (19,8 %) пациентов было проведено стентирование ободочной кишки (29 – стентирование ректосигмоидного отдела, 19 – сигмовидной кишки, 1– печеночного изгиба ободочной кишки). Степень обтурации опухолью составляла более 70 %. При стентировании пищевода были использованы металлические саморасширяющиеся, частично покрытые стенты типа Ultraflex (Boston Scientific). 116 стентирований пищевода было выполнено эндоскопически под рентгеноскопическим контролем, 9 – без рентгеноскопического контроля. С целью пилородуоденального стентирования были использованы металлические саморасширяющиеся непокрытые стенты типа Wallflex Duodenal (Boston Scientific). 67 стентирований были выполнены под рентгеноскопическим контролем, 6 стентирований – только эндоскопическим способом. Для стентирования ободочной кишки были использованы металлические саморасширяющиеся непокрытые стенты типа Wallflex Colonic (Boston Scientific). 43 стентирования было выполнено эндоскопически под рентгеноскопическим контролем, 6 стентирований – только эндоскопическим методом.

Результаты. При стентировании пищевода в раннем послеоперационном периоде боли в грудной клетке отметили 119 (95,2 %) пациентов, при этом хронические боли оставались у 16 (12,8 %) пациентов. У 3 (2,4 %) пациентов после стентирования кардиоэзофагеального перехода произошла миграция стента на 2-е и 4-е сутки. В обоих случаях стент был успешно извлечен из желудка и зафиксирован эндоскопическими клипсами к интактной слизистой пищевода выше уровня проксимального края опухолевого стеноза. Рецидив дисфагии, обусловленный прорастанием опухоли в проксимальный и/или дистальный края стента, был зафиксирован у 51 (40,8 %) пациента в течение 5–7 месяцев. При пилородуоденальном стентировании в первые 3 суток боли отметили 31 (42,5 %) пациент, у 5 (6,8 %) пациентов – хронизация болевого синдрома. При стентировании ободочной кишки ликвидация симптомов толстокишечной непроходимости была достигнута в 100 % случаев; боли в раннем послеоперационном периоде были выявлены у 9 (18,4 %) пациентов; хронические боли наблюдались у 3 (6,1 %) пациентов. Повторная обтурация просвета кишки на фоне прорастания стента опухолью была выявлена у 2 (4,1 %) пациентов в период от 3 до 6 месяцев. Кровотечений, перфораций, язвенных эзофагитов и формирования свищей не было зафиксировано ни в одном из наблюдений. Шестимесячная выживаемость пациентов в целом составила 83,7 %.

Вывод. Малоинвазивные рентген-эндоскопические вмешательства с целью восстановления проходимости ЖКТ позволяют добиться восстановления функций органов ЖКТ, повысить качество и продолжительность жизни пациентов, а также обеспечивает низкую частоту осложнений.

Взаимодействие медицинских организаций и служб социальной защиты в оказании помощи ослабленным пациентам пожилого и старческого возраста на примере московского Диагностического центра № 3

Сандаков Я. П.[1, 2], Рунихина Н. К.[3], Ефимова А. А.[1], Решетова А. А.[1]
[1]ГБУЗ «Диагностический центр № 3 ДЗМ», Москва
[2]ФГБУ ФНКЦ ФМБА России, Москва
[3]ГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова МЗ РФ, Москва

В соответствии с прогнозами экспертов ВОЗ в ближайшие десятилетия ожидается прогрессирующее старение населения земного шара. В настоящее время в рамках исполнения поручения Президента РФ реализуется проект с внедрением системы долговременного ухода за пожилыми людьми и инвалидами, включающего сбалансированное социальное обслуживание и медицинскую помощь.

В настоящее время на базе медицинских амбулаторных учреждений созданы отделения патронажной службы, осуществляющие медицинскую помощь. В оценке взаимодействия медицинских и социальных служб с учетом современной модели системы долговременного ухода в условиях мегаполиса использовался опыт ДЦ № 3.

Всего на патронаже в ДЦ № 3 состоят 1615 человек, из них 408 (25 %) мужчин и 1207 (75 %) женщин, 94 % пациентов – старше трудоспособного возраста и 65 % – в возрасте от 80 лет. Инвалидов – 1356 человек, в том

числе I группы – 325 (24 %) пациентов, II группы – 934 (69 %) пациента, III группы – 97 (7 %).
Из 1615 человек, состоящих на учете патронажной службы, обслуживаются социальными работниками – 29,2 %; проживают отдельно 0,8 %; под наблюдением родственников – 48,7 %.
Приоритетным направлением в реализации долговременного ухода является организация межведомственных взаимодействий медицинских организаций и организаций социального обслуживания, включая объединение клиентских баз и передачу необходимой информации о состоянии пациента его родственникам и организациям социальной сферы. Для определения критериев оценки обстоятельств, ухудшающих условия жизнедеятельности граждан пожилого возраста, необходимо более тщательно изучить гериатрический и функциональный статус, учитывая современную модель системы долговременного ухода в условиях мегаполиса.
Совместная организация гериатрической помощи службами здравоохранения и социальной защиты позволит оптимизировать расходование бюджетных средств, повысить доступность и эффективность медицинской и социальной помощи данной категории граждан.

Структура гериатрических синдромов у маломобильных пациентов патронажной службы Диагностического центра № 3 Москвы

Сандаков Я. П.[1, 2], Рунихина Н. К.[3], Решетова А. А.[1], Ефимова А. А.[1]
[1]*ГБУЗ «Диагностический центр № 3 ДЗМ», Москва*
[2]*ФГБУ ФНКЦ ФМБА России, Москва*
[3]*ГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова МЗ РФ, Москва*

В России демографическая ситуация развивается таким образом, что идет очень быстрое нарастание числа пожилых лиц. На территории Москвы проживает 12 млн 506 тыс. человек, из них старше трудоспособного возраста – 3 млн 403 тыс. человек, что составляет 27,2 % от общего количества людей. Численность мужчин составляет 5 млн 778 тыс. (46 %), в том числе старше трудоспособного возраста – 1 млн 88 тыс. (19 %), женщин – 6 млн 728 тыс. (54 %), старше трудоспособного возраста – 2 млн 315 тыс. (34 %) (Мосгорстат от 01.03.2019). С увеличением доли граждан пожилого и старческого возраста увеличивается и количество пациентов с хроническими заболеваниями и гериатрическими синдромами. Часть этой категории пациентов ограничены в передвижении, самообслуживании и находятся под наблюдением врачей патронажной службы амбулаторно-поликлинических учреждений Москвы.
Согласно реестру патронажных пациентов ДЦ № 3, на патронаже состоят 1615 человек, из них 408 (25%) мужчин и 1207 (75%) женщин. 94 % пациентов – старше трудоспособного возраста, 65% – в возрасте 80 лет и старше. Инвалидов – 1356 человек, в том числе I группы – 325 пациентов (24 %), II группы – 934 пациента (69 %), III группы – 97 (7 %).
В структуре заболеваемости наиболее часто отмечены цереброваскулярная болезнь – 1547 (96 %) пациентов, артериальная гипертония – 1469 (91 %) и ишемическая болезнь сердца – 1343 (83 %).
Патронажная служба развернута с целью оказания медицинской помощи маломобильным пациентам, из которых подавляющее большинство – это пациенты старших возрастных групп со сложными коморбидными состояниями, гериатрический статус которых в настоящее время недооценен. Для повышения эффективности работы патронажной службы и стратегического планирования ресурсов медицинских амбулаторных учреждений необходимо изучение ассоциированных с возрастом проблем здоровья этой категории пациентов с применением современных гериатрических технологий, а именно комплексной гериатрической оценки.

Возможности ранней реабилитации детей с поражением плечевого сплетения

Седненкова Т. А.[1], Букреева Е. А.[1], Катыженков А. А.[1], Тимохин Е. В.[1], Ротанова Р. И.[1], Ворона Л. Д.[1], Ишутина Ю. Л.[1], Сергеенко Е. Ю.[2]
[1]*ГБУЗ «НПЦ специализированной медицинской помощи детям им. В. Ф. Войно-Ясенецкого ДЗМ», Москва*
[2]*ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н. И. Пирогова МЗ РФ, Москва*

Введение. В структуре детской инвалидности поражения нервной системы составляют около 50 %, при этом 70–80 % случаев приходится на перинатальные поражения. Поражения плечевого сплетения составляют до 5 случаев на 1000 родов.
Цель. Предупредить усугубление клинических проявлений поражения вследствие вторичных гемодинамических, реактивных и нейротрофных сегментарных изменений, снизить инвалидизацию, улучшая качество жизни пациентов.
Задачи: уменьшение зоны отека и воспаления; стимуляция трофических процессов; ускорение процессов регенерации в пораженном сегменте; предупреждение атрофии пораженных мышц; сохранение и увеличение объема движений в пораженной конечности.
Материалы и методы. В исследование были включены 14 детей в возрасте от 4 дней до 2 месяцев. Мальчиков 8 (57 %), девочек – 6 (43 %). Курс лечения – 10–12 дней, перерыв между курсами – 1–1,5 месяца. При назначении применялся персонифицированный подход: индивидуальное время на проведение процедур, индивидуальная интенсивность и объем реабилитации. Первый курс начинали детям в возрасте 4–8 дней. Проводилось реабилитационное лечение в виде кинезиотерапии, направленной на сохранение пассивных и стимуляцию активных движений в пораженной конечности, кинезиотейпирование для улучшения трофики, уменьшения зоны отека, двигательной стимуляции в пораженных мышцах, лазеротерапия. Второй курс включал кинезиотерапию, массаж общий с акцентом на улучшение трофики пораженной конечности, электростимуляцию парализованных мышц или лазеротерапию, кинезиотейпирование.
Результаты. Объем движений в пораженной конечности увеличился у всех детей, возросла спонтанная двигательная активность конечности, увеличилась мышечная сила.
Выводы. 1. Восстановительное лечение детей с повреждением плечевого сплетения необходимо начинать в максимально ранние сроки. 2. Выбор метода и сочетания методов при проведении ранней реабилитации осуществляется индивидуально по строгим показаниям методик. 3. Необходимо соблюдать преемственность и непрерывность реабилитационных мероприятий для достижения максимального результата.

Применение имитатора опорной нагрузки (модель «Корвит») для восстановительного лечения детей раннего возраста с двигательными нарушениями

Седненкова Т. А.[1], Букреева Е. А.[1], Катыженков А. А.[1], Сергеенко Е. Ю.[2]
[1]*ГБУЗ «НПЦ специализированной медицинской помощи детям им. В. Ф. Войно-Ясенецкого ДЗМ», Москва*
[2]*ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н. И. Пирогова МЗ РФ, Москва*

Введение. У детей с внутриутробным и перинатальным повреждением центральной нервной системы (ЦНС) развитие мозга и формирование его функциональных систем нарушено. Искаженная постуральная мышечная синергетика является основой для развития патологического двигательного стереотипа, характерных нарушений позы и опорности стоп, нарушений ходьбы и статодинамической координации.
Цель. Анализ эффективности восстановительного лечения подошвенным имитатором опорной нагрузки «Корвит» у детей раннего возраста с двигательными нарушениями.
Материалы и методы. Восстановительное лечение с помощью подошвенного имитатора опорной нагрузки «Корвит» проведено 51 ребенку в возрасте от 7 месяцев до 2 лет, средний возраст 1,8 ± 0,054 года, SD 0,385 с перинатальным поражением ЦНС, различными формами ДЦП в ранней стадии, а также у детей с симптоматической эпилепсией в стадии ремиссии. Мальчиков было 27 (52,9 %), девочек – 24 (47,1 %). Детей от 7 месяцев до года 17,6 %, детей от года до двух лет – 82,4 %. Спастические нарушения нижних конечностей отмечалась в 70,6 % случаев, мышечная гипотония – в 29,4 % случаев. Для оценки эффективности метода опорной стимуляции использовались данные шкалы развития больших моторных функций (Gross Motor Function Classification System for Cerebral Palsy). Третий уровень двигательного развития был у 37,3 % пациентов, четвертый уровень – у 51 % пациентов, второй уровень – у 5,9 % пациентов, пятый, самый тяжелый, – у 5,9 % детей.
Результаты. Снижение выраженности влияния тонических рефлексов на мышцы туловища и конечностей, появление опоры на всю стопу, формирование навыка вертикализации, передвижения и ходьбы с опорой и без. У детей, передвигавшихся самостоятельно, сформировался правильный стереотип переката стоп. Ухудшений и негативных реакций отмечено не было.
Вывод. У детей раннего возраста данный метод способствует формированию установочных рефлексов, а в дальнейшем – становлению статики и локомоции, формированию свода стопы, профилактике патологических изменений в суставах нижних конечностей, что снижает степень инвалидизации и повышает качество жизни.

Дифференциальная диагностика речевых нарушений в рамках амбулаторного приема

Серебровская О. В., Елисеева Ю. А., Тимощенко Е. Г.
ГБУЗ «Центр патологии речи и нейрореабилитации ДЗМ», Москва

Введение. Актуальность изучения особенностей дифференциальной диагностики нарушений речевого развития в детском возрасте связана с важностью раннего выявления и безошибочной маршрутизации пациентов с речевыми расстройствами.
Цель. Анализ сложностей дифференциации сходных состояний, которые возникают у специалистов в ходе амбулаторного приема.
Материалы и методы. В основе исследования лежит анализ опыта работы логопедических кабинетов консультативно-диагностического отделения для детей ГБУЗ «ЦПРиН ДЗМ». Общее число наблюдений – 1250.
Результаты. В ходе амбулаторного приема специалисту необходимо проводить дифференциацию фонематической дислалии и моторной алалии, задержки речевого и психического развития, нарушений речи при снижении слуха и сенсорной алалии, дислалии и дизартрии, сенсорной алалии и нарушений речи при расстройствах аутистического спектра, акустико-мнестической и семантической афазии и др. Установление речевого диагноза подчиняется общим правилам, но имеет свою специфику. Решающее значение для дифференциального диагноза в большинстве приобретает анамнез и сравнительный анализ изучения параметров неречевой системы. Существенное значение имеет обследование нарушений слуховой дифференциации звуков; во избежание ошибок при оценке состояния слуховой дифференциации звуков при обследовании рекомендуется использовать экран, исключающий возможность зрительного восприятия. Во всех случаях необходимо особое внимание обратить на оценку уровня интеллектуального развития и способности осуществлять логический перенос одних алгоритмов знаний на другие объекты. Важными для всех дифференциально-диагностических процедур являются изучение восприятия речи на перцептивном уровне; возможность понимания речи без опоры на зрительное восприятие артикуляции и подкрепления жестами; уровень развития слухового внимания; отсутствие или наличие эхолалии; речевое поведение в целом и использование мимико-жестикуляторной речи, мелодики и звукоподражания.
Выводы. 1. Дифференциальная диагностика нацелена на точную маршрутизацию пациента и своевременное оказание специализированной помощи. 2. В условиях амбулаторного приема возможно провести анализ диагностических показателей, позволяющих дифференцировать речевые расстройства.

Микролапароскопическая пластика гидронефроза

Серегин А. А., Панкратьев Ю. Л., Симанков И. В., Юсуфов З. А., Серегин А. В.
ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ, Москва
ГБУЗ «ГКБ им. С. П. Боткина», Москва

Введение. Лапароскопическая пиелопластика является золотым стандартом лечения больных гидронефрозом. Улучшение микролапароскопического инструментария позволило применить его для сложной диссекции и реконструкции, которые требуются в ходе лапароскопической пиелопластики.
Цель. Оценка функциональных результатов микролапароскопии в сравнении со стандартной лапароскопией при пластике гидронефроза у взрослых.
Материалы и методы. Нами были проанализированы результаты оперативного лечения 120 пациентов, которым была выполнена микролапароскопическая пиелопластика (МЛП) с 2010 по 2018 гг. и 101 больного, которым выполнена операция пиелопластики по стандартной лапароскопической методике (СЛП).
Применялась методика гибридной микролапароскопии с использованием одного 5 мм троакара для HD-лапароскопа, устанавливаемого скрыто в пупочном разрезе и 2,5 или 3 мм рабочих инструментов, в сравнении со стандартной лапароскопией. Во всех случаях выполнена операция Hynes-Anderson с антеградной установкой стента.
Результаты. Все варианты лапароскопической пиелопластики обеспечили хорошие послеоперационные результаты: 100 % – МЛП и 98 % – СЛП (оценивался как исчезновение болевого симптома и/или улучшение при динамической нефросцинтиграфии). Не наблюдалось статистически значимых различий в уровне интраоперационных и послеоперационных осложнений, времени операции, нахождения дренажа, уретрального катетера, мочеточникового стента и пребывания в стационаре. Через 3-4 месяца места разрезов были практически невидимы в области пупка, а места от 3 мм троакаров напоминали маленькие родинки, в то время как места от разрезов после СЛП были более заметны.
Вывод. В нашем исследовании микролапароскопия продемонстрировала одинаковый функциональный результат и безопасность выполнения в сравнении со стандартной при пластике гидронефроза у взрослых. МЛП с HD-видением позволяет использовать при анастомозе тонкие нити № 5-0, что обеспечивает большую прецизионность выполнения операции, что, с учетом лучшего косметического результата, достигаемого при микролапароскопии, сделало эту методику стандартной при пиелопластике в нашей клинике.

Пентафекта результатов первых 50 лапароскопических резекций почки по поводу ее опухоли в стадии T1a в клинике урологии ГКБ им. С. П. Боткина

Серегин А.А., Серегин А. В., Юсуфов З. А., Симанков И. В., Лоран О. Б.
ГБУЗ «ГКБ. им. С. П. Боткина ДЗМ», Москва

Введение. Учебная кривая при лапароскопических операциях ранее являлась основным сдерживающим фактором внедрения минимально-инвазивной резекции почки в практику. Сейчас же, во времена установленной методики и онлайн-доступа к экспертным видеозаписям операций, мы сделали предположение о сокращении длительности учебной кривой.
Цель. Анализ пентафекты первых 50 лапароскопических резекций почки при небольших ее опухолях стадии T1a, выполненных в нашей клинике за последние 4 года.
Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения первых 50 пациентов, которым была выполнена лапароскопическая резекция почки по поводу опухоли в стадии T1a одним хирургом без предшествующего опыта резекции почки с января 2013 по январь 2017 г. Подготовка хирурга к операциям заключалась в интенсивной отработке навыков интракорпорального шва и изучении видео операций.
Пентафекта была определена как достижение трифекты (негативный хирургический край, отсутствие периоперационных осложнений, время тепловой ишемии менее 25 минут), а также отсутствия снижения скорости клубочковой фильтрации более 10 % и возрастания стадии хронической болезни почек через 1 год после операции.
Результаты. Всем 50 пациентам была выполнена лапароскопическая резекция почки без конверсии в радикальную нефрэктомию или открытую операцию.
Среднее операционное время составило 110 (75-240) мин.
Почечная ножка не пережималась у 18 (36 %) пациентов. Раннее снятие зажима с почечной ножки было применено у 16 (32 %) пациентов. Средний размер опухоли составил 2,8 (0,7–3,9) см. Пентафекта была достигнута у 43 (86 %) из 50 больных. Среднее время тепловой ишемии у 32 больных, которым пережималась почечная ножка, составило 10,5 (3,3–18) минут.
У одного больного был выявлен положительный хирургический край без признаков местного рецидива за 3 года наблюдения. У другого пациента с опухолью 9 баллов по шкале RENAL развилось раннее послеоперационное осложнение.

Выводы. Лапароскопическая резекция почки является безопасным и эффективным методом лечения больных небольшими опухолями почки, в том числе и во время учебной кривой, при условии тщательной подготовки и следования стандартному операционному протоколу.

Сравнение биполярной и монополярной трансуретральной резекции мочевого пузыря при ее опухолях, расположенных в зоне проекции запирательного нерва

Серегин И. В., Филимонов Е. В., Велиев Е. И., Мартынов М. И., Туманян С. С.
ГБУЗ «ГКБ им. С. П. Боткина ДЗМ», Москва
ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ, Москва

Введение. Стандартом лечения больных немышечно инвазивным раком мочевого пузыря является трансуретральная резекция (ТУР). В настоящее время используются два вида резектоскопов: монополярный и биполярный. Последние опубликованные работы показывают, что биполярная трансуретральная резекция имеет сходные результаты, но меньше осложнений в сравнении с монополярной ТУР.

Цель. Оценить безопасность использования биполярной ТУР при немышечно инвазивном раке мочевого пузыря с локализацией опухоли в зоне проекции запирательного нерва.

Материалы и методы. Были проанализированы 75 пациентов, находившихся на лечении в урологическом отделении ГКБ им. С. П. Боткина. Всем пациентам была выполнена ТУР по поводу немышечно инвазивного рака мочевого пузыря с локализацией опухоли в зоне проекции запирательного нерва (заднелатеральной стенки и шейки мочевого пузыря). Пациенты были распределены на 2 группы: 1-я группа – монополярная ТУР, n = 40 (53,3 %), 2-я группа – биполярная ТУР, n = 35 (46,7 %). Средний возраст пациентов в группе монополярной ТУР составил 62,6 года, в группе биполярной ТУР – 68,7 года. Мужчин в группе монополярной ТУР было 33 (82,5 %), женщин 7 (17,5 %), в группе биполярной ТУР мужчин 30 (85,7 %), а женщин – 5 (14,2 %). Средний размер опухоли составлял в группе монополярной ТУР 3,1 см, в группе биполярной ТУР – 2,9 см. В группе монополярной ТУР множественные опухоли были у 17 (42,5 %) пациентов, а одиночные у 23 (57,5 %) пациентов, в группе биполярной ТУР множественные были у 14 (40 %), а одиночные – у 21 (60 %) пациентов.

Результаты. Среднее время операции при монополярной ТУР составило 39,2 мин., при биполярной – 34,1 мин. Стимуляция запирательного нерва была отмечена у 11 (27,5%) пациентов в группе монополярной ТУР, и у 6 (17,5 %) пациентов – при биполярной ТУР. Перфорация мочевого пузыря, вызванная стимуляцией запирательного нерва, наблюдалась у 7 (17,5 %) пациентов в группе монополярной ТУР. В 2 наблюдениях это была внутрибрюшная перфорация, в остальных — внебрюшинная. В группе биполярной ТУР перфорация мочевого пузыря наблюдалась у 3 (8,5 %) пациентов и во всех этих случаях была внебрюшинная. При монополярной ТУР уретральный катетер удаляли в среднем через 33 часа, а после биполярной ТУР – через 27,3 часа. Средний койко-день составил при монополярной резекции 3,2 дней, при биполярной резекции – 2,8 дней.

Выводы. 1. Различия в группах отмечены только при перфорации стенки мочевого пузыря в результате стимуляции запирательного нерва. 2. Биполярная ТУР является безопасным методом удаления опухолей мочевого пузыря с локализацией последних в зоне проекции запирательного нерва.

Психоэмоциональные расстройства при острых отравлениях таллием

Симонова А. Ю.[1], Дикая Т. И.[1], Завалий Л. Б.[1], Петриков С. С.[1, 3], Поцхверия М. М.[1, 2], Остапенко Ю. Н.[1, 2]
[1]*ГБУЗ г. Москвы «НИИ скорой помощи им. Н. В. Склифосовского ДЗМ», Москва*
[2]*ФГБУ «Научно-практический токсикологический центр ФМБА России», Москва*
[3]*ФГБОУ ВО МГМСУ им. А. И. Евдокимова МЗ РФ, Москва*

Введение. В НИИ СП им. Н. В. Склифосовского проведено самое крупное в РФ и странах СНГ исследование по изучению клинических проявлений у пациентов с лабораторно подтвержденным острым отравлением таллием. Помимо жалоб соматического характера, у многих пациентов отмечались психоэмоциональные расстройства с развитием в ряде случаев развернутых астено-депрессивных и тревожно-депрессивных состояний.

Цель. Оценка психоэмоционального состояния пациентов с острым отравлением таллием.

Материалы и методы. В исследование было включено 14 пациентов в возрасте 36,5 [33; 42] лет. Пострадавшие были сопоставимы по сроку и тяжести отравления. Уровень таллия в крови составил 8,05 [1,89; 13,36], в моче – 57,38 [14,73; 90,23]. Все пациенты были осмотрены токсикологом, неврологом, психиатром, прошли анкетирование по госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS).

Результаты. У всех пациентов с отравлением таллием отмечались астенические расстройства (общая слабость, быстрая утомляемость, снижение работоспособности). Жалобы на изменение эмоционального фона наблюдали у себя 11 (78,5 %) пациентов: снижение настроения (n = 8), раздражительность, плаксивость (n = 3), эмоциональная лабильность (n = 3), нарушение сна (n = 4). По результатам анкетирования у 2 пациентов выявлена субклиническая тревога, у 7 – клинически выраженная тревога, из которых у 6 больных сопровождалась депрессией от субклинической [n = 3 (21,4 %)] до клинически выраженной [n = 3 (21,4 %)]. У пациентов с клинически выраженной тревогой уровень таллия в крови и моче был статистически значимо ниже по сравнению с остальными пациентами [1, 2 [0,8; 10,3] против 17,55 [6,1; 20] и 8,3 [6,3; 87] против 74 [68,5; 95,6] мкг/л]. Также у пациентов с депрессией уровень таллия в крови и моче был статистически значимо ниже, чем у других больных. В 3 наблюдениях депрессия сочеталась с высокими уровнями таллия в биосредах и тяжелой неврологической симптоматикой.

Выводы. 1. Психоэмоциональные расстройства выявлены у 78,5 % пациентов, тревога – у 64,2 %, депрессия – у 42,9 %. 2. Развитие депрессии всегда сопровождалось возникновением тревоги. 3. Уровень тревоги и депрессии связан с концентрацией таллия в крови и моче, наблюдалась тенденция к наличию обратной корреляционной связи. 4. Причиной развития тревоги и депрессии, вероятно, стала стрессовая реакция в ответ на острую химическую травму.

Тактика оказания помощи при укусах гадюковых змей на догоспитальном и госпитальном этапах

Симонова А. Ю., Ильяшенко К. К., Поцхверия М. М.
ГБУЗ «НИИ скорой помощи им. Н. В. Склифосовского ДЗМ», Москва

Введение. На территории РФ встречается 14 видов ядовитых змей, из них наиболее распространены укусы гадюки обыкновенной, которые представляют реальную опасность для здоровья пострадавшего. Однако до настоящего времени не существует единой тактики по оказанию помощи на догоспитальном и госпитальном этапах пострадавшим от укусов гадюк.

Цель. Разработка тактики оказания помощи при укусах гадюковых змей на догоспитальном и госпитальном этапах.

Материалы и методы. Проведен анализ отечественной и зарубежной литературы по данной проблеме с использованием доказательной базы данных Кокрановской библиотеки, Embase, PubMed, Medline, Medscape. Глубина поиска составила 45 лет.

Результаты. В источниках литературы разных лет авторы при оказании первой помощи на догоспитальном этапе предлагали использовать высасывание яда ртом или механическим устройством, нанесение разрезов в области укуса и кровопускание, местное охлаждение тканей, наложение жгута, а также компрессионной повязки. Однако многолетний опыт показал, что указанные методы неэффективны и даже могут быть потенциально опасными для пострадавшего из-за риска развития различных осложнений.

Обобщая изученные сведения, на наш взгляд следует рекомендовать медицинским работникам догоспитального этапа экстренную госпитализацию пострадавших в стационар. При этом, чтобы не терять времени, обработка раны по стандартной методике (с мылом под струей воды или антисептическим раствором), а также наложение стерильной повязки должны проводиться в процессе транспортировки пострадавшего или ее ожидания. Должна быть проведена иммобилизация пораженной конечности, чаще с наложением шины. При транспортировке пострадавшего пораженную конечность по высоте от горизонтальной поверхности следует держать на уровне сердца. В сопроводительных документах должен быть описан status lokalis, включая распространенность эритемы, гематомы и отека. Во время транспортировки пострадавшему необходимо обильное питье, по показаниям инфузионная терапия.

Выводы. 1. Согласно данным литературы и собственным наблюдениям, в условиях стационара пострадавшему показано введение противозмеиной сыворотки по методу Безредко, проведение дезинтоксикационной, десенсибилизирующей (гормоны по показаниям), обезболивающей, антикоагулянтной, антибактериальной (при развитии инфекционных осложнений) терапии. 2. По данным отделения лечения острых отравлений НИИ СП им. Склифосовского, длительность заболевания сокращает включение в комплекс лечебных мероприятий (по показаниям) физиотерапевтических методов лечения (прессо- и магнитотерапия).

Фотохимические дерматиты в результате контакта с соком борщевика сосновского

Симонова А. Ю., Ильяшенко К. К., Пидченко Н. Е., Поцхверия М. М.
ГБУЗ г. Москвы «НИИ скорой помощи им. Н. В. Склифосовского ДЗМ», Москва

Введение. В соке борщевика содержатся потенциально токсичные вещества – фуранокумарины, обладающие фотосенсибилизирующими свойствами. При попадании сока растения на кожу, которая впоследствии подвергается ультрафиолетовому облучению, возникают фотохимические дерматиты. По данным отчетов отделения острых отравлений НИИ скорой помощи им. Н. В. Склифосовского, ежегодно увеличивается количество пациентов с фотохимическими дерматитами, возникшими вследствие контакта с борщевиком.

Цель. Формирование тактики и алгоритма ведения пациентов с фотохимическими дерматитами в результате контакта с соком борщевика сосновского.

Материалы и методы. За период 2014–2018 гг. зарегистрировано 107 обращений. Из них 30 пациентов отказались от стационарного лечения, 77 – были госпитализированы. Большую долю пострадавших составляли мужчины (72,8 %) в возрасте 15–44 лет. Основная часть пациентов была госпитализирована в 1–2-е сутки после контакта с борщевиком. В 2018 г. большая часть пациентов (38,1 %) обратилась на 3–4-е сутки. У пострадавших фотохимические дерматиты были различной распространенности, часто сопровождались некрозом эпидермиса и формированием болезненных ран, по глубине аналогичных термическим ожогам I-II-IIIA степени. Признаки местного поражения кожных покровов появлялись через несколько часов и даже через 2 суток после контакта с соком растения. Стоит отметить, что поражения верхних и нижних конечностей находились на лидирующих позициях, с меньшей частотой отмечались поражения передней и задней поверхности тела, головы и шеи. Местные проявления фотохимических дерматитов сопровождались общей интоксикацией разной степени выраженности, включая озноб (72,7 %), головокружение (32,5 %), головную боль (36,3 %), гипертермию (44,1 %). В 56 % случаев был выявлен умеренный лейкоцитоз.

Результаты. Комплекс лечебных мероприятий включал дезинтоксикационную, антигистаминную и гормональную терапию. Местное лечение пораженных областей (атравматические раневые покрытия, растворы антисептиков, мазевые повязки) проводили врачи комбустиологи согласно разработанным алгоритмам. Следует отметить, что вопрос о назначении антибиотиков решали комбустиологи по совокупности показаний. Длительность госпитализации в зависимости от тяжести поражения составила от 5 до 14 суток.

Вывод. Лечение больных фотохимическими дерматитами вследствие контакта с борщевиком должно проводиться совместно токсикологами и комбустиологами в условиях многопрофильного стационара.

Малоинвазивные методы остеосинтеза костей таза у пациентов с тяжелой сочетанной травмой

Симонсен Н. Л., Донченко С. В., Орлюк М. А., Лебедев А. Ф.
ФГБОУ ВПО РМАНПО, Москва
ГБУЗ «ГКБ им. С. П. Боткина ДЗМ», Москва

Тяжелая сочетанная травма является ведущей причиной летальности среди молодой возрастной группы. Переломы костей таза встречаются лишь в 1–3 % от всех переломов костей, но в структуре тяжелой сочетанной травмы частота этого повреждения может достигать 25 %. При этом смертность пациентов с тяжелой сочетанной травмой и переломами костей таза достигает 40–50 %, в первую очередь из-за возникающего массивного кровотечения. Нестабильное тазовое кольцо является ярким индикатором тяжести травмы пациента и требует скорейшей стабилизации в рамках противошоковых мероприятий. Малоинвазивные методы остеосинтеза позволяют с минимальной вторичной травмой для пациента и объемом кровопотери, низким риском гнойно-септических осложнений стабилизировать тазовое кольцо в ранние сроки после травмы. Была исследована группа из 80 больных тяжелой сочетанной травмой и переломами костей таза, получавших лечение в период с 2014 по 2019 г. Среди пострадавших 58 (72,5 %) мужчин и 22 (27,5 %) женщин. Абсолютное большинство пациентов (78,75 %) получили травму в результате ДТП. Критериями включения в группу являлись наличие балла по шкале ISS (Injury Severity Score) более 16 и переломы костей таза. Средний возраст пациентов составил 38,5 года. В оценке характера переломов использовалась классификация AO/ASIF. 40 (50 %) пациентов были прооперированы по малоинвазивной методике, 32 (40 %) пациента было прооперировано по традиционной методике, и 8 (10 %) пациентов получали консервативное лечение. При оценке функциональных результатов использовалась шкала Majeed.

Вывод. Малоинвазивные методы остеосинтеза позволяют в сравнительно короткие сроки стабилизировать тазовое кольцо у пациентов с тяжелой сочетанной травмой, снижают уровень смертности, сокращают время пребывания в реанимации, стационарного лечения и позволяют проводить раннюю реабилитацию с лучшими функциональными результатами.

Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в Москве: реалии, проблемы, стратегии решения

Синицын М. В.
ГБУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ», Москва

Москва остается одним из наиболее безопасных по туберкулезу субъектов РФ. В 2018 г. заболеваемость туберкулезом в столице снизилась до 24 на 100 тыс. чел. (на 11,6 % по сравнению с 2017 г.). Число впервые выявленных больных уменьшилось на 359 случаев за год, число выявленных больных туберкулезом детей до 14 лет – с 74 до 57 (на 24,3 %). Территориальный показатель заболеваемости туберкулезом уменьшился преимущественно за счет снижения числа заболевших из постоянного населения города; сохраняется значительная доля мигрирующего населения и лиц БОМЖ среди больных туберкулезом (55,5 % в 2018 г.). Смертность от туберкулеза в Москве снизилась в 2017–2018 гг. на 14,9 % (с 2,3 до 2 на 100 тыс. человек). В 2018 году зарегистрировано 246 смертей от туберкулеза (на 40 случаев меньше, чем в 2017 г.). Сохраняется низкая распространенность сочетанной ВИЧ/туберкулез инфекции: 4,4 на 100 тыс. населения (в 2017 г. в Москве – 4,5, в РФ – 20,3). Число состоящих на учете больных сочетанной инфекцией неуклонно снижается: с 891 в 2012 г. до 547 в 2018 г. За счет эффективного излечения продолжается уменьшение числа состоящих на учете больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя (на 25,5 % в 2017–2018 гг., с 415 до 309 человек). Указанные процессы являются результатом внедрения новой организационной модели. В условиях низкой заболеваемости и смертности дальнейшее снижение этих показателей требует особых усилий с постоянным совершенствованием данной модели. Основными проблемами остаются профилактика и раннее выявление туберкулеза в группах риска (прежде всего среди мигрирующего населения, пациентов с ВИЧ-инфекцией), раннее выявление и эффективное лечение больных туберкулезом с лекарственной устойчивостью возбудителя. Стратегии решения включают повышение доступности фтизиатрической помощи для населения с открытием кабинетов раннего выявления туберкулеза в городских поликлиниках, увеличение охвата обследованием на туберкулез мигрантов, внедрение наиболее эффективных режимов лечения туберкулеза с лекарственной устойчивостью возбудителя.

Генерализованная форма сальмонеллеза и тромбоэмболия легочной артерии

Синопальников А. И.[1], Романовских А. Г.[1], Швайко С. В.[2], Муравьев О. Б.[2], Шейх Ж. В.[2]
[1]ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ, Москва
[2] ГБУЗ «ГКБ им. С. П. Боткина ДЗМ», Москва

Представлено сложное клиническое наблюдение. Пациентка Н., 1951 г. р., заболела остро. При подъеме по лестнице внезапно появились одышка, учащенное сердцебиение, слабость. Температура тела повысилась до 40°С, появились озноб, сухой кашель, одышка в покое, усиливающаяся в горизонтальном положении, отеки стоп и голеней (больше справа), тошнота. В связи с ухудшением состояния госпитализирована. Диагноз: внебольничная правосторонняя пневмония. За несколько дней до начала заболевания употребляла в пищу яйца, приготовленные без достаточной термической обработки. При физическом осмотре состояние тяжелое, лихорадка, отеки стоп и голеней. ЧДД 24/мин, SaO^2 при дыхании комнатным воздухом – 88%, ЧСС – 100/мин, стул кашицеобразный, до 3–4 раз/день. При гематологическом и биохимическом исследованиях крови выявлены анемия, лейкоцитоз, ускорение СОЭ, увеличение СРБ (до 218 мг/л). Пациентка переведена в отделение реанимации для инфекционных больных. При бактериологическом исследовании крови обнаружен рост Salmonella гр.D. При Эхо-КГ выявлены признаки легочной гипертензии (СДЛА – 37 мм рт. ст.). При МСКТ органов грудной клетки обнаружена полость распада в S1 правого легкого, а также инфильтративные изменения в S1, S2 правого легкого на фоне массивной тромбоэмболии ветвей правой легочной артерии. Диагностирован тромбоз глубоких вен правой нижней конечности до уровня общей бедренной вены с флотацией верхушки тромба. Установлен диагноз: Сальмонеллез, генерализованная форма, тяжелое течение, полисегментарная пневмония справа с абсцедированием в S1, S2. Сепсис. ДВС синдром. Массивная тромбоэмболия правой легочной артерии. Инфаркт S1, S2 правого легкого. Тромбоз глубоких вен правой нижней конечности. ОДН. На фоне антибактериальной терапии наблюдалась положительная динамика в состоянии пациентки, уменьшение изменений в легочной ткани. Пациентка переведена в инфекционное отделение. После проведенного курса лечения выписана из стационара.

При ведении пациентов с пневмонией необходимо учитывать особенности эпидемиологического анамнеза и возможность этиологического значения редких возбудителей заболевания, а также оценивать наличие сопутствующих патологических состояний.

Традицию нельзя унаследовать, ее надо завоевать. Опыт совместной работы цитологов и гинекологов

Синявкин Д. О., Зарина А. Ю., Исмаилова С. Г., Власова Е. А., Цидаева И. Г.
ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ», Москва

ГКБ № 52 – многопрофильное лечебно-диагностическое учреждение с многолетними славными традициями. В современных реалиях сотрудникам необходимо не только следовать устоявшимся традициям, но и создавать новые, направленные на улучшение взаимопонимания, диагностики и лечения. В процессе оптимизации в состав ГКБ № 52 вошли три больших женских консультации, для обслуживания которых была создана Централизованная цитологическая лаборатория (ЦЦЛ). ЦЦЛ проводит 80 тысяч исследований ежегодно для 40 тысяч женщин. Кроме того, ЦЦЛ обслуживает и отделение КДО при больнице.

Поставленная цель: улучшение диагностики фоновых и предопухолевых процессов шейки матки и рака шейки матки на ранней стадии развития.

Задачи:

1. Обозначить проблемы, возникающие в ходе совместной работы.
2. Создать логистическую цепочку, которая подразумевает четкую организацию совместной работы.
3. Внедрить в повседневную практику требования, оптимизирующие работу цитологов и гинекологов.

Эти мероприятия позволят эффективно и в сжатые сроки обследовать большой контингент женщин, а также минимизировать ошибки медицинского персонала. На этапе внедрения возможны определенные трудности, но трудное нужно сделать привычным, а привычное – легким. Традиции, которые мы с коллегами разрабатываем и закладываем сейчас, не только повысят эффективность работы на современном этапе, но и послужат тем, кто придет нам на смену.

Мануальная терапия в клинике нервных болезней

Ситель А. Б.
ГАОУ ВПО РНИМУ им. Н. И. Пирогова

Что принесла мануальная терапия в клинику нервных болезней.

1. Сформулированы положения о роли двигательного стереотипа человека в клинике нервных болезней, в медицине. Механизмом изменений двигательного стереотипа человека для сохранения функции движения является образование компенсаторных функциональных блокад. С течением времени какие-то компенсаторные блокады становятся патологическими.
2. Механизм клинических проявлений неврологических синдромов. В результате компенсаторной функциональной блокады дугоотростчатого сустава студенистое ядро межпозвонкового диска не подстраивается под центр тяжести каждого двигательного сегмента и смещается в его передние, задние или боковые отделы. Постепенно начинает возрастать внутридисковое давление. Спиралевидно закрученные сухожильные волокна межпозвонкового диска длительное время компенсируют повышение внутридискового давления, но с течением времени происходит разрыв фиброзного кольца.
3. Неврологические синдромы – лечение методами мануальной терапии: I (дискалгическая) стадия дискогенной болезни – люмбалгия, торакалгия, цервикалгия; II (люмбоишиалгическая или цервико-брахиалгическая) стадии дискогенной болезни; III (компрессионно-ишемическая) стадии дискогенной болезни; вертебрально-базилярная недостаточность 1-й, 2-й и 3-й степени выраженности (4-я степень – противопоказание для мануальной терапии).
4. Лечебная гимнастика. Во время занятий лечебной физкультурой, не откорректированной врачом, больной замещает мышцы, которые мы желаем укрепить, другими — субституция. В результате пациент упражняет свою некоординированность вместо ее устранения и тем самым закрепляет патологический двигательный стереотип. Назначение лечебной гимнастики, не откорректированной врачом, абсолютно противопоказанно пациентам с клиническими проявлениями заболеваний опорно-двигательной системы.
5. Профилактика. В начальной стадии образования функциональной блокады дугоотростчатого сустава у человека появляется чувство дискомфорта, а затем боли в позвоночнике. Достаточно поменять положение, и блокада не образуется. В дальнейшем запомнить положение и его избегать. Как правильно себя вести при различных движениях?
6. Достижения. Авторские свидетельства и патенты на изобретения. Большая золотая медаль (Grand prix) на Всемирной выставке изобретений в Брюсселе. Диплом национальной премии лучшим врачам России «Призвание» за «Создание нового направления в медицине».

Опыт оперативного лечения пролежней у пациентов с нижней параплегией

Слепнев С. Ю.
ГБУЗ «ГКБ им. В. П. Демихова ДЗМ», Москва

Введение. По данным разных авторов частота позвоночно-спинномозговой травмы составляет 0,7–7 % всех травм, среди скелетной травмы – 6,3–20,3 %. Инвалидность в результате повреждений позвоночника и спинного мозга варьирует в пределах 57,5–96 %, составляя 0,7 % в структуре общего контингента инвалидов. Пролежни развиваются практически у всех пациентов с грубым повреждением спинного мозга. При 3–4-й степени поражения мягких тканей консервативное лечение, как правило, неэффективно и не приводит к заживлению пролежней. Наиболее удовлетворительные результаты обеспечиваются путем пластики перемещенными полнослойными лоскутами.

Цель. Анализ результатов оперативного лечения пролежней у пациентов с последствиями позвоночно-спинномозговой травмы, находившихся на лечении в 2016–2018 гг.

Материалы и методы. В 2016–2018 гг. прооперированы 29 пациентов с пролежнями на фоне нижней параплегии, развившейся в результате позвоночно-спинномозговой травмы. Средний возраст составил 46,4 года (22–75 лет). При распределении по полу преобладали мужчины – 21 (72,4 %), женщин было 7 (27,6 %). Единственная локализация пролежня была у 22 (75,9 %) пациентов, пролежни 2 и более локализаций имелись у 7 (24,1 %) пациентов. Наиболее частой локализацией пролежней является область седалищных бугров – 15 (40,5 %), затем проекция больших вертелов бедренных костей – 12 (32,4 %), в 10 (27%) случаях локализацией пролежней являлась крестцово-копчиковая область. По глубине поражения все пролежни были 4-й стадии. Всего 29 пациентам выполнено 37 оперативных вмешательства по устранению пролежней. Для устранения пролежней области седалищных бугров наиболее части использовалась пластика кожно-фасциальным лоскутом с задней поверхности бедра (14 (37,8 %) от выполненных оперативных вмешательств). В 1 (2,7 %) наблюдений выполнена пластика пролежня островковым кожно-мышечным лоскутом на основе изящной мышцы. Пролежни в проекции большого вертела бедренной кости устранялись пластикой кожно-фасциальным лоскутом на основе мышцы, напрягающей широкую фасцию бедра (12 (32,4 %) оперативных вмешательств). Ликвидация пролежней крестцово-копчиковой области производилась путем пластики ягодичным кожно-фасциальным лоскутом.

Результаты. В 5 (13,5 %) наблюдениях в раннем послеоперационном периоде отмечено частичное расхождение краев послеоперационной раны. В результате местного лечения раны зажили. В 1 (2,7 %) наблюдении было значительное расхождение краев послеоперационной раны, потребовавшее выполнения пластики раны местными тканями. У пациентки после пластики пролежня в проекции седалищного бугра островковым кожно-мышечным лоскутом на основе изящной мышцы развился некроз кожно-жировой порции лоскута. Однако, ввиду сохранившейся мышечной порции, рана зажила вторичным натяжением. Пациентка соблюдала рекомендации, и рецидива пролежня в отдаленном послеоперационном периоде не было. В отдаленном послеоперационном периоде рецидивов после пластики пролежней крестцово-копчиковой области, проекции больших вертелов бедренных костей не было. После пластики пролежня в проекции седалищных бугров у 2 (5,4 %) пациенток развились рецидивы пролежней, потребовавшие повторных реконструктивных вмешательств.

Вывод. У пациентов с последствиями позвоночно-спинномозговой травмы реконструктивные оперативные вмешательства по устранению пролежней с использованием ротированных полнослойных лоскутов обеспечивают хороший функциональный результат и, при соблюдении пациентами рекомендаций, отсутствие рецидивов в отдаленном послеоперационном периоде.

Сравнительный анализ методов лучевой диагностики дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника

Смирнов В. В., Елисеев Н. П.
ООО «Центр реабилитации», Обнинск, Россия

Введение. Поясничным остеохондрозом страдает до 70 % населения. Наиболее эффективными современными методами диагностики поясничного остеохондроза являются высокопольная магнитно-резонансная (МРТ) и многосрезовая спиральная компьютерная томография (МСКТ).

Цель. Нами проведена сравнительная оценка чувствительности, специфичности и точности современных методов лучевой диагностики при дистрофическом поражении поясничного отдела позвоночника.

Материалы и методы. Обследовано 146 больных в возрасте от 21 до 86 лет с поясничным остеохондрозом и длительностью заболевания от 6 мес. до 10 лет и более. Всем больным поясничным остеохондрозом выполняли комплексное клинико-инструментальное обследование, включающее рентгенографию, МСКТ и МРТ.

Результаты. Рентгенография выявляла общие признаки дистрофического процесса в 82,2 % случаев, но не предоставляла достаточной информации о его характере, распространенности, локализации, а также о вовлечении невральных и сосудистых элементов.

МСКТ с большой точностью выявляла общие признаки дистрофического процесса и локальные изменения всех костных структур позвоночного сегмента с возможностью проведения точных измерений.

МРТ предоставила наилучшие возможности для определения локализации и распространенности патологического очага и вовлечения в патологический процесс мягкотканных элементов.

При сопоставлении результатов установлено, что чувствительность рентгенографии составила 82,2 %, КТ – 97,3 %, МРТ– 97,6 %; специфичность рентгенографии – 47,8 %, КТ – 82,6 %, МРТ – 88,9 %; точность рентгенографии – 74,5 %, КТ– 91, 2 %, МРТ– 95,1 %.

Выводы. 1. Стандартная спондилография позволяет объективно оценить анатомическое состояние позвоночных двигательных сегментов в поясничном отделе позвоночника, определить период течения остеохондроза и тактику дальнейшего обследования и лечения. 2. КТ наиболее эффективна для выявления изменений костных структур исследуемых позвоночных сегментов и проведения планиметрического анализа. 3. МРТ предоставляет наилучшие возможности для выявления морфологического субстрата поражения, определения локализации и распространенности патологического очага и выявления наиболее заинтересованных в процессе тканей. 4. Высокая тканевая специфичность МРТ (88,9 %) позволила проводить дифференциальную диагностику между поражениями, имитирующими дистрофические изменения позвоночника (различные образования, воспалительные заболевания, абсцессы, венозный застой, патологические изменения аорты).

Психологические и психопатологические особенности детей раннего и дошкольного возраста с речевыми нарушениями

Смирнов И. И., Серебровская О. В.
ГБУЗ «Центр патологии речи и нейрореабилитации ДЗМ», Москва

Введение. Актуальность изучения первазивных расстройств развития, включающих нарушения развития речи, обусловлена высокой представленностью в детской популяции и значимостью для предупреждения школьной и социальной дезадаптации.

Цель. Анализ взаимосвязей тяжести речевых и иных нарушений психической деятельности у дошкольников.

Материалы и методы. В основе данного исследования лежит анализ 850 историй болезни пациентов ГБУЗ «ЦПРиН ДЗМ г. Москвы». Использовался качественно-количественный анализ половозрастного состава, уровня речевого недоразвития, анамнестических данных с предполагаемым анализом этиопатогенетических факторов, анализ актуального психического статуса с учетом коморбидных состояний, особенностей психической деятельности и поведения.

Результаты. Анализ актуального психического статуса детей показал сложную структуру клинического состояния у преобладающего количества детей (72 %), высокие корреляции с такими нарушениями, как задержка психического развития, предположительная умственная отсталость, расстройства аутистического спектра, резидуальные органические нарушения ЦНС, синдромальные генетические патологические состояния. При этом более тяжелые формы речевых нарушений чаще сочетаются с отклонениями в психической деятельности и поведении, чем легкие. В младшей возрастной группе (3–4 года) чаще встречаются изолированные формы речевого недоразвития, тогда как в старшей возрастной группе аналогичный уровень речевого недоразвития представлен преимущественно в структуре более сложных патологических состояний.

Выводы. 1. Неоднородность внешних проявлений, этиологических факторов и механизмов развития нарушений речи диктует необходимость внедрения дифференцированного подхода при диагностике первазивных расстройств с акцентом на изучении структуры патологического состояния; важность проведения комплексной лечебной и психолого-логопедической помощи, ориентированной на структуру патологического состояния и основанной на принципах раннего начала, этапности, преемственности, достаточной продолжительности; важность своевременной разработки и реализации для каждого ребенка с нарушениями развития адекватного для него образовательного маршрута на этапах дошкольного и школьного образования. 2. Ранняя диагностика и своевременное начало коррекционных мероприятий заметно улучшают прогноз и снижают риск формирования школьной дезадаптации и возникновения проблем, связанных с социальным функционированием.

Оценка вариабельности сердечного ритма у подростков с расстройствами пищевого поведения

Соколов А. В., Василиади Э. Г.
ФГБОУ ВО РНИМУ имени Н. И. Пирогова МЗ РФ, Москва
ГБУЗ «НПЦПЗДП им. Г. Е. Сухаревой ДЗМ», Москва

Введение. Нарушения пищевого поведения запускают ряд патофизиологических процессов у больных, приводя в крайних случаях к структурным поражениям органов. Наряду с прямым поражением за счет метаболических нарушений патологический процесс оказывает свое влияние, нарушая нервную регуляцию. Так, при тяжелых случаях нервной анорексии при кардиомиопатии нарушение баланса нервных влияний на сердце усугубляет повреждение. Изучение неинвазивных способов оценки этих влияний позволят выявить возможные патофизиологические изменения в период нахождения пациентов в специализированном стационаре.
Цель. Оценка состояния нервной регуляции сердца у пациентов с анорексией и другими нарушениями пищевого поведения методом вариабельности сердечного ритма (ВСР).
Материалы и методы. В исследование включаются девушки от 12 до 17 лет, проходящие лечение в НПЦПЗДП им. Г. Е. Сухаревой. Расчеты ВСР выполняются на основе 5-минутных записей ЭКГ в состоянии покоя. Первый этап исследования был выполнен на основе данных 32 девушек, сейчас база исследования дополняется и расширяется.
Результаты. В 1-й группе из 13 девушек с диагнозом F50.0 нервная анорексия (средний ИМТ 14,61±0,36) у 12 отмечались суправентрикулярные нарушения ритма (7) и брадикардия (8), что указывает на повышение парасимпатического тонуса на сердце, а также наличие функциональной кардиомиопатии (4 случая). Однако коэффициент вазосимпатического баланса (LF/HF) указывает на смещение баланса нервной регуляции в противоположную сторону 1,86±0,198, в отличие от контрольной 2-й группы (19 девушек с иными заболевания (ИМТ 20,09±0,89), где коэффициент LF/HF оставался на уровне 1,05±0,102, (p<0,05). При этом индекс напряжения регуляторных систем (ИН) по Р. М. Баевскому, и так сниженный по сравнению с нормой, в 1-й группе был втрое ниже, чем в контрольной (5,04±1,147 и 17,51±4,29, p<0,05).
Вывод. Нервная анорексия сопровождается сложным нарушением баланса вегетативных влияний на сердце, в ряде случаев возникающим раньше и/или превалирующим над выраженностью кардиомиопатии.

Онкологическая безопасность нервосберегающей техники радикальной простатэктомии и современные подходы к ее оптимизации

Соколов Е. А.[1, 2], Велиев Е. И.[1, 2], Велиев Р. А.[2], Гончарук Д. А.[2]
[1]*ГБУЗ «ГКБ им. С. П. Боткина ДЗМ», Москва*
[2]*ГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ, Москва*

Введение. Сегодня спасти онкологического пациента означает не просто сохранить ему жизнь, но также максимально сохранить качество жизни.
Цель. Оценить онкологическую безопасность большой современной серии операций – радикальной простатэктомии (РПЭ) с нервосберегающей техникой, а также ранние результаты внедрения методов ее оптимизации (адаптация методики срочного гистологического исследования замороженных срезов участков простаты; прогностические алгоритмы с использованием мультипараметрической МРТ).
Материалы и методы. Проспективную группу исследования составили 313 пациентов, перенесших РПЭ с одно- или двусторонней нервосберегающей техникой; контрольную группу – 592 пациента, перенесших РПЭ без нервосбережения с 2014 по 2018 г. Биохимический рецидив определялся как повышение уровня ПСА ⩾ 0,2 нг/мл в двух последовательных измерениях, или как начало адъювантной терапии. Для оценки непрерывных переменных использовался U тест Манна-Уитни, при сравнительном анализе категориальных данных использовался χ-квадрат тест. Безрецидивная выживаемость оценивалась с помощью метода Каплана-Мейера, для сравнительного анализа выживаемости использовался лог-ранк тест. При всех видах статистического анализа за достоверное принималось значение p<0,05.
Результаты. Частота неблагоприятных патоморфологических находок оказалась ниже в группе исследования: экстракапсулярная экстензия имела место в 9,4 % и 18,75 % случаев (p<0,001), повышение степени злокачественности – 23 % и 29,3 % (p=0,04), позитивный хирургический край (ПХК) – 15 % и 22,1 % (p=0,01). При дополнительной оценке в зависимости от группы риска выявлено, что частота ПХК при локализованном раке предстательной железы высокого риска оказалась ниже в группе исследования (15,6 % и 30,3 %, p=0,017), при низком риске отмечена обратная тенденция, однако различия не достигли статистической достоверности (12,6 % и 7 %, p=0,16). Выживаемость без биохимического рецидива через 12 месяцев составила 100 % и 88,2 %, через 20 месяцев – 92,3 % и 86,4 %, p = 0,04. Частота ПХК в группе исследования не имела достоверных различий в зависимости от операционного доступа: 13,9 % и 15,4 %, p = 0,09. Начальный собственный опыт внедрения адаптированной видоизмененной методики 'NeuroSAFE' позволил снизить частоту ПХК до 5 %.
Выводы. 1. Выполнение РПЭ с нервосберегающей техникой не компрометирует онкологическую безопасность и сопровождается более благоприятными патоморфологическими результатами и безрецидивной выживаемостью в сравнении с исходами лечения пациентов, перенесших экстрафасциальную РПЭ с иссечением сосудисто-нервных пучков. В то же время, учитывая разницу в предоперационных характеристиках групп, полученные результаты не являются оптимальными. 2. Внедрение алгоритмов селекции на основе мультипараметрической МРТ и методик интраоперационного контроля радикальности оперативного лечения позволяет значительно улучшить онкологическую безопасность РПЭ с нервосберегающей техникой.

Новая методика оценки абилитиационного потенциала у детей с грубыми патологическими состояниями центральной нервной системы

Соколов П. Л., Притыко А. Г., Трухан А. Н., Лапшина Н. В.
ГБУЗ «НПЦ специализированной медицинской помощи детям им. В. Ф. Войно-Ясенецкого ДЗМ», Москва

Паллиативная помощь детям с выходом Приказа Минздрава России № 193 от 14 апреля 2015 г. «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи детям» приобрела мощный импульс к развитию. При этом некоторые формулировки Приказа ставят совершенно конкретные вопросы чисто практического плана. Прежде всего, следует упомянуть определение паллиативного статуса как состояния с отсутствием реабилитационного потенциала. Неоднозначность этой формулировки кроется в самой истории развития понятия паллиативной помощи в детском возрасте, начинавшейся с развитием института детских хосписов. Последние были ориентированы на оказание помощи детям с онкологическими заболеваниями. Самую большую группу детей, состояние которых можно квалифицировать как паллиативное, составляют пациенты с заболеваниями нервной системы. К «традиционно паллиативным» можно отнести неуклонно прогрессирующие врожденные патологические состояния (спинальные амиотрофии, миопатии, некоторые виды болезней накопления). Основным отличительным признаком группы является развитие необратимого патологического состояния на фоне нормального, соответствующего возрасту, нервно-психического развития ребенка. Наибольшее же число среди пациентов, нуждающихся в паллиативной помощи, составляют дети с грубыми врожденными патологическими состояниями ЦНС, исключающими самую вероятность их нормального развития и сопровождающимися грубыми нарушениями интеллектуально-мнестических функций. Парадоксальность статуса этой когорты состоит в его полной паллиативности по сути (абсолютная нуждаемость в уходе и повышении качества жизни) наряду с наличием у большей части таких детей пусть минимально выраженного, но реабилитационного потенциала.
С целью оценки такого, по сути абилитационного, потенциала в НПЦ им. В. Ф. Войно-Ясенецкого разработана методика балльной оценки развития интеллектуально-мнестических функций у детей с грубыми поражениями центральной нервной системы. Она позволяет оценивать наличие абилитационного потенциала и планировать абилитационные мероприятия в каждом конкретном случае с учетом особенностей развития ребенка. Методика основана на дифференцированной оценке моторных функций с точки зрения уровня их произвольности, психических функций – от рефлекторной реактивности до возможности формирования эмоций. В настоящее время методика проходит клиническую апробацию, и первые результаты говорят о ее высокой чувствительности и эффективности.

Оперативное лечение больных массивной тромбоэмболией легочной артерии

Соколов В. В., Редкобородый А. В., Рубцов Н. В., Хуцишвили Л. Г., Ковалев А. И.
ГБУЗ «НИИ скорой помощи им. Н. В. Склифосовского ДЗМ», Москва

Введение. При массивной тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА), когда летальный исход может наступить раньше, чем эффект от тромболитической терапии, и/или при тромбозе полостей сердца радикальным методом лечения является оперативное удаление эмбола из легочной артерии (ЛА). Однако летальность при подобных операциях может достигать 92 % (Cohn, 2008 г.).
Цель. Представить клинические примеры кардиохирургического лечения массивной ТЭЛА.
Пациент М., 49 лет, 2 суток от начала заболевания. В связи с нестабильной гемодинамикой выполнена тромбоэмболэктомия из ЛА в условиях искусственного кровообращения (ИК). После вводного наркоза наступила остановка кровообращения. ИК начато на массаже сердца. Смерть пациента наступила от полиорганной недостаточности на 3-е сутки после операции.
Пациент К., 53 лет, 1 сутки от клинической симптоматики. При обследовании: увеличение правого желудочка (ПЖ) до 3 см и левого желудочка (ЛЖ) до 6,1 см; систолическое давление в ЛА (СДЛА) – 75 мм рт. ст.; в правом предсердии (ПП) тромб, пролабирующий в ПЖ и через открытое овальное окно в левое предсердие (ЛП); дефицит перфузии легких 65 %.
Экстренная операция: тромбэктомия из левой общей бедренной вены (ОБВ), тромбоэмболэктомия из ПП, ЛП, ЛА и ее ветвей и ушивание открытого овального окна в условиях ИК. Под местной анестезией выполнены тромбэктомия из левой ОБВ, канюляция бедренных вены и артерии, начато бедренно-бедренное ИК, после этого дан наркоз, интубирована трахея.
Интраоперационно: на межпредсердной перегородке тромб, пролабирующий в ПЖ и ЛП и распространяющийся до долевых и сегментарных ветвей. Выполнена тромбэктомия, общая длина тромба 20 см. СДЛА в конце операции 45 мм рт. ст.
Послеоперационный период без особенностей. Дефицит перфузии перед выпиской 10 %.
При обследовании через 8 месяцев: ЛЖ – 4,8 см, ПЖ – 2 см, СДЛА – 23 мм рт. ст., дефицит перфузии – 5 %.
Таким образом, бедренно-бедренное ИК, начатое до общей анестезии, позволило добиться положительного результата при оперативном лечении ТЭЛА.

Ретроспективный анализ эффективности и безопасности аллерген-специфической иммунотерапии

Суркова Т. С., Бобрикова Е. Н., Фомина Д. С.
ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ», Москва

Проведен анализ 350 пациентов, проходивших аллерген-специфическую иммунотерапию (АСИТ) в Центре аллергологии и иммунологии ГКБ № 52. Проводилась оценка эффективности АСИТ по опросникам: RTSS, RMS, АСТ-тесту. Более 95 % пациентов отметили положительную динамику в виде уменьшения и отсутствия симптомов бронхиальной обструкции, аллергического ринита и/или конъюнктивита в период цветения причинно-значимого аллергена, уменьшения объема использованной терапии для лечения.
В подавляющем большинстве отмечались побочные эффекты в виде местных реакций: зуд в месте введения, локальная гиперемия, локальный отек. Представляем 2 наблюдения системных реакций при проведении АСИТ.
Клиническое наблюдение № 1. *Пациентка А, 45 лет. Диагноз: Аллергический ринит и конъюнктивит. Сенсибилизация к пыльце березы (доказана прик-тестом), компонентная молекулярная диагностика: (класс 5) BetV1 (100 Ед/мл (N 00-0.34), проводилась АСИТ сублингвально («сталораль» пыльца березы), при достижении дозы 300IR, через 30 минут после введения, АД снизилось до 80/40 мм рт. ст., боль в области живота и эпигастрии, рвота. Проведено лечение: введение адреналина, глюкокортикостероидов (ГКС), антигистаминных препаратов.*
При ретроспективном анализе: по данным обследования выявлено эрозивное поражение дистальной трети пищевода, гастроэзофагеальный рефлюкс и эзофагит. Клиническая ошибка – не проведен анализ коморбидности.
Клиническое наблюдение № 2. *Пациентка Ф., 39 лет. Диагноз: Бронхиальная астма. аллергический ринит и конъюнктивит. Сенсибилизация к полыни. Курс АСИТ с пыльцой полыни (аллергоид). Во время проведения АСИТ не было выявлено местных и общих реакций. Через 40 мин. после введения аллергоида в разведении 10^{-1} 0,3 мл пациентка жаловалась на головокружение, покраснение лица. На 45-й минуте – снижение артериального давления до 60/40 мм рт. ст. В рамках системной (анафилактической) терапии введение адреналина, ГКС, периферическая катетеризация, госпитализация в реанимационное отделение.*
Результаты компонентной диагностики: полынь нативный компонент W231 (nART v1) 17,4 Ед/мл, полынь нативный компонент W233 (nART v3) 54,3 Ед/мл. Дополнительный ретроспективный анамнез показал нарушение элиминационных мероприятий за день до следующей инъекции (травяная сауна, минимальное потребление алкоголя).
В рамках анафилаксии (в течение 2 часов после реакции) повышение общего уровня триптазы до 2 лабораторных норм.
Данные клинические наблюдения позволяют прийти к определенным выводам. Безопасность АСИТ, независимо от метода, зависит от индивидуально правильного подбора пациента. Молекулярная компонентная диагностика может быть полезна при выявлении пациентов с высоким риском развития тяжелых аллергических реакций (класс). Определение уровня триптазы может служить дополнительным маркером в дифференциально-диагностическом алгоритме.

Возможности цитологического исследования для диагностики рака эндометрия

Табакман Ю. Ю., Иванов А. Е., Тараканова О. В.
ГБУЗ «Городская клиническая онкологическая больница № 1 ДЗМ», Москва

Введение. О возможности цитологической диагностики рака эндометрия (РЭ) впервые сообщили Георгиос Папаниколау и Гербер Траут (1941–1943 гг.). Эта работа послужила началом клинического применения цитологического метода для диагностики рака тела матки и других органов, а в дальнейшем – и развития аспирационной биопсии эндометрия.
Цель. Обосновать значение сочетанного гистологического (ГИ) и цитологического исследования (ЦИ) аспирата из полости матки для повышения точности диагностики РЭ.
Материалы и методы. Осуществлен поиск отечественных и зарубежных публикаций в российских и зарубежных системах поиска (eLibrary, PubMed, Cochrane evidence, ESMO) за последние 20 лет. Представлены собственные данные о применении комплексного гистологического и цитологического исследований аспирата из полости матки.
Результаты. Широкое применение аспирационной биопсии с ЦИ и в сочетании с ГИ эндометрия позволило значительно сократить число выскабливаний матки (раздельных диагностических выскабливаний РДВ, D&C). Амбулаторная биопсия эндометрия по точности не уступает РДВ, но стоит в 5–7 раз меньше, легко переносится, не требует общего обезболивания. ЦИ аспирата или мазка из полости матки, полученного с помощью специальных «ершиков», «петель», позволило улучшить диагностику РЭ в ряде стран. Чувствительность ЦИ существенно увеличилась при использовании специальной обработки материала – метод жидкостной цитологии, – особенно в комплексе с генетическим исследованием (Yanohk K et al.,2012; Remondi C et al., 2013; Fujiwara H et al.,2015; Austin R., 2017; Matsuura M et al.,2018). Нами при обследовании 510 женщин (возраст 25–76 лет) с подозрением на РЭ с помощью аспирационной биопсии эндометрия был установлен диагноз рака у 87 больных. При этом у 77 (88 %) больных диагноз установлен с помощью ГИ, а у 69 (79 %) – с помощью ЦИ аспирата. У 10 (11,5 %) больных убедительный диагноз рака установлен только цитологически, а в гистологических препаратах материал аспирата содержал обрывки атрофичного эндометрия либо некротические массы, слизь, фибрин. У 18 (20,7 %) больных диагноз РЭ установлен только гистологически, тогда как в цитологических препаратах обнаружен железистый эпителий без

признаков атипии. Комбинация двух методов позволила выявить РЭ у всех 87 больных. Чаще результаты гистологического и цитологического диагноза рака совпадают, но и наличие только одного из них является основанием для определения тактики лечения. В ГКОБ № 1 ДЗМ аспирационная биопсия эндометрия с гистологическим и цитологическим исследованием аспирата применяется по показаниям с 1970 года.

Заключение. ЦИ эндометрия является эффективным методом диагностики РЭ как в качестве самостоятельного метода, так и в сочетании с ГИ, существенно улучшая информативность аспирационной биопсии эндометрия.

Применение кондукционной криотерапии при хроническом запоре у детей

Тальковский Е. М., Новикова Е. В., Рассулова М. А.
ГАУЗ «МНПЦ медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗМ», Москва

Введение. Хронический запор является одной из актуальных и социально значимых проблем современной педиатрии вследствие высокой распространенности (20–30 % детского населения), возможности развития осложнений, что определяет необходимость разработки новых технологий медицинской реабилитации.

Цель. Научное обоснование применения кондукционной криотерапии (ККТ) и ее сочетанного воздействия с чрескожной электронейростимуляцией (ЧЭНС) при хроническом запоре у детей.

Материалы и методы. Обследовано 120 детей в возрасте от 3 до 15 лет с гипотоническим и спастическим типами хронического запора. Средний возраст составил 8±2 лет, мальчиков было 55 (45,8 %), девочек – 65 (54,2 %). Все больные были разделены на 4 равные группы, сопоставимые по возрасту и полу, получавшие лекарственную терапию и диетическое питание: основная – получала сочетанное воздействие ККТ и ЧЭНС (криоэлектронейростимуляцию – КЭНС), две группы сравнения – ККТ и ЧЭНС. Дети контрольной группы не получали физических методов лечения.

Результаты. При применении физических факторов во всех группах выявлены однонаправленные положительные сдвиги клинико-функциональных показателей, более выраженные при КЭНС при всех типах запора (купирования у всех детей абдоминального синдрома, болезненной дефекации и энкопреза, нормализации показателей баллонографии и аноректальной профилометрии). Эффективность сочетанного применения ККТ и ЧЭНС непосредственно после проведенного лечения составила 90 %, что существенно превышало эффективность изолированного применения ККТ при спастическом типе запора (73,3 %) и чрескожной электронейростимуляции при гипотоническом типе (63,3 %), что подтверждалось катаманестическими наблюдениями после окончания курса лечения, спустя 3, 6 и 12 месяцев.

Вывод. Сравнительный анализ результатов лечения с учетом типа хронического запора позволил установить более выраженный терапевтический эффект КЭНС при всех типах хронического запора, ЧЭНС – преимущественно при гипотоническом типе, ККТ – при спастическом типе хронического запора.

Оценка возможности формирования и эффективности использования первичной нативной артериовенозной фистулы при субоптимальном диаметре сосудов верхней конечности у пациентов с сахарным диабетом на программном гемодиализе

Токарев К. Ю., Левин А. В., Колкова А. В., Игошин А. С., Карабач Ю. В., Кислов Э. Е., Волков А. Ю.
ГБУЗ «ГКБ им. С. П. Боткина ДЗМ», Москва

Введение. Лечение осложнений сахарного диабета (СД) остается сложной задачей современной медицины.

Цель. Оценка возможности, эффективности и безопасности формирования и дальнейшего использования первичной артериовенозной фистулы (АВФ) у пациентов с СД на программном гемодиализе (ПГД).

Материалы и методы. С 2015 по 2018 г. в отделении сосудистой хирургии ГКБ им. С. П. Боткина сформированы первичные нативные АВФ 22 больным тяжелым СД 1-го и 2-го типа на ПГД с диаметром сосудов предплечья менее 0,2 см. Возраст пациентов составил от 41 до 64 лет (средний возраст 57,5 лет). Женщин было 19, мужчин – 3. В 16 случаях АВФ была сформирована на левой конечности, в 6 – на правой. Уровень гликемии колебался от 12,6 до 13,4 и в среднем составил 13 ммоль/л. У всех пациентов АВФ формировалась впервые. Методом диагностики являлось УЗДС артерий и вен верхних конечностей измерялся диаметр в нижней трети предплечья, ЭХОКГ (ФВ, сократимость, размер камер сердца). Диаметр артерий по данным УЗДС колебался в пределах 1,5 до 1,9 мм (среднее значение 1,7 мм). Диаметр вен от 1,5 до 1,8 мм (среднее значение 1,65 мм). Большинство пациентов имели хронические сердечно-сосудистые заболевания. Нарушением ритма сердца (постоянная или пароксизмальная форма фибрилляции предсердий) страдали 9 пациентов. У 3 пациентов в анамнезе был инфаркт миокарда, у 4 – ОНМК. У 1 пациентки была слепота на фоне диабетической ретинопатии. Методом хирургической помощи было формирование нативной АВФ в нижней трети предплечья между v.cephalica и a.radialis по типу «конец вены в бок артерии». Все пациенты были оперированы под местной анестезией. В послеоперационном периоде и после выписки из стационара всем пациентам была рекомендована стандартная терапия ТХПН, СД. Антикоагулянтная терапия назначалась в виде НМГ (фрагмин 10 тыс. ЕД/сут.) в первые 7 дней. Созревание АВФ, несмотря на субоптимальный диаметр сосудов, произошло в срок 10–16 недель.

Результаты. Первичная проходимость в течение первого года отмечена у 19 (81,9 %) пациентов, в течение 2-го года – у 14 (63,6 %) пациентов, 3-го года – у 10 (45,4 %) пациентов. Инфекционных осложнений не было. Стилл-синдром кисти развился в 1 случае через год после операции. У 1 пациента тромбоз АВФ развился в первые сутки послеоперационного периода. Остальные случаи были связаны с развитием стеноза (3 случая), тромбоза АВФ (4 случая), остальные 3 случая связаны со смертью пациентов (ОНМК, ОИМ, онкологическое заболевание).

Вывод. Формирование нативной АВФ у пациентов с СД на ПГД при субоптимальном диаметре сосудов верхней конечности является безопасным и эффективным методом формирования сосудистого доступа при условии достаточного опыта хирурга, тщательного отбора пациентов. Результаты данного метода в плане созревания и по количеству осложнений сопоставимы с пациентами с нормальным диаметром сосудов.

К вопросу о билатеральной нефрэктомии у пациентов, получающих заместительную почечную терапию

Трушкин Р. Н.[1], Лубенников А. Е.[1], Баранов А. В.[2]
[1]ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ», Москва
[2]ФГБУ ГНЦ ЛМ ФМБА России, Москва

Введение. Хроническая почечная недостаточность (ХПН) остается достаточно распространенным инвалидизирующим заболеванием.

Цель. Улучшить результаты лечения больных терминальной стадией ХПН (ТХПН) и активным течением хронического пиелонефрита.

Материалы и методы. В период с 2014 г. по настоящее время 29 пациентам с ТХПН выполнена одномоментная билатеральная нефрэктомия. Во всех случаях показанием для оперативного лечения был пиелонефрит рецидивирующего течения. Заболевания почек, приведшие к ТХПН, распределились следующим образом: у 12 пациентов – поликистоз, у 14 – МКБ, у 3 – гидронефроз. У 18 больных оперативное лечение проведено по экстренным показаниям. Выполнены следующие оперативные доступы: в 14 случаях – лапаротомия, в 10 – люмботомия, в 5 – лапароскопия. Для оценки статистической значимости влияния фактора на исход оценивали относительный риск, нижнюю и верхнюю границы доверительного 95 % интервала.

Результаты. В раннем послеоперационном периоде летальность составила 48,2 %. Статистически достоверными предикторами неблагоприятного исхода явились: программный (длительный) диализ; предшествующая, продолжительная антибактериальная терапия; имеющийся до операции сепсис. Интраоперационные осложнения, объем и доступ оперативного вмешательства достоверно не коррелировали с исходом.

Выводы. 1. Пациентам, получающим заместительную почечную терапию, у которых к развитию ТХПН привело урологическое заболевание (аномалии развития мочевыводящих путей, в т. ч. поликистоз почек, МКБ, гидронефротические трансформации любого генеза) с подтвержденной инфекцией мочевой системы, целесообразно выполнение одномоментной билатеральной нефрэктомии в «холодном периоде». 2. Результаты оперативного лечения в период ремиссии хронического пиелонефрита в значительной степени превосходят результаты операции на фоне активного течения пиелонефрита после длительного курса антибиотикотерапии.

Лапароскопическая билатеральная трансплантатэктомия почечного аллотрансплантата. Первый мировой опыт

Трушкин Р. Н., Лубенников А. Е., Кувырдин Д. А., Кантимеров Д. Ф.
ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ», Москва

Нам не удалось обнаружить в литературе описаний одномоментной лапароскопической билатеральной трансплантатэктомии почечного аллотрансплантата. Представляем, вероятно, первый мировой опыт.

Клиническое наблюдение. *Больной Х., 46 лет. В связи с нефротическим синдромом, активным течением пиелонефрита трансплантированной почки, рецидивом ТХПН выполнена лапароскопическая билатеральная трансплантатэктомия. У пациента имелось два почечных трансплантата в обоих подвздошных ямках. Клиническую картину обусловливал трансплантат в левой подвздошной области. Трансплантат, расположенный в правой подвздошной области, был сморщенный, показанием к его удалению явилось освобождение места для потенциальной последующей пересадки почки. Первым этапом выполнялась мобилизация трансплантата, доступ к почке осуществлялся через париетальную брюшину, латерально от толстого кишечника. Перед мобилизацией почечной ножки осуществлялась временное пережатие кровотока в наружной подвздошной артерии путем наложения лапароскопического сосудистого зажима. Эффективность остановки кровотока оценивалась по пульсации на бедренной артерии. Артерии и вены трансплантированной почки рассекались при помощи биполярного коагулятора-диссектора с предварительным клипированием.*

Время операции составило 240 мин. Осложнений не было. Активизирован пациент через 12 часов после вмешательства. Наркотической анальгезии не требовалось. Выписан больной на 6-е сутки.

Положительными аспектами лапароскопической трансплантатэктомии является ранняя активизация пациентов, сокращение продолжительности стационарного лечения, создание более благоприятных условий для последующей пересадки. Тем не менее лапароскопическая трансплантатэктомия – технически сложное оперативное пособие. Трудности обусловлены спаечно-рубцовым процессом в области сосудистой ножки трансплантата, интимным прилежанием почки к подвздошным сосудам, что ведет к увеличению продолжительности операции по сравнению с открытым доступом. Перед планированием лапароскопической трансплантатэктомии необходимо иметь точную информацию о сосудистых анастомозах почки с подвздошными сосудами. Получить данную информацию позволяет МСКТ с контрастным усилением.

Первые результаты лапароскопического удаления нефункционирующего почечного трансплантата

Трушкин Р. Н., Лубенников А. Е., Колесников Н. О., Морозов Н. В.
ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ», Москва

Введение. Трансплантация почки – наиболее распространенная и «отработанная» операция в трансплантологии. Тем не менее остается немало нерешенных проблем.

Цель. Улучшить результаты оперативного лечения больных, перенесших трансплантацию почки и нуждающихся в удалении трансплантата.

Материалы и методы. Оценены результаты оперативного лечения 20 больных, которым проведена трансплантатэктомия традиционным способом (субкапсулярная нефрэктомия по Федорову) и 6 пациентов, которым выполнена лапароскопическая трансплантатэктомия.

Результаты. Средняя продолжительность открытого вмешательства составила 83 мин., средняя интраоперационная кровопотеря – 277 мл, интенсивное кровотечение в раннем послеоперационном периоде развилось у 2 (10 %) пациентов, нагноение в ране у 3 (15 %) пациентов, средняя длительность послеоперационного стационарного лечения – 12 дней. Средняя продолжительность лапароскопической трансплантатэктомии была 210 мин., интраоперационная кровопотеря в каждом случае не превышала 100 мл, осложнений в раннем послеоперационном периоде не отмечено, пациенты не требовали анальгезии наркотическими препаратами, выписаны в среднем на 4-е сутки после вмешательства.

Выводы. 1. Лапароскопический доступ позволяет выполнить удаление почечного трансплантата экстракапсулярно с минимальной кровопотерей, что крайне сложно сделать при открытом вмешательстве, в связи с чем общепринятой методикой является субкапсулярная открытая нефрэктомия. 2. Учитывая, что основные осложнения в послеоперационном периоде после открытой операции обусловлены остающейся капсулой почки (кровотечение, инфицирование гематомы), лапароскопический вариант трансплантатэктомии позволяет уменьшить их риски, способствует более ранней активизации пациентов, сокращению продолжительности стационарного лечения. 3. Лапароскопическая трансплантатэктомия – технически сложное оперативное пособие, более продолжительное по времени, чем открытая операция. В связи с этим наилучшими кандидатами являются молодые пациенты без значимых сопутствующих заболеваний, без ранее выполненных операций на органах брюшной полости.

Перкутанная нефролитоэкстракция под рентгенологическим контролем

Трушкин Р. Н.[1], Лубенников А. Е.[1], Сурков П. Т. [1], Баранов А. В.[2]
[1]ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ», Москва
[2]ФГБУ «ГНЦ ЛМ ФМБА России», Москва

Введение. Активно развиваются минимально инвазивные методики чрескожного удаления камней почек. К сожалению, в настоящее время в подавляющем большинстве стационаров РФ данное оборудование и возможность обеспечения расходными материалами отсутствуют. Для обеспечения операции необходимо наличие: рентгеновской С-дуги, аппарата для УЗИ, пункционной иглы, эндоскопических струн-проводников, телескопических бужей Алкена, Амплац-кожуха, эндоскопических захватов, нефростомического набора. Нет необходимости в наличии нефроскопа, оборудования для дезинтеграции конкремента, что обусловливает экономическую выгоду вышеописанной методики.

Цель. Улучшить результаты лечения больных мочекаменной болезнью.

Материалы и методы. За период с 2014 г. по настоящее время выполнено 950 перкутанных нефролитоэкстракций исключительно под рентгенологическим контролем (R-контролем). Критериями отбора пациентов являлись: R-позитивные конкременты, размер камня не более 3 см. При локализации крупного (в среднем 1 см) конкремента в в/3 мочеточника проводилось его смещение трансуретральным доступом при помощи уретроскопа, в мочеточник устанавливался катетер-стент. Доступ к конкременту осуществлялся по стандартной методике в положении пациента на животе путем пункции почки через чашечку под УЗ-контролем. Затем выполнялось бужирование пункционного хода при помощи телескопических бужей Алкена до 28–32Fr в зависимости от размера камня. После бужирования в почку, точно к конкременту, по бужу проводили Амплац-кожух. Конкременты до 1,5 см извлекались с помощью нефроскопических щипцов для захвата камней, конкременты диаметром от 1,5 до 3 см извлекались с помощью окончатого зажима, при этом Амплац-кожух не использовался. Операция в большинстве случаев заканчивалась установкой двух нефростомических дренажей: ПВХ дренажа 24 Fr и дренажа типа pig tail 8–10 Fr.

Результаты. Среднее время операции составило 65 мин. (25–100 мин). Средний койко-день составил 10 суток. Наиболее частым осложнением был острый пиелонефрит, отмечен у 35 % пациентов. У двух больных впоследствии нефрэктомия в связи с гнойной формой пиелонефрита. Кровотечение, потребовавшее гемотрансфузии, развилось у 10 (1, 2 %) пациентов, трем пациентам проведена суперселективная эмболизация артерии почки с положительным эффектом. Летальных исходов не было. Состояние stone free достигнуто у 93 %.

Выводы. Нефролитоэкстракция под R-контролем у правильно отобранных пациентов является безопасной, эффективной, относительно непродолжительной методикой.

Удаление мочевого органокомплекса «en bloc» у диализпотребных больных раком мочевого пузыря и острым пиелонефритом

Трушкин Р. Н., Лубенников А. Е., Колесников Н. О., Морозов Н. В.
ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ», Москва

Введение. Пациенты с мышечноинвазивным раком мочевого пузыря, макрогематурией и постренальной анурией представляют собой крайне сложную категорию пациентов для лечения, особенно в случае развития терминальной стадии хронической почечной недостаточности (ТХПН) и острого пиелонефрита.
Цель исследования. Улучшить результаты лечения больных мышечноинвазивным раком мочевого пузыря, который привел к развитию ТХПН, рецидивирующей макрогематурии, острому пиелонефриту.
Материалы и методы. Оценены результаты лечения двух мужчин 53 лет. В первом случае диагностирован рак мочевого пузыря T2bN0M0G2, во втором – T4N0M0G3. При поступлении отмечалась макрогематурия, хроническая задержка мочеиспускания, билатеральная уретерогидронефротическая трансформация, ОПН. Первым этапом выполнена чрескожная пункционная нефростомия с обеих сторон, начато лечение гемодиализом. С целью остановки кровотечения из нижних мочевыводящих путей выполнялась трансуретральная электрокоагуляция поверхности образования, биопсия. В одном случае с гемостатической целью проведена суперселективная эмболизация ветвей мочепузырных артерий. В обоих случаях пациенты получали лечение гемодиализом более 1 мес., на этом фоне восстановления азотовыделительной функции почек не наступило. В связи с рецидивирующей макрогематурией, острым пиелонефритом, ТХПН проведена лапаротомия, радикальная цистпростатвезикулэктомия, лимфаденэктомия, билатеральная нефрэктомия. В одном случае выполнена уретрэктомия промежностным доступом. После стабилизации состояния сформирована артериовенозная фистула на предплечье для проведения гемодиализа.
Результаты. Время операции составило 285 и 260 мин. соответственно. Интраоперационная кровопотеря – 1300 мл и 800 мл. В период наблюдения 3 года и 6 мес. данных за прогрессирование рака мочевого пузыря не получено.
Выводы. 1. Первым этапом показано выполнение малоинвазивных вмешательств: чрескожной пункционной нефростомии, эндоскопического гемостаза, суперселективной эмболизации мочепузырных артерий, а также проведение заместительной почечной терапии. 2. Учитывая повышенный риск рецидивирующего кровотечения на фоне лечения гемодиализом, после стабилизации состояния целесообразно выполнение радикальной цистэктомии. 3. Наличие активного пиелонефрита на фоне нефростомических дренажей и отсутствия восстановления азотовыделительной функции почки диктует показания к билатеральной нефрэктомии.

Особенности и перспективы развития патологической анатомии детского возраста

Туманова Е. Л.
ФГАОУ РНИМУ им. Н. И. Пирогова

В сеть детских прозектур Москвы входят 5 патологоанатомических отделений (ПАО): Морозовской детской городской больницы, ДГКБ Св. Владимира и им. Н. Ф. Филатова, им. З. А. Башляевой и им. Г. Н. Сперанского. Работает 22 патологоанатома «детского профиля». Общее количество врачебных ставок составляет 31, 25, то есть средняя нагрузка на врача-патологоанатома в прозектурах детской сети составляет 3,5 ставки. Биопсийная и аутопсийная работа патологоанатомов, связанная с патологией плода, новорожденного и ребенка, сопряжена с различными техническими и юридическими нюансами в зависимости от возрастной группы пациента. Наибольшее количество летальных исходов отмечается на первом году жизни ребенка. Среди основных заболеваний умерших детей преобладают заболевания и состояния, характерные для перинатального периода, – 53,4 %; из них большую часть составляют дыхательные и сердечно-сосудистые нарушения – 81,8 %. Второе место среди основных заболеваний занимают врожденные пороки развития – 29,9 %. Доля инфекционных заболеваний, специфичных для перинатального периода (внутриутробных инфекций), составляет 4,6 %, отмечен прирост внутриутробных пневмоний. Данные посмертных исследований перинатального периода являются крайне важной информацией для последующего анализа причин младенческой смертности, в том числе при возникновении спорных ситуаций, связанных с качеством оказания медицинской помощи.
Согласно ст. 67 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (далее – Федеральный закон № 323-ФЗ), отказ от проведения вскрытия возможен по религиозным или иным мотивам, за исключением оснований, указанных в п. 3 ст. 67 Федерального закона № 323-ФЗ. Однако на практике нарушение указанной правовой нормы происходит почти во всех субъектах РФ, включая Москву. Средняя доля вскрытий по базовым стационарам составляет 63,7 % и по-прежнему является крайне низким показателем для Москвы. В ДГКБ им. З. А. Башляевой составляет 28,2 %. Средняя доля вскрытий по прикрепленным учреждениям составляет 93 %, учитывая, что прикрепленными учреждениями в большинстве являются роддома, где возраст умерших составляет до 28 суток, однако отмечается возрастание данного показателя. В нозологических классах исследований биопсий преобладают акушерские патологические состояния – 43 %. Далее следуют: заболевания органов дыхания – 19,9 %, заболевания органов пищеварения – 13,5 %, новообразования – 9,3 %, что выше по сравнению с 2017 г., когда новообразования составляли 5 %.
В плане организации работы патологоанатомической службы детской сети следует обратить внимание на отсутствие единых актуальных русскоязычных структурированных нормативных документов по технике проведения прижизненных и посмертных патологоанатомических исследований. Подобная ситуация негативно сказывается на анализе оказанных медицинских услуг. Качество медицинской документации и наличие четкой нормативно-правовой базы для каждой отрасли является ведущим критерием для успешной работы и решения спорных ситуаций.
Отсутствие единообразия в патологоанатомических исследованиях детской сети затрудняет оценку качества оказания медицинской помощи и работу юристов медицинских организаций при возникновении конфликтных ситуаций.

Особенности предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных при ВПЧ-ассоциированных заболеваниях шейки матки

Тумгоева Л. Б.[1, 2], Кузнецов Р. Э.[1, 2], Созаева Л. Г.[1, 2]
[1]ГБУЗ «ГКБ им. С. П. Боткина ДЗМ», Москва
[2]ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ, Москва

Оценивалась эффективность лечения пациентов с ВПЧ-ассоциированными заболеваниями шейки матки на основании динамического изучения вирусной нагрузки и экспрессии онкопротеина p16ink4a с параллельной клинико-цитологической и кольпоскопической интерпретацией результатов после оперативного лечения.
Гибкая модель диагностики, наблюдения, лекарственного и оперативного лечения ВПЧ-ассоциированных патологических состояний шейки матки позволяла дифференцированно подходить к конкретной клинической ситуации, что исключает возможную гипердиагностику.
Комплексное обследование (микроскопическое исследование мазков, рутинное и жидкостное цитологическое исследование, определение онкопротеина p16ink4a, расширенная кольпоскопия) позволяет определить тип ВПЧ-инфекции, вирусную нагрузку, цитологическую и кольпоскопическую картину, информировать возможные группы риска с последующим многофакторным мониторингом.
Дополнительное исследование на p16ink4a целесообразно во всех случаях атипичной цитологии (кроме инвазивного рака шейки матки), атипических клеток плоского эпителия неопределенного значения (Atypical Squamous Cell Undetermined Significance – ASCUS) и любых изменениях железистого эпителия. Данное исследование позволяет устранить спорные вопросы при выявлении высоко аномальной кольпоскопической картины, не сопровождающейся изменениями в цитологическом мазке, а также оптимизировать мониторинг больных, прошедших органосохраняющее лечение по поводу дисплазии шейки матки CIN III (CIN – Cervical Intraepithelial neoplasia), cancer in situ шейки матки.

Решающее значение в эффективном лечении CIN имеет адекватное иссечение зоны трансформации, однако противовирусное лечение целесообразно и оправданно с позиции патогенетического воздействия на очаги репликации вируса или фокусы CIN, которые могут сохраняться в остатках зоны трансформации после эксцизии.

Влияние глобального изменения климата на формирование региональных особенностей погоды в Московском мегаполисе

Уянаева А. И.[1], Погонченкова И. В.[1], Тупицына Ю. Ю.[1], Львова Н. В.[1], Максимова Г. А.[2]
[1] ГАУЗ «Московский НПЦ медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗМ», Москва
[2]Гидрометеорологическое бюро Москвы и Московской области

Введение. Проблема влияния глобальных изменений климата на различные аспекты здоровья населения, несмотря на несомненную актуальность, в целом остается малоизученной и дискуссионной, что объясняется недостатком многолетних репрезентативных данных, а также долгосрочных программ междисциплинарных исследований (Григорьев А.И. и соавт., 2014; Разумов А.Н. и соавт., 2016; Уянаева А.И. и соавт., 2017).
Цель. Научное обоснование медико-метеорологического прогнозирования погоды и разработка комплексных мер с использованием немедикаментозных методов профилактики и коррекции негативного влияния биотропных погодных условий на здоровье населения.
Материалы и методы. Многолетние совместные исследования со специалистами Гидрометеорологического бюро Москвы и Московской области позволили разработать современную, не имеющую аналогов систему автоматизированного медико-метеорологического мониторинга всех составляющих погоду факторов, позволяющих в режиме online определять фактические параметры и синоптические процессы за 8 сроков (00, 03, 06, 09, 12, 18, 21 час) наблюдения в 10-минутном режиме, а также анализировать условия термического комфорта. Впервые современная технология позволяет определять важный для организма человека показатель, характеризующий кислородный режим приземного слоя атмосферы.
Результаты. Результаты мониторинга погоды в Московском регионе за последние годы (2015–2018 гг.) выявили сезонную неравномерность годового хода основных метеорологических параметров и различную пространственную структуру в разных частях Москвы. Аномалия температуры воздуха по сравнению с базовыми климатическими данными за 1960–1990 гг. составила примерно 1,7–1,8 °С, а тренд аномалии средней по границам с Московской областью – около 1,4 °С. Следует отметить, что зимой потепление происходит значительно быстрее и аномалия достигает 2,8 °С. Для медицинских целей интерес представляет, как эти климатические факторы проявляются в структуре медико-метеорологических показателей. Наиболее часто в Московском мегаполисе отмечалась повторяемость гипоксического (34,2 %) и спастического (29,8 %) типов, при этом следует отметить, что в текущем столетии погоды гипоксического типа наблюдаются чаще (на 5–8 %), чем в предыдущем, при этом основной вклад в рост повторяемости биотропных гипоксических условий с преобладанием термического дискомфорта происходит за счет летних месяцев.
Вывод. Современный способ медицинской оценки погоды с успешностью прогнозирования более 90 % позволит предусмотреть развитие тяжелых погодообусловленных обострений хронических неспецифических заболеваний и своевременно проводить профилактические мероприятия.

Возможности комплекеных реабилитационных технологий в коррекции повышенной метеочувствительности у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких

Уянаева А. И., Тупицына Ю. Ю., Ксенофонтова И. В., Харисов Н. Ф., Ильчишина К. И.
ГАУЗ «Московский НПЦ медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗМ», Москва

Введение. Погодные и климатические условия являются основными составляющими среды обитания человека и оказывают комплексное влияние на состояние здоровья, вызывая физиологические компенсаторные реакции, сохраняющие гомеостаз, или нарушение адаптационных механизмов организма, формирование метеопатологии у пациентов хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) и бронхиальной астмой (БА), которые могут сопровождаться усилением симптомов заболевания и снижением функциональных резервов.
Цель. Оценить эффективность нелекарственных технологий у пациентов с ХОБЛ и БА с повышенной метеозависимостью.
Материалы и методы. Клинические наблюдения проведены у 149 пациентов – 76 человек с ХОБЛ и 73 – с БА, средний возраст которых составил 50,7±7,5 лет. Степень метеочувствительности, обусловленной влиянием биотропных погодных условий, формирующихся в привычном климате, определяли по общепринятым критериям (Овчарова В. Ф., 1983). В группе пациентов с ХОБЛ преобладали метеопатические реакции средней тяжести у 36 (47,4 %), тяжелые у 25 (32,9 %) и легкие – у 14 (19,2 %) пациентов. У пациентов с БА у 33 (45,2 %) преобладали метеопатические реакции тяжелой степени, у 26 (35,6 %) средней тяжести и у 14 (19,2 %) легкие. Как правило, почти все пациенты (81 %) при формировании биотропных погодных условий с гипоксическим эффектом атмосферы отмечали ухудшение самочувствия, быструю утомляемость, снижение физической и умственной активности, чувство «нехватки» воздуха, одышку и усиление кашля. У 29 (19,5 %) отмечались повышение артериального давления (до 160±14,2 и 90±4,4 мм рт. ст.), учащение ритма сердца от 82 до 97 в 1 мин. Оценка психологического статуса по тестам САН, СМОЛ и HADS выявила у 92 % метеозависимых пациентов достоверно высокие показатели уровня тревоги, депрессивные реакции, повышение уровня ипохондрической настроенности, склонности к фиксации внимания на своих ощущениях и высокую степень напряженности и тревоги.
Результаты. Под влиянием комплексного лечения с включением процедур нормоксической баротерапии у пациентов ХОБЛ отмечена положительная динамика как клинико-физиологических параметров, так и изменения степени тяжести метеопатических реакций: снижение тяжелых (18,4 %) и средней тяжести (15,8 %) и преобладание легких (50 %). У пациентов с БА в реабилитационные программы были включены интервальные гипоксические тренировки. Положительная динамика по показателям психологического тестирования и степени изменения тяжести метеопатических реакций наблюдалась у 71 % пациентов. После лечения уменьшились тяжелые (19,2 %) и реакции средней тяжести (15 %). Реабилитационные комплексы обусловили улучшение психологической адаптации у 61 (83,6 %) пациентов.
Вывод. Установлено, что комплексные методики, включающие процедуры нормоксической баротерапии и интервальные гипоксические тренировки, оказывают положительное влияние на клинико-функциональное состояние и психологический статус больных ХОБЛ и БА, являясь патогенетически обоснованными нелекарственными методами, способными повышать толерантность организма к внешним факторам, в частности к условиям погодной гипоксии.

Эффективность нелекарственных методов в комплексных лечебных и реабилитационных программах при хронической обструктивной болезни легких

Уянаева М. А.[1], Арутюнов Г. П.[2], Мелконян Г. Г.[1], Рассулова М. А.[3], Мелик-Оганджанян Г. Ю.[1]
[1]ГБУЗ «Городская клиническая больница № 4 ДЗМ»
[2]ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова
[3]ГАУЗ Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины

Введение. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) представляет чрезвычайно важную медико-социальную проблему. В структуре заболеваемости ХОБЛ входит в число лидеров и наносит значительный экономический ущерб, связанный с временной и стойкой утратой трудоспособности самой активной части населения (Чучалин А. Г., 2014, 2017). Отсутствие одновременно эффективных и безопасных противовоспалительных средств, большое число побочных реакций и осложнений при применении стероидных и нестероидных лекарственных препаратов обосновывает важность изыскания немедикаментозных методов с патогенетической направленностью действия.

Цель. Изучение возможностей немедикаментозных методов лечения больных ХОБЛ.
Материалы и методы. Проспективные контролируемые исследования в параллельных рандомизированных группах проведены у 140 пациентов с ХОБЛ – 79 мужчин и 81 женщина, средний возраст – 53,7 ± 7,4 года. Сформированы 4 сопоставимые по клинико-функциональной характеристике группы. Пациенты 1-й группы (37 чел.) получали газовоздушные углекислые ванны (ГУВ), 2-й группы (32 чел.) – небулайзерные ингаляции лизоцима, 3-й (36 чел.) – ГУВ в комплексе с ингаляциями лизоцима, пациентам 4-й (контрольной) группы назначали только ЛФК и симптоматические лекарственные средства, аналогичные тем, которые получали пациенты в основных группах (без включения реабилитационных методов).
Результаты. После лечебно-реабилитационных мероприятий у пациентов с ХОБЛ наблюдался регресс клинической симптоматики. Курсовое применение ГУВ обусловило отчетливое уменьшение выраженности одышки, снижение активности воспалительного процесса, уменьшение исходно повышенного уровня лейкоцитов (с 10,8 ± 0,7 до 7,8 ± 0,61 ∗ 10^9/л; $p < 0,05$), положительную динамику иммунограммы. Ингаляции лизоцима (2-я группа), напротив, оказали преимущественное действие на факторы гуморального иммунитета. Применение комплексной технологии (3-я группа) привело к наиболее отчетливой положительной динамике иммунологических параметров ($p < 0,01–0,001$), свидетельствующей об активации клеточного и супрессии избыточной деятельности гуморального звена иммунной системы. Это позволяет утверждать, что ГУВ и ингаляции лизоцима оказывают взаимодополняющее и потенцирующее действие на состояние иммунокомпетентной системы. В контрольной (4-й) группе наблюдалась умеренная положительная динамика отдельных иммунологических тестов.
Вывод. Приведенные данные позволяют говорить об адекватности, патогенетической обоснованности и эффективности немедикаментозных технологий в лечении и реабилитации больных ХОБЛ.

Нейрохирургическая помощь пациентам с поражением периферических нервов в ГКБ им. С.П. Боткина

Федяков А. Г., Горожанин А. В., Кузнецов А. В., Мухина О. В.
ГБУЗ «ГКБ им. С. П. Боткина ДЗМ», Москва

Поражения периферической нервной системы, требующие оперативного лечения, являются актуальной проблемой современного здравоохранения. Согласно данным мировой статистики, потребность в нейрохирургических вмешательствах на периферических нервах ежегодно возрастает. Поражение рук при синдроме карпального канала встречается 276:100 000 в год [I. Ibrahim 2012], что в пересчете на население города Москвы (12,5 млн человек) должно составлять 33 120 случаев этого заболевания ежегодно. Данные Национальной программы амбулаторной хирургии (США) по изучению тенденций в лечении компрессии локтевого нерва с 1996 по 2006 г., свидетельствуют, что общий объем оперативных вмешательств увеличился на 47 % и составляет 20,9:100 000 в год [Soltani, 2013], что позволяет предположить необходимый уровень оперативных вмешательств при данном заболевании в Москве на уровне 2500 вмешательств ежегодно. Частота встречаемости нейропатии малоберцового нерва составляет 17,2:100 000 – 19:100 000 [Koehler et al., 1997; Kandil et al., 2012], то есть в среднем 2000 случаев в год в Москве. Неврома Мортона встречается у 3 % населения [Latinovic R., 2006], то есть 360 000 случаев для населения Москвы в год. Приведенные данные касаются лишь наиболее распространенных поражений периферических нервов, однако так же широко распространены посттравматические нейропатии, встречаются и опухоли нервов (Шванномы), требующие оперативного лечения.
Нейрохирургической службой ГКБ им. С. П. Боткина оказывается высококвалифицированная медицинская помощь пациентам со всеми видами заболеваний периферической нервной системы: компрессионно-ишемические и посттравматические нейропатии, плекситы, опухоли периферических нервов, невромы Мортона, хронические нейропатические болевые синдромы. Врачи-нейрохирурги ГКБ им. С. П. Боткина длительное время (десятилетия) оказывают нейрохирургическую помощь, ставшую традиционной при этих заболеваниях с 90-х годов прошлого века, которые также являются одним из направлений научной деятельности кафедры нейрохирургии РМАНПО. Операции на периферических нервах выполняются на высоком современном технологическом уровне с применением микрохирургической техники, биодеградируемых материалов, интраоперационного нейрофизиологического мониторинга, УЗИ. Внедрены в клиническую практику и разработаны новые малоинвазивные методики эндоневролиза периферических нервов под УЗ-навигацией и проведение радиочастотной деструкции нервов под УЗ-контролем. Указанные новаторские методы лечения позволяют значительно уменьшать степень хирургической агрессии и сокращать время пребывания пациента в стационаре.

Венозная мальформация в практике оториноларинголога

Фетисов И. С., Грачев Н. С., Фатахутдинов А. Х., Полубояров А. Т., Климентенок Т. А., Полев Г. А.
ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн № 2 ДЗМ», Москва

Одной из наиболее частых сосудистых мальформаций в клинической практике является венозная мальформация (ВМ). Причиной возникновения ВМ является врожденная аномалия развития вен. Приводим клиническое наблюдение.
В отделение оториноларингологии в 2018 г. поступил пациент М., 1957 г. рождения, с диагнозом: новообразование правой крылонебной ямки. На момент поступления пациент жаловался на небольшую заложенность носа. При осмотре отмечается нарушение дыхания через правую половину носа, отек слизистой оболочки в правой половине носа, в ротоглотке асимметрия мягкого неба за счет выбухания правой половины, ограничение подвижности мягкого неба. При эндоскопическом исследовании полости носа и носоглотки определяется отек и синюшность слизистой оболочки правой половины носа, правая хоана блокирована образованием с гладкой поверхностью. Определяется скопление слизистого отделяемого. МРТ головы выявила крупное образование, заполняющее крылонебную ямку и окологлоточное пространство до 9 см, выступающее в просвет носоглотки. Под эндотрахеальным наркозом произведено эндоскопическое удаление новообразования правой крылонебной ямки. При контрольном осмотре через один месяц после операции состояние пациента удовлетворительное, жалоб не предъявляет. При гистологическом исследовании получено заключение — кавернозная ангиома, что аналогично ВМ.
Таким образом, данное клиническое наблюдение интересно тем, что крупная ВМ располагалась в крылонебной ямке и новообразование длительное время протекало бессимптомно. Использование современных эндоскопических технологий во время операции позволило избежать инвалидизирующего вмешательства с открытым доступом и провести удаление новообразования без осложнений, без стойкого нарушения функций организма и дало возможность пациенту восстановиться в кратчайшие сроки.

Туберкулез с множественной и широкой лекарственной устойчивостью: московский опыт в мировом контексте

Филиппов А. В., Борисов С. Е., Иванова Д. И., Литвинова Н. В., Иванушкина Т. Н., Гармаш Ю. Ю.
ГБУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ», Москва

Одним из главных препятствий для искоренения туберкулеза согласно стратегии «End TB», провозглашенной ВОЗ (М. Равильоне, 2016), является туберкулез, вызванный микобактериями (МБТ) с множественной (МЛУ) и широкой лекарственной устойчивостью (ШЛУ). ВОЗ отмечает ежегодный рост числа таких больных во всем мире (по данным глобального отчета 2017 г.). В Москве во втором десятилетии XXI века ситуация с лекарственно-устойчивым туберкулезом в целом повторяла ситуацию в Российской Федерации (ежегодный рост доли пациентов с МЛУ/ШЛУ МБТ среди выявленных больных). Ситуация требовала решительных мер по разработке и реализации новых режимов химиотерапии.
С целью снижения эпидемиологического бремени лекарственно-устойчивого туберкулеза за счет повышения эффективности лечения пациентов с МЛУ/ШЛУ возбудителя путем назначения новых противотуберкулезных препаратов (ПТП) – бедаквилина и линезолида в составе режимов химиотерапии было проведено обсервационное ретроспективное открытое одноцентровое исследование эффективности и безопасности режимов химиотерапии, основанных на новых принципах формирования схемы.
Отбор пациентов проводится на заседаниях Центральной врачебной комиссии сплошным методом (все пациенты, имеющие показания и не имеющие противопоказаний). С 30.04.2014 г. в исследование вошли 673 пациента, из них у 315 срок наблюдения составил 2 года и более. Среди 315 пациентов преобладали мужчины 216 (68,6 %). Возраст 18–78 лет, медиана 38, преобладали лица до 50 лет – 237 (75,2 %). Неэффективно леченые от туберкулеза более года – 175 (55,6 %). Чувствительность МБТ определена у 309 пациентов, из них ШЛУ МБТ – 161 (52,1 %), МЛУ – 133 (43,0 %). Полости выявлены у 265 (84,1 %) пациентов, у 140 (44,4 %) – крупные.
Режимы, основанные на включении новых ПТП, показали свою высокую эффективность: 78,7 % – через 24 недели, и 73,3 % – через 2 года от начала лечения, что соответствует целевым показателям эффективности лечения туберкулеза с МЛУ, определенным ВОЗ и пока не достигнутым в других регионах Российской Федерации и мира в целом.

Изменения структуры летальных исходов ВИЧ-инфицированных в Москве по мере развития эпидемии ВИЧ-инфекции

Филиппов П. Г.[1, 2], Огиенко О. Л.[1], Кускова Т. К.[1], Еремушкина Я. М.[1, 2], Мигманов Т. Э.[1, 2], Цветкова Н. А.[1, 2], Воробьев А. С.[2], Мариненко М. Н.[1, 2], Тишкевич О. А.[2]
[1] ФГБОУ ВО МГМСУ им. А. И. Евдокимова Минздрава России, Москва
[2] ГБУЗ ИКБ № 2 ДЗМ, Москва

Целью настоящей работы было выявление изменений структуры летальности пациентов с ВИЧ-инфекцией. Проводился анализ историй болезни и результатов вскрытия ВИЧ-инфицированных пациентов в различные периоды эпидемии. Истории пациентов были разделены на 3 группы: 1-я группа – 250 ВИЧ-инфицированных пациентов, умерших в период 1991–2003 гг.; 2-я группа – 271 ВИЧ-инфицированных пациентов, умерших в период 2005–2006 гг.; 3-я группа – 236 ВИЧ-инфицированных пациентов, умерших в 2009–2017 годах.
Основные причины летальности были объединены в 6 кластеров: 1) СПИД, 2) не связанные со СПИД инфекции (включая инфекционный эндокардит, сепсис, анаэробную инфекцию), 3) болезни печени, 4) не связанные со СПИД онкологические заболевания, 5) сердечно-сосудистые заболевания и 6) не связанные с предыдущими причины [суицид, злоупотребление наркотиками или алкоголем, токсические эффекты антиретровирусной терапии (АРТ), насилие и другие причины]. СПИД считался причиной смерти, если диагноз на момент смерти соответствовал общепринятым критериям СПИДа, принятым в РФ.
Было выявлено, что уменьшается летальность от СПИДа: в 1-й группе – 76,3 %, во 2-й – 57,6 % и в 3-й группе – 44,2 %. Также изменилась структура регистрируемых СПИД-индикаторных заболеваний. Соответственно, во 2-й и 3-й группах чаще стали регистрироваться не связанные со СПИДом инфекции, болезни печени, не связанные со СПИДом онкологические заболевания, а также не связанные с предыдущими причины. В 3-й группе также стали регистрироваться сердечно-сосудистые заболевания ишемического характера.
На структуру летальных исходов влияет: употребление психоактивных веществ, наличие ко-инфекции вирусными гепатитами С и/или В, злоупотребление алкоголем, возраст больного, применение и приверженность к АРТ, пол больного, проведение профилактики различных оппортунистических и СПИД-индикаторных заболеваний, сроки, прошедшие от момента заражения до летального исхода, абсолютный уровень и доля CD4+ клеток (в %) на момент летального исхода, наличие тяжелых сопутствующих заболеваний.

Комплексное применение остеопатии и индивидуальных супинаторов полного контакта в реабилитации детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата

Фролов В. А.
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова МЗ РФ

По данным изученной нами литературы, не менее чем у 80 % населения возникают проблемы опорно-двигательного аппарата, напрямую или опосредованно связанные с деформациями стопы. Частота встречаемости плоскостопия у коренных жителей городов в 3 раза выше, чем у людей, проведших «босоногое» детство в деревне. За последние несколько десятков лет стопа городских подростков расширилась в среднем на 6,8 % у девочек, 5,6 % – у мальчиков. Ортопедические стельки «Джуниор» медицинской системы «Формтотикс» представляют собой мягкие, гибкие, индивидуальные ортезы стопы, разработанные компанией FootScienceInternational (Новая Зеландия) специально для детей. Длина стелек такова, что они покрывают 3/4 площади стопы (без поверхности пальцев). Дело в том, что на 3/4 площади стопы приходятся все основные зоны стопы ребенка, нуждающиеся в коррекции: пятка, средний отдел и передний отдел до пальцев. Кроме того, такая длина детских стелек позволяет продлить срок их службы при ростовых скачках и резком увеличении длины стопы. Они используются для коррекции чрезмерной пронации стопы – вальгусной позиции пяток, а также в периоды скачков роста, прибавки веса, повышенной физической активности и в других подобных случаях, при которых стопа ребенка нуждается в поддержке. Каков же выход из сложившейся ситуации?
Нами разработана, клинически апробирована и внедрена в практику комплексная коррекция дисфункций стоп, включающая:
1. Диагностику а) визуальную, б) плантоскопическую, в) оценку фаз ходьбы, г) мануальную и остеопатическую диагностику.
Лечебные мероприятия:
1) восстановление оптимальной подвижности и конгруэнтности всех суставов стопы;
2) изготовление индивидуальных супинаторов полного контакта системы Formthotics;
3) обучение оптимальной биомеханике ходьбы;
4) наблюдение за клиническим эффектом мероприятий с возможностью последующей юстировки супинаторов;
5) коррекция остающихся дисфункций.
Данный набор реабилитационных мероприятий, направленных на ключевые звенья патогенеза, показал свою высокую эффективность при данном патологическом состоянии и является не только актуальным, но перспективным с возможным дальнейшим усовершенствованием.

Лечение больных идиопатической мембранозной нефропатией

Фролова Н. Ф., Сысоева И. Л., Дьякова Е. Н., Бирюкова Л. С., Волгина Г. В., Артюхина Л. Ю.
ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ», Москва

Введение. Мембранозная нефропатия (МН) – одна из частых причин нефротического синдрома у взрослых. Это вариант иммуноопосредованной гломерулопатии, характеризующийся диффузным утолщением и изменением структуры гломерулярной базальной мембраны, вследствие субэпителиальной и интрамембранозной депозиции иммунных комплексов и отложения матриксного материала, продуцируемого пораженными подоцитами. Чаще всего болезнь начинается в возрасте 30–50 лет; мужчины болеют в два раза чаще женщин. Основой формирования иммунных комплексов является образование аутоантител к внутренним антигенам клубочка. У 70–80 % пациентов выявляются антитела к подоцитарному трансмембранному рецептору фосфолипазы А2 М-типа (PLA2R-AT) (преимущественно IgG4 класса). У 20–30 % пациентов с первичной МН внутренние антигены клубочков и аутоантитела к ним не идентифицированы. Вторичная мембранозная нефропатия (на ее долю приходится около трети случаев) развивается при таких заболеваниях, как СКВ, гепатит В, злокачественные новообразования, кроме того, ее вызывают препараты золота и пеницилламин. Вторичная МН является результатом специфического поражения клубочков иммунными комплексами, в которые включены экзогенные (вирусные, опухолевые и др.) антигены.
Учитывая центральную роль аутоантител IgG в патогенезе идиопатической МН (ИМН), применение моноклональных антител к CD20 антигену В-лимфоцитов (ритуксимаба - RTx), обсуждается в качестве новой терапевтической стратегии лечения больных ИМН.
Цель. Оценить эффективность RTx у пациентов с ИМН по сравнению с традиционной иммуносупрессивной терапией стероидами (КС) в комбинации с циклофосфамидом (ЦФ).
Материалы и методы. В исследование включено 87 пациентов с ИМН, подтвержденной биопсией почек, средний возраст 56,2±10,4 года, 82 % мужчин. Все пациенты получали ингибиторы РААС. RTx применяли в виде внутривенных инфузий в дозе 375 мг/м^2 однократно в неделю в течение

4 недель или по 1000 мг с интервалом в 2 недели у 62 пациентов (1-я группа): у 12 с резистентным к предшествующей стандартной терапии нефротическим синдромом (НС) и у 10 с рецидивом НС. Двадцать пять пациентов (2-я группа) получали ГК в сочетании с ЦФ. Группы пациентов не имели различий в уровнях суточной протеинурии [6,1 (4,5; 12)] и [7,1 (4,75; 11,65 г, *p*=0,66], гипопротеинемии и гипоальбуминемии. Изменения в суточной экскреции белка определяли через 6, 12 и 24 мес. после начала терапии RTx или стандартного лечения. Полная ремиссия диагностировалась при снижении суточной протеинурии менее 0,3 г, частичная ремиссия при протеинурии менее 3 г или в случаях ее снижения на ⩾50% по сравнению с исходными значениями.

Результаты. У пациентов, получавших КС в сочетании с ЦФ, протеинурия значительно снизилась у 20 из 25 (80 %), полная ремиссия была достигнута у 13 (65 %) и частичная у 7 (35 %) пациентов. Семь (35 %) пациентов, достигших ремиссии, имели рецидив НС, у 2 (8 %) развилась терминальная ХПН и 3 (12 %) пациентов умерли от сердечно-сосудистых событий. Из 62 пациентов, получавших RTx, ремиссия наблюдалась у 41 (81,8 %): полная ремиссия была достигнута у 34 (63,6 %) и частичная у 8 (18,2 %) пациентов. У 4 (18,2 %) пациентов заболевание прогрессировало до терминальной ХПН, у 1 (4,5 %) пациента был рецидив НС.

Вывод. У пациентов с ИМН эффективность ритуксимаба сопоставима с эффективностью терапии КС и ЦФ.

Возможности и ограничения телемедицинской помощи при аутистических расстройствах

Хайретдинов О. З., Рубакова Л. И.
ГБУЗ «НПЦ психического здоровья детей и подростков им. Г. Е. Сухаревой ДЗМ», Москва.

Целью сообщения является описание особенностей оказания телемедицинской помощи пациентам с аутистическими расстройствами и их законным представителям.

В странах Европы, Азии, Северной Америки телемедицинская практика при детском аутизме используется врачами-психиатрами, психологами, специалистами по прикладному анализу поведения для оказания помощи пациентам, родителям и другим лицам, осуществляющим уход за ребенком, педагогам. Предоставляемая помощь включает предварительную первичную диагностику, оценку динамики поведенческих изменений, образовательные консультации, обучение приемам функциональной коммуникации, процедурам прикладного анализа поведения, а также семейную и когнитивно-бихевиоральную терапию, реализацию реабилитационных программ в домашних условиях, совместные с родителями сеансы трудотерапии.

Использование телекоммуникационных технологий способствует повышению срочности и доступности медицинской помощи, например в ситуации выраженных препятствий в посещении клиники в связи с психическим состоянием ребенка, нонкомплаентностью пациентов и их родителей, что способствует дестигматизации детской психиатрической службы. Предусмотренные законодательством необходимость видеозаписи телемедицинской консультации и ее хранения потенциально повышают ответственность специалиста и уровень качества оказываемой помощи.

Ограничения консультаций с использованием видеосвязи связаны с затрудненной оценкой многих параметров невербального поведения ребенка, невозможностью проведения ряда проб и тестов, искажением картины существенных для квалификации аутистических расстройств проявлений. Например, реагирование ребенка на изображение человека на экране может оказаться более активным, чем реагирование на него же в ситуации очной встречи. Даже высокое разрешение аудиовизуальных технических средств не может преодолеть фрагментарность изображения и звуковой картины. Возможность слышать передаваемые через микрофон звуки только в ближайшей зоне его действия затрудняет оценку реакций пациента на отдаленные, фоновые, не слышимые консультантом шумы, звуки, речь.

Важно подчеркнуть, что необходимые требования к уровню квалификации специалиста с учетом имеющихся особенностей, ограничений и трудностей представляются более высокими, чем для стандартного консультирования детей с аутистическими расстройствами.

Правовые и клинико-организационные вопросы телепсихиатрической практики для оказания специализированной помощи детям и подросткам с аутистическими расстройствами нуждаются в дальнейшей комплексной разработке.

Медицинская реабилитация детей с травмой верхней конечности

Хан М. А.[1], Вахова Е. Л.[1], Александров А. В.[2], Румянцева М. В.[1]
[1]ГАУЗ «МНПЦ медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗМ», Москва
[2]ГБУЗ «ДГКБ № 13 им. Н. Ф. Филатова ДЗМ», Москва

Травматизм у детей остается одной из ведущих медико-социальных проблем вследствие высокой распространенности травм и их влияния на уровень смертности и инвалидности детского населения. Травмы локтевого сустава составляют 40–50 % от общего числа повреждений опорно-двигательного аппарата у детей. Среди технологий медицинской реабилитации таких детей особое место занимает вазоактивная электростимуляция в комплексе с роботизированной механотерапией. Комплексное применение физических факторов вызывает регресс болевого симптома, отека уже после 3-й процедуры у большинства детей, способствует достоверному увеличению объема активных движений в локтевом суставе, вплоть до нормализации у 90 % детей. Анализ данных лазерной допплеровской флоуметрии выявил выраженную положительную динамику микрогемодинамических показателей в области травмы под влиянием комплексного применения вазоактивной электростимуляции и роботизированной механотерапии. По данным стимуляционной электронейромиографии зарегистрирован достоверный прирост показателя скорости проведения импульса и амплитуды мышечного сокращения вследствие курсового воздействия физических факторов.

Повреждения сухожилий сгибателей пальцев кисти у детей встречаются в 48 % случаев от всей травмы кисти. Отдельным нерешенным вопросом стоит проблема отсутствия единой адекватной системы послеоперационного ведения и реабилитации детей с травмой сухожилий, в 40 % случаев сопровождающейся повреждением нервов и сосудов. Авторами разработана комплексная программа медицинской реабилитации таких детей, включающая раннюю пассивно-активную мобилизацию суставов пальцев кисти, мануальные техники, ортезирование, аппаратную физиотерапию, кинезиотейпирование. Своевременное назначение физических факторов способствует снижению риска развития контрактур, адгезии сухожилий, неправильных двигательных паттернов.

Задачами медицинской реабилитации при повреждении периферических нервов являются профилактика рубцово-спаечного процесса в нерве, стимуляция его регенерации, уменьшение выраженности вегетативных и трофических расстройств, сохранение функции денервированных мышц, улучшение двигательных возможностей конечности.

Медицинская реабилитация детей с моносимптомным и немоносимптомным энурезом

Хан М. А.[1, 2], Меновщикова Л. Б.[2], Новикова Е. В.[1, 2]
[1] ГАУЗ «МНПЦ медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины» ДЗМ, Москва
[2] ГБУЗ «ДГКБ № 13 им. Н. Ф. Филатова ДЗМ», Москва

Энурез имеет мультифакториальную природу, и в основе расстройств функции мочевого пузыря нейрогенного генеза лежат нарушения нейрогуморальной регуляции и гипоксия детрузора. Медицинская реабилитация детей с немоносимптомным энурезом включает спектр лекарственных и иных лечебных технологий, таких как естественные (бальнеотерапия, теплолечение, грязелечение) и преформированные физические факторы (электро-, светолечение, магнитотерапия, ультразвук, аэроионотерпия), ЛФК, массаж, рефлексотерапия, БОС-терапия, позволяющих воздействовать на различные патогенетические звенья заболевания, направленные на регуляцию акта мочеиспускания на всех уровнях иннервации мочевого пузыря. С целью воздействия на корковые и подкорковые центры мочеиспускания применяют электросон, эндоназальный электрофорез витаминов группы В, гальванический воротник по Щербаку. Воздействие на спинальные центры мочеиспускания осуществляется с помощью импульсных токов, по форме и частоте сходных с потенциалами действия внутренних органов.

В медицинской реабилитации применяются методы, направленные на улучшение трофики детрузора, устранение гипоксии и метаболических нарушений в стенке мочевого пузыря: ультразвук, магнитотерапия, ультрафонофорез никотиновой кислоты, препараты лечебной грязи. Широкое применение получила лазерная терапия, позволяющая восстановить тонус детрузора, рефлекторную возбудимость и порог чувствительности мочевого пузыря. Проведение электростимуляции анального сфинктера, мышц промежности интерференционными или синусоидальными модулированными токами или с помощью высокоинтенсивной импульсной магнитотерапии приводит к снижению тонуса детрузора и увеличивает функциональную емкость мочевого пузыря.

При первичном моносимптомном энурезе эффективна транскраниальная электростимуляция, оказывающая воздействие на головной мозг импульсным биполярным током частотой 77 Гц. Под влиянием этого метода происходит стимуляция выработки эндорфинов, что помогает в подавлении стрессового фактора, у пациентов нормализуется сон, снижается тревожность и сглаживается синдром гиперактивности. Для расширения влияния на неврогенные механизмы энуреза показана ИНФИТА-терапия – метод нейротропной импульсной электротерапии, патогенетическое действие которого обусловлено регулирующим действием на центральную нейро- и гемодинамику, за счет оконно-частотных воздействий слабых электромагнитных полей на структуры головного мозга.

Медицинская реабилитация детей с пороками мочеполовой системы

Хан М. А., Новикова Е. В., Левицкая М. В.
ГАУЗ «МНПЦ медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗМ», Москва

Аноректальные пороки развития занимают 9-е место среди всех пороков развития по данным международного регистра. В Москве данные пороки встречаются с частотой в 1,73 случая на 1000 новорожденных. В связи с развитием медицинских технологий, разработкой новых подходов к оперативному вмешательству коррекция аноректальных мальформаций стала возможной в неонатальном и раннем грудном возрасте. Приобретенные стенозы ануса и прямой кишки, возникающие после выполнения коррекции, достигают 30 % от общего числа ятрогенных поражений аноректальной области. Наиболее часто осложнения выявляются после выполнения промежностной аноректопластики по поводу «низкой» формы атрезии ануса. Результат лечения напрямую зависит не только от качества проведенного оперативного вмешательства, но и от проведения дальнейших реабилитационных мероприятий.

Основные принципы медицинской реабилитации детей с аноректальными пороками: раннее начало реабилитационных мероприятий, соблюдение этапности и непрерывности, разработка индивидуальных программ реабилитации.

Медицинская реабилитация таких детей проводится на стационарном и амбулаторно-поликлиническом этапах с включением физических факторов, средств лечебной физкультуры и других методов.

Медицинская реабилитация начинается сразу после оперативного лечения в палатах интенсивной терапии и специализированных отделениях. На первом этапе большое внимание уделяется активации репаративных процессов в области неоануса. С этой целью назначают поляризованный свет, хромотерапию, магнитотерапию на область аноректальной зоны. Второй этап медицинской реабилитации проводится в реабилитационных отделениях и центрах медицинской реабилитации, направлен на оказание дефиброзирующего действия на область прямой кишки, учитывая высокую частоту встречаемости таких осложнений, как стенозы ануса и прямой кишки. Наиболее показаны на этом этапе медицинской реабилитации лекарственные электрофорезы йода, ферментов, лечебной грязи. Третий этап медицинской реабилитации является наиболее продолжительным, проводится в амбулаторно-поликлинических условиях и включает технологии медицинской реабилитации, направленные на восстановление перистальтической активности кишечника, – различные виды электростимуляции, а также оздоровительные технологии, такие как аэроионотерапия, галотерапия, бальнео- и грязелечение.

Таким образом, в настоящее время разрабатывается система этапной медицинской реабилитации детей с аноректальными пороками, внедряются современные технологии медицинской реабилитации, позволяющие оказать воздействие на различные патогенетические звенья заболевания и повысить качество их жизни.

Современные технологии кинезотерапии в коррекции двигательных нарушений у детей с последствиями перинатального поражения ЦНС

Хан М. А.[1], Чубарова А. И.[2], Дегтярева М. Г.[3], Румянцева М. В.[1], Микитченко Н. А.[1]
[1]ГАУЗ «МНПЦ медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗМ», Москва
[2] ГБУЗ «ДГКБ № 13 им. Н. Ф. Филатова ДЗМ»
[3] ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова МЗ РФ

В последние годы отмечается рост числа детей с перинатальными поражениями ЦНС, что определило необходимость разработки «Концепции развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года». Двигательное развитие на первом году жизни является важнейшим критерием, определяющим процессы структурного и функционального созревания нервной системы, а также компенсацию отклонений в развитии и возможный реабилитационный потенциал. Сроки развития двигательных навыков на первом году жизни являются важным прогностическим критерием компенсации неврологических нарушений.

Медицинская реабилитация детей с перинатальным поражением ЦНС основана на принципах раннего начала, индивидуального подхода и комплексного использования различных средств реабилитации. Ведущее значение в медицинской реабилитации таких детей имеют технологии кинезотерапии. Перспективной технологией кинезотерапии является Войта-терапия.

С целью изучения эффективности применения Войта-терапии у недоношенных детей с последствиями перинатального поражения центральной нервной системы проведены клинические наблюдения и специальные исследования у 86 детей с последствиями перинатального поражения ЦНС. Для объективизации оценки неврологического статуса проводилась количественная оценка мышечно-постурального тонуса по шкале INFANIB. После курса Войта-терапии отмечено достоверное увеличение суммарной оценки по шкале INFANIB. При этом в 53,5 % случаев отмечен переход в диапазон менее выраженных неврологических нарушений.

Под влиянием Войта-терапии оценка по шкале INFANIB в диапазоне «норма» достигнута у 25,6 % детей, что свидетельствует о выраженном влиянии этого метода кинезотерапии на нормализацию мышечного тонуса и формирование физиологических двигательных стереотипов.

На основании проведенных исследований выявлено благоприятное влияние Войта-терапии на мышечно-постуральный тонус, повышение терапевтического эффекта, что указывает на необходимость включения данного метода кинезотерапии в программу медицинской реабилитации детей с перинатальным поражением ЦНС.

Опыт лечения пациентов с обширными повреждениями черепно-челюстно-лицевой области в отделении челюстно-лицевой хирургии ГБУЗ ГКБ им. Ф. И. Иноземцева

Хандзрацян А. С., Насырова А. Н.
ГБУЗ «ГКБ им. Ф. И. Иноземцева ДЗМ», Москва

Обширные повреждения челюстно-лицевой области с переломом костей лицевого скелета часто являются угрозой жизни пациента, так как могут привести к асфиксии, кровопотере, а в послеоперационном периоде – к гнойно-септическим осложнениям и обезображиванию лица.

В отделение челюстно-лицевой хирургии с 2016 по 2019 г. было доставлено 12 пациентов с обширными повреждениями черепно-челюстно-лицевой области. Из них 10 мужчин, 2 женщины в возрасте 27–56 лет. У 7 пациентов имелись сочетанная и комбинированная травмы. Всем пациентам оказана экстренная помощь мультидисциплинарной бригадой при поступлении. 11 пациентов были выписаны с выздоровлением с незначительными рубцовыми деформациями и без функционального дефицита. 1 пациент скончался на 24-е сутки от поздних септических осложнений.

Выводы. 1. Помощь таким пациентам должна быть оказана как можно быстрее в составе мультидисциплинарной бригады с привлечением анестезиолога-реаниматолога, нейрохирурга, травматолога. 2. Желательно следовать следующему алгоритму: устранение асфиксии, остановка кровотечения, компьютерная томография, первичная хирургическая обработка раны с фиксацией переломов костей лицевого скелета. 3.

Лечение надо начинать в отделении реанимации с привлечением смежных специалистов. 4. Пациенты с такой травмой должны доставляться в многопрофильные лечебные учреждения с отделением челюстно-лицевой хирургии.

Разработка и внедрение интегрированной системы контроля качества в медицинской организации психиатрического профиля

Холодов Э. Ю.
ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница им. П. Б. Ганнушкина ДЗМ», Москва

Введение. Учитывая специфику деятельности медицинской организации (МО) психиатрического профиля, опирающуюся на эмпирический подход к клинике психических заболеваний, относительно высокий удельный вес направлений деятельности, направленных на решение психосоциальных вопросов и др., а также практически полное отсутствие накопленного опыта в организации системы контроля качества в психиатрической клинике, разработка и внедрение интегрированной системы контроля (менеджмента) качества (ИСКК) в МО психиатрического профиля в настоящее время имеет чрезвычайно важное значение и требует новых подходов в своей реализации.

Цель. Стандартизация и объединение в единое целое всех взаимодействующих и взаимосвязанных процессов, составляющих саму суть деятельности организации, разрозненных и не связанных ранее структур и инструментов контроля качества и безопасности медицинской деятельности, что в итоге позволит направить работу всех подразделений МО психиатрического профиля на достижение высоких результатов путем удовлетворения требований и ожиданий потребителей и всех заинтересованных сторон.

Материалы и методы. Для внедрения ИСКК в учреждении были организованы несколько новых структурных подразделений, объединенных в единую систему взаимодействующих и взаимосвязанных процессов для решения основных задач по обеспечению качества и безопасности по всем основным направлениям деятельности.

Разработаны и утверждены основные направления деятельности учреждения, оцениваемые в рамках контроля качества, основные критерии и показатели-индикаторы, по которым производится мониторинг качества. Разработана внутренняя нормативная документация, отражающая процессы деятельности МО психиатрического профиля (СОПы, оценочные листы, алгоритмы, инструкции и др.). Выстроена и внедрена система внутренних аудитов и непрерывного мониторинга показателей качества и безопасности медицинской деятельности. Разработана система непрерывного образования медицинского персонала.

Результаты. Объединение в единую структуру всех взаимодействующих и взаимосвязанных процессов контроля качества и безопасности медицинской деятельности учреждения, стандартизация основных подходов и инструментов их деятельности, проведение непрерывного мониторинга показателей и внутренних аудитов позволили существенно снизить частоту наступления нежелательных событий, значительно увеличить эффективность реагирования и предупреждения возникновения в последующем на вновь возникающие нежелательные события, а в некоторых случаях – прогнозировать и не допускать их возникновение.

Вывод. Внедрение новых методических и организационных подходов, учитывающих специфику деятельности МО психиатрического профиля в разработке и внедрении ИСКК, позволяет направить работу всех подразделений учреждения на достижение высоких результатов, что обеспечивает сохранность устойчивых конкурентных преимуществ самой МО.

Эндоваскулярные вмешательства при острой тромбоэмболической окклюзии верхней брыжеечной артерии

Хрипун А. И.[1], Саликов А. В.[2], Асратян С. А.[2] , Миронков А. Б.[1,2], Прямиков А. Д.[1,2], Алимов А. Н.[1], Агасян Г. А.[1]
[1]ФГБУ ДПО РНИМУ им. Н. И. Пирогова, Москва
[2] ГБУЗ «ГКБ им. В. М. Буянова ДЗМ», Москва

Введение. Непрерывно развиваются технологии эндоваскулярного лечения. Огромную значимость представляет собой лечение тромбоэмболий.

Цель. Продемонстрировать опыт эндоваскулярного лечения пациентов с тромбоэмболией верхней брыжеечной артерии.

Материалы и методы. В клинике эндоваскулярному вмешательству подверглись 13 пациентов с тромбоэмболией верхней брыжеечной артерии. Мужчин было 4 (31 %), женщин 9 (69 %). Средний возраст составил 76±9 лет. Сроки от момента начала заболевания до операции и реперфузии верхней брыжеечной артерии колебались от 4 до 65 часов, в среднем составляя 22±17 часа. Исходный лейкоцитоз у пациентов составил 16,5±5,8×10^9/л (от 9,2 до 28,8×109/л). Основным методом диагностики острой окклюзии ВБА была компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастным усилением. Применялись различные эндоваскулярные манипуляции для восстановления кровотока по артерии: механическая реканализация, баллонная ангиопластика, аспирационная тромбэктомия и стентирование артерии.

Результаты. Технический успех эндоваскулярного вмешательства в виде восстановления магистрального антеградного кровотока по ВБА и ее основным, крупным ветвям достигнут у всех 13 (100 %) пациентов. Лапаротомия выполнена у 4 (31 %) больных, при этом некроз кишечника после эндоваскулярного вмешательства развился в 3 (23 %) случаях. Обширный некроз кишечника (часть тонкой и правая половина толстой кишки) имелся у 2 (15 %) больных, необширная гангрена тонкой кишки диагностирована на лапаротомии еще у 1 (8 %) пациента. Летальность составила 46 %: умерло 6 из 13 больных. Основной причиной летального исхода 4 (31 %) больных явился реперфузионный синдром, в 1 (8 %) наблюдении причиной смерти была массивная тромбоэмболия легочной артерии, наконец, еще у 1 (8 %) пациента летальный исход наступил на фоне обширной гангрены кишечника, синдрома полиорганной недостаточности и абдоминального сепсиса.

Выводы. 1. Эндоваскулярные методы лечения тромбоэмболии верхней брыжеечной артерии можно рассматривать в качестве первого шага в лечебном алгоритме, они позволяют у большинства пациентов сохранить основную массу жизнеспособности кишечника. 2. Реперфузионный синдром явился основной причиной летального исхода в послеоперационном периоде. 3. Разработка методов профилактики и алгоритма лечения реперфузионного синдрома при острой окклюзии верхней брыжеечной артерии должна явиться основой успеха в лечении этой группы пациентов.

Специфика взаимодействия с неговорящим ребенком в рамках амбулаторного приема

Хрупова А. Н.
ГБУЗ «НПЦПЗДП им. Г. Е. Сухаревой ДЗМ», Москва

Безречевые дети вне зависимости от уровня интеллектуального развития с трудом вступают в контакт с посторонними для них лицами. В такой ситуации важно знать особенности взаимодействия с ребенком. Мы предлагаем соблюдать следующие рекомендации:

1. В ситуации обследования важно дать ребенку освоиться в новой обстановке: прежде чем задавать вопросы или привлекать к выполнению заданий, разрешить брать игрушки, предметы или картинки, привлекшие внимание. При этом стоит обратить внимание на спонтанные речевые реакции или вокализации, которые могут не раскрыться в искусственно созданных условиях.
2. Важно оценить, может ли ребенок организовать собственную игру при наличии условий, насколько заинтересовался игрушками, предметами или картинками, использует их по назначению или бессмысленно манипулирует ими. Если есть возможность, посмотреть, общается ли ребенок с детьми своего возраста, старше или младше себя или предпочитает находиться в одиночестве; игнорирует других детей или проявляет к ним агрессию; стремится ли привлечь внимание взрослого или игнорирует его.
3. Важно учитывать, что ребенок может выполнять вашу инструкцию, реагируя не на вербальное оформление, а на жест, подкрепляющий слова, или на конкретную ситуацию. Для дифференциации уровня понимания следует различать способ предъявления инструкции.
4. Для безречевого ребенка обращенная речь является фактором дополнительной нагрузки, поэтому при выполнении заданий предъявляемые инструкции должны быть максимально простыми и короткими или, если это позволяет задание, инструкция предъявляется невербально. В такой ситуации вы можете оценить, насколько ребенок принимает ваш способ действия.
5. Выбирая задания для обследования безречевого ребенка, нужно ориентироваться на его возраст и уровень полученных знаний. Отсутствие речи далеко не всегда означает интеллектуальную недостаточность. Более того, отсутствие речи в пределах клинической беседы не означает отсутствия речи вообще у данного ребенка.

Знание и соблюдение этих несложных правил поможет оценить состояние ребенка, вступив с ним в коммуникацию, определить необходимость дальнейшего обследования и пути реабилитации малыша.

Наш опыт тотального эндопротезирования тазобедренного сустава у пациентов с ВИЧ-инфекцией

Чарчян А. М., Литвина Е. А., Науменко М. В., Ванин А. А.
ГБУЗ «ГКБ им. Ф. И. Иноземцева ДЗМ», Москва, ФГБУ ДПО РМАНПО, Москва

Введение. По данным Федерального центра СПИД за 2016 год, в Российской Федерации официально зарегистрировано более 1 000 000 случаев ВИЧ-инфекции. За последние 5 лет число ВИЧ-инфицированных удвоилось. ВИЧ-инфекция и антиретровирусная терапия, по данным разных авторов, являются факторами риска развития асептического некроза головки бедренной кости, некоторые пишут, что риск в 100 раз выше, чем у человека без ВИЧ-инфекции. Преобладание бессимптомного течения асептического некроза головки бедренной кости составляет почти 5 %, по данным разных авторов.

Цель. Определить критерии и алгоритм для оперативного лечения, оценить и сравнить его результаты, выявить факторы, влияющие на них у данной категории пациентов.

Материалы и методы. С 2015 по 2019 г. в нашей клинике были прооперированы 32 пациента с асептическим некрозом головки бедренной кости и ВИЧ-инфекцией.

Пациенты были разделены на 2 группы. В 1-ю группу вошли 9 (28,1 %) пациентов, которым выполнено тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава парой трения керамика-керамика. В 2-ю группу – 23 (71,8 %) пациента, которым было выполнено эндопротезирование тазобедренного сустава парой трения металл-полиэтилен. Средний возраст пациентов в группах составил 34,2 года. Соотношение мужчин к женщинам как 30:2. Среднее количество клеток СД4 перед операцией ~ 453. Антибактериальная профилактика – 1–5 дней. Время операции – 62–78 мин. Пребывание в стационаре – 7– 12 дней.

Результаты. В обеих группах после тотального эндопротезирования тазобедренного сустава заживление раны произошло первичным натяжением, без признаков инфицирования по шкале ASEPSIS.

Результаты, оцененные в группах с использованием шкалы Harris Hip Score для оценки функции нижней конечности, получены следующие: у 14 (48,2 %) пациентов – отличный, у 7 (24,1 %) – хороший, у 7 (24,1 %) – удовлетворительный, у 1 (3,4 %) –неудовлетворительный.

Вывод. Тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава у пациентов с ВИЧ-инфекцией при надлежащей их подготовке достаточно эффективно и безопасно.

Влияние полипрагмазии на когнитивные функции пациентов старческого возраста

Черняева М. С.[1,5], Куликова М. И.[2], Остроумова О. Д.[3], Сычев Д. А.[4], Головина О. В.[4,5], Горбатенкова С. В.[5]
[1]ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия УДП РФ», Москва
[2]ФГБОУ ВО «МГСМУ им. А.И. Евдокимова» МЗ РФ,
[3]ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н. И. Пирогова» — ОСП «Российский геронтологический НКЦ»,
[4]ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ
[5]ГБУЗ «ГВВ № 2 ДЗМ», Москва

Введение. Полипрагмазия является серьезной проблемой здравоохранения, поскольку клинически проявляется снижением эффективности фармакотерапии и развитием серьезных нежелательных побочных реакций (НПР), а также значительным увеличением расходов в здравоохранении. Среди пожилого населения существует проблема сохранения снижающихся с возрастом когнитивных функций, в то же время прием большого количества лекарственных средств (ЛС) может приводить к НПР центрального действия, которые будут проявляться когнитивным дефицитом. Артериальная гипертензия (АГ) также негативно влияет на состояние когнитивных функций в пожилом возрасте. Поэтому изучение взаимосвязи когнитивного статуса у пожилых пациентов, страдающих АГ, в зависимости от количества назначаемых ЛС весьма актуально.

Цель. Оценить состояние когнитивных функций у пациентов в возрасте 80 лет и старше, страдающих эссенциальной АГ, в зависимости от количества принимаемых одновременно ЛС.

Материалы и методы. Обследовано 58 пациентов в возрасте ⩾80 лет [median 86 (82–88), 29,3% мужчин], длительность АГ – более 10 лет, среднее артериальное давление – 141,6/78,3 мм рт. ст., сопутствующий сахарный диабет второго типа – у 50 % больных, инфаркт миокарда в анамнезе – у 12,1 %. Для изучения когнитивных функций использовали следующие шкалы и тесты: Краткая шкала оценки психического статуса, Монреальская шкала оценки когнитивных функций, Бостонский тест называния, тест литеральных и категориальных ассоциаций, тест на повторение цифр, тест «символы и цифры», тест запоминания слов, оценочная шкала нарушений при болезни Альцгеймера – когнитивная субшкала. Статистическая обработка данных выполнялась в программном пакете SPSS Statistics 8. Статистическая значимость различий определялась на основании однофакторного дисперсионного анализа. Для ненормально распределенных показателей применялся непараметрический критерий U Манна-Уитни.

Результаты. В зависимости от количества принимаемых ЛС пациенты были разделены на 2 группы: больные, принимающие < 5 ЛС, составили 1-ю группу [n=17, median 84 (82– 88), 35,3 % мужчин], пациенты, принимающие ⩾ 5 ЛС, – 2-ю группу [n=41, median 86 (83–89), 26,8 % мужчин]. У пациентов 2-й группы, по сравнению с больными 1-й группы, выявлено статистически значимое меньшее количество баллов по Краткой шкале оценки психического статуса [median 24 (19–26) и 21 (19–23), соответственно, p=0,042] и меньший средний балл в тесте на повторение цифр [median 8 (7–9) и 7 (6–9), соответственно, p=0,03], они называли меньшее количество слов при непосредственном [median 18 (16–19) и 14 (12–19), соответственно, p=0,016], и отсроченном воспроизведении [median 5 (4–6) и 3 (1–6), соответственно, p=0,038] теста запоминания слов.

Вывод. У пациентов с эссенциальной АГ в возрасте 80 лет и старше полипрагмазия ассоциируется со снижением когнитивных функций (снижение интегрального показателя когнитивных функций, кратковременной и долгосрочной памяти).

Опыт применения препарата Бремахлорин® для фотодинамической диагностики лимфатической микроциркуляции с помощью лечебно-диагностического комплекса «Елан»

Чиж Е. Ю.[1], Агеева А. А.[1], Маер Р. Ю.[1], Решетников А. В.[2]
[1] НИИ Организации здравоохранения и медицинского менеджмента, Москва
[2] ООО «Арев Фарм», Москва

Введение. На сегодняшний день флуоресцентная лимфография индоцианинового зеленого является одной из наиболее применяемых методик для визуализации лимфатических сосудов в динамике. Однако данный метод не нашел достаточно широкого применения ввиду его относительно высокой стоимости.

Цель. Комплексное картирование поверхностной лимфатической системы у мышей с помощью лечебно-диагностического комплекса «Елан» с фотосенсибилизатором Бремахлорин®.

Материалы и методы. Применение «Бремахлорин® раствор для внутривенного введения 0,35 %» на аутбредных мышах линии ICR (CD1) для визуальной диагностики лимфатической системы в лабораторных условиях с использованием приборного комплекса «Елан».

Результаты. В исследовании использовали 15 аутбредных мышей ICR (CD1) обоего пола весом 20–25 г. Ингаляционная анестезия изофлураном от 1,5 до 3,5 % об. Шерсть эпилировали и вводили лимфотропно по средней линии «Бремахлорин® раствор 0,35 %». После инъекции проводили оценку лимфатической микроциркуляции с помощью лечебно-диагностического комплекса «Елан», в оптическом канале которого предусмотрена фильтрация видимой части спектра.

Вывод. Применение лечебно-диагностического комплекса «Елан» с фотосенсибилизатором Бремахлорин® представляется возможным для изучения лимфатической микроциркуляции и выявления лимфедемы на доклинической стадии, а также для дифференциальной диагностики с другими формами отека конечности.

Инфекционный эндокардит и злокачественные новообразования: необходимость мультидисциплинарного подхода

Чипигина Н. С.[1], Карпова Н. Ю.[1], Корниенко В. С.[2], Головко Е. В.[2], Голоухова Л. М.[2]
[1]ГАОУ ВПО РНИМУ им. Н. И. Пирогова МЗ РФ, Москва
[2]*ГБУЗ «Онкологическая клиническая больница № 1 ДЗМ», Москва*

Введение. На фоне наблюдающегося роста заболеваемости инфекционным эндокардитом (ИЭ), особенно среди пожилых людей, все больше внимания привлекает проблема коморбидности у больных ИЭ, в том числе взаимосвязи ИЭ и онкологических заболеваний. В рекомендациях Европейского общества кардиологов ИЭ у онкологических больных выделен как особая форма заболевания.
Цель. Изучить частоту сопутствующих злокачественных новообразований у больных ИЭ.
Материалы и методы. Изучены частота и структура предшествующих и вновь диагностированных онкологических заболеваний у больных ИЭ (n=431), лечившихся в ГБУЗ «Онкологическая клиническая больница № 1 ДЗМ».
Результаты. Злокачественные новообразования имелись у 30 (8,8 %) больных ИЭ, при этом частота онкологических заболеваний была значимо выше среди пожилых пациентов (36 % у больных ≥65 лет в сравнении с 1,1 % у больных <65 лет; $p<0,05$). В структуре онкологических нозологий у больных ИЭ наиболее частыми были лимфопролиферативные заболевания и злокачественные заболевания крови (29 %), колоректальный рак (17 %), рак предстательной железы (17 %) и рак молочной железы (17 %). Кроме того, у больных наблюдались рак тела и шейки матки, рак легких, рак желудка и миеломная болезнь. В двух случаях онкологические заболевания были впервые диагностированы в период лечения ИЭ, двое больных ИЭ получали химиотерапию в связи с онкологическим заболеванием. У больных онкологическими заболеваниями ИЭ диагностировали в достоверно более поздние сроки – в среднем через 90 дней после появления симптомов, тогда как в случаях без онкологических заболеваний «Елан» в среднем через 32 дня ($p<0,05$). У 18 % больных онкологическими заболеваниями клинические проявления ИЭ ошибочно объясняли ими, и диагноз ИЭ был установлен только на секции. Летальность от ИЭ у больных онкологическими заболеваниями была значительно выше, чем у пациентов без них (75 % и 16,6 %, соответственно), кардиохирургическое лечение в связи с высоким риском у больных онкологическими заболеваниями не выполнялось.
Вывод. Сопутствующие онкологические заболевания выявляются более чем у трети больных ИЭ пожилого возраста, что диктует необходимость ведения этих больных кардиологом или терапевтом совместно с онкологом.

Определение оптимальных сроков радикального оперативного вмешательства с формированием межкишечного анастомоза у больных колоректальным раком, осложненным кишечной непроходимостью

Шабунин А. В., Багателия З. А., Гугнин А. В., Равич Л. Д., Коржева И. Ю., Паклина О. В.
ГБУЗ «ГКБ им. С. П. Боткина ДЗМ», Москва

Введение. Колоректальный рак (КРР) – одно из самых распространенных онкологических заболеваний. Нередко он сопровождается кишечной непроходимостью.
Цель. Изучение эффективности этапного подхода в лечении пациентов с КРР, осложненным обтурационной толстокишечной непроходимостью (ООТКН), и определение оптимальных сроков оперативного вмешательства с формированием межкишечного анастомоза.
Материалы и методы. Представлены результаты ретроспективного исследования этапного метода лечения 128 пациентов с КРР, осложненным ООТКН, которые находились в хирургической клинике Боткинской больницы с 2014 по 2018 г. Больным на первом этапе были выполнены декомпрессионные вмешательства: стентирование – 58 (45,3 %), стомирование – 70 (54,7 %).
Результаты. У 81 (из 128) пациентов с локализованным процессом (T3-4N0M0) плановые резекции выполнены через 2 (n=27), 3 (n=27) или 4 (n=27) недели после устранения острой обтурационной кишечной непроходимости (ООТКН). 47 больных КРР с местнораспространенным процессом и/или наличием метастазов (T3-4N0-2M0-1) были оперированы через 4–6 месяцев после устранения ООТКН и проведения неоадъювантной ХТ и/или ЛТ.
По данным МСКТ, у всех пациентов исходно имелось утолщение стенки кишки до 5,7±1,3 мм за счет воспалительных изменений и отека. КТ-признаки отека и воспаления были максимальными через 2 недели после устранения ООТКН (3,7±1,1). Толщина стенки кишки постепенно нормализовалась к 3–4-й неделе после устранения ООТКН (2,3±0,9). По данным патоморфологического исследования, отек, воспаление слизистой и признаки очагового колита выявлены у всех 81 пациента с местно-локализованным процессом (T3-4N0M0). К 4-й неделе после устранения ООТКН у всех больных (81) исчезли признаки воспаления и отека в слизистой оболочке.
Вывод. Оптимальным сроком выполнения резекции толстой кишки с формированием анастомоза для пациентов с местно-локализованным опухолевым процессом является 4-я неделя после устранения ООТКН.

Обеспечение ранней активизации пациентов после выполнения TAPP-пластики в условиях отделения стационара кратковременного пребывания № 1 ГКБ им. С. П. Боткина в 2016–2019 гг.

Шабунин А. В.[1, 2], Бедин В. В.[1, 2], Багателия З. А.[1, 2], Якомаскин В. Н.[1, 2], Гугнин А. В.[2], Макаров О. В.[2], Полянский В. Л.[2], Афанасьева В. А.[1]
[1]*ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ, Москва*
[2]*ГБУЗ «ГКБ им. С. П. Боткина ДЗМ», Москва*

Введение. На сегодняшний день одним из актуальных направлений оптимизации здравоохранения является расширение перечня плановых оперативных вмешательств, выполняемых в условиях стационаров кратковременного пребывания (СКП). Пациенты с грыжами передней брюшной стенки составляют до 20 % от общего числа больных хирургических стационаров, из них 75–80 % приходится на долю больных паховыми грыжами, применение лапароскопических методов лечения у которых признано наиболее оптимальным и представляет собой важное направление для внедрения в практику СКП.
Цель. Разработка оптимального алгоритма периоперационного ведения пациентов, перенесших TAPP-пластику передней брюшной стенки при паховых грыжах в условиях СКП.
Материалы и методы. С 2016 по 2019 г. в СКП № 1 ГКБ им. С. П. Боткина TAPP-пластика была выполнена 317 пациентам, из них 279 (88 %) мужчин, 38 (12 %) женщин. Возраст пациентов в среднем составил 47 лет (от 19 до 74). Критериями отбора для выполнения операции в условиях СКП являлись отсутствие тяжелых сопутствующих заболеваний и удовлетворительный общесоматический статус.
Всем пациентам оперативное лечение проводилось под КЭТН, в предоперационном периоде выполнялся TAP-блок под УЗ-наведением.
Результаты. Ранняя активизация пациентов в послеоперационном периоде под наблюдением сотрудников отделения СКП была возможна в среднем через 40 минут (от 25 до 50 минут) после выведения больного из наркоза и зависела от индивидуальной реакции на анестезиологическое пособие. Дополнительное обезболивание (кеторолак 1 в/м однократно) было применено к 64 (20 %) пациентам, у остальных 253 (80 %) пациентов боли в раннем послеоперационном периоде отсутствовали. Самостоятельное мочеиспускание в среднем отмечено спустя 65 минут после наркоза (от 45 до 110 минут), что в значительной степени демонстрирует положительные результаты применения TAP-блока, при невыполнении которого данный показатель увеличивается в среднем до 120 минут. Выписка под амбулаторное наблюдение специалистов по месту жительства в среднем была осуществима через 3,5 часа после окончания действия анестезиологического пособия (от 2,5 до 4 часов). Поздние послеоперационные осложнения отмечены у 8 (2,5 %) пациентов и включали боли в зоне оперативного вмешательства (7 случаев) и расхождение краев раны после снятия швов (1 случай).
Выводы. 1. Выполнение TAPP-пластики передней брюшной стенки в условиях СКП является оптимальным путем сокращения койко-дня при хирургических заболеваниях данного профиля, не влияющим на частоту возникновения как ранних, так и поздних послеоперационных осложнений. 2. Применение TAP-блока под УЗ-наведением позволяет значительно ускорить активизацию пациентов за счет снижения болевого симптома в раннем послеоперационном периоде, а также уменьшения промежутка времени до первого эпизода самостоятельного мочеиспускания. 3. Дальнейшие перспективы развития герниологии в рамках оперативного лечения в условиях СКП могут включать расширение показаний для направления амбулаторными клинико-диагностическими центрами пациентов на лечение в СКП и вместе с тем продолжение поиска последующей оптимизации алгоритма ведения пациентов и вариантов улучшения качества жизни в периоперационном и позднем послеоперационном периодах.

Анализ результатов экстирпации периферических лимфатических узлов в условиях стационара кратковременного пребывания ГКБ им. С. П. Боткина за 2016–2019 гг.

Шабунин А. В.[1, 2], Бедин В. В.[1, 2], Якомаскин В. Н.[1, 2], Гугнин А. В.[2], Полянский В. Л.[2], Логинов К. А.[2], Афанасьева В. А.[1]
[1]*ГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ, Москва*
[2]*ГБУЗ «ГКБ им. С. П. Боткина ДЗМ», Москва*

Введение. Диагностическая экстирпация лимфатических узлов на сегодняшний день остается золотым стандартом дифференциальной диагностики при лимфаденопатии неясного генеза, несмотря на увеличивающиеся возможности тонкоигольной аспирационной и Core-биопсий, которые на данный момент не позволяют распознать ряд заболеваний с 100 %-й вероятностью. Накопленный мировой опыт показывает, что выполнение данных операций в условиях стационаров кратковременного пребывания (СКП) является возможным, однако требует выполнения ряда условий для профилактики и раннего выявления осложнений, которые не освещены в полном объеме в литературных источниках.
Цель. Провести анализ результатов экстирпаций периферических лимфатических узлов, выполненных в СКП № 1 ГКБ им. С. П. Боткина в 2016–2019 гг., определить возможные осложнения и разработать своевременную оптимальную тактику лечения в случае их возникновения.
Материалы и методы. С 2016 по 2019 г. в СКП № 1 ГКБ им. С. П. Боткина выполнено 667 экстирпаций периферических лимфатических узлов с диагностической целью при периферической лимфаденопатии неясного генеза. Из них в 228 (34,1 %) случаях выполнена экстирпация шейных лимфоузлов, в 206 (30,9 %) случаях – подмышечных лимфоузлов, в 108 (16,2 %) случаях – надключичных и в 125 (18,8 %) случаях – паховых. Все операции выполнялись под местной анестезией раствором новокаина 5 % 20–100 мл. Обязательным условием являлись использование моно- и биполярной коагуляции при выделении лимфоузла и тщательный контроль гемостаза перед завершающим этапом операции. Среднее время послеоперационного наблюдения составило 2 часа (минимальный срок наблюдения 60 минут, максимальный – 200 минут). В дальнейшие рекомендации для всех пациентов входил контрольный осмотр и выполнение УЗИ мягких тканей области операции (по показаниям) на 10-е сутки после оперативного вмешательства с целью выявления поздних послеоперационных осложнений. Данная лечебно-диагностическая тактика была выполнена у 20 (3 %) прооперированных больных.
Результаты. У 15 (2,2 %) пациентов послеоперационный период осложнился лимфореей. Послеоперационный период сопровождался жалобами на отечность мягких тканей и умеренные боли в области операции, которые возникли на 6–9-е сутки. Всем пациентам с данными жалобами выполнялась пункция жидкостного скопления под УЗ-наведением во время осмотра. В последующем пункционные вмешательства выполнялись каждые 3 дня после выявления осложнения до полного купирования лимфореи (отмечено на 6–8-й неделях лечения). Стоит отметить, что положительная динамика наблюдалась после выполнения 2–3 пункций. Повторное оперативное лечение не требовалось ни в одном наблюдении.
Выводы. 1. Выполнение экстирпации периферических лимфоузлов в условиях СКП является на сегодняшний день оптимальной тактикой диагностики у пациентов с периферической лимфаденопатией неясного генеза, однако требует внимания к ряду факторов, влияющих на профилактику, выявление и лечение послеоперационных осложнений. 2. Использование моно- и биполярных методов коагуляции, а также тщательный контроль гемостаза перед завершающим этапом операции являются важными методами профилактики лимфореи, значительно сокращающими количество данных осложнений, а контрольный осмотр на 10-е сутки позволяет осуществить их своевременную диагностику.

Оценка результатов «ненатяжной» герниопластики у больных паховыми грыжами

Шабунин А. В.[1, 2], Греков Д. Н.[1, 2], Якомаскин В. Н.[1], Эминов М. З.[1, 2], Шакиров Х. А.[1]
[1]*ГБУЗ «ГКБ им. С. П. Боткина ДЗМ», Москва*
[2]*ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ, Москва*

Введение. Частота рецидивов паховых грыж после грыжесечения при использовании местных тканей остается на высоком уровне и достигает при первичных паховых грыжах 10 %, а при рецидивных – 13–42 %. Остается нерешенной задача внедрения и стандартизации методов ненатяжной герниопластики, и не разработаны принципы выбора этих методов, что определяет актуальность настоящего исследования.
Цель. Оценить результаты лечения операции Лихтенштейна и TAPP-пластики в условиях многопрофильного стационара.
Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 704 больных паховыми грыжами, оперированными в ГКБ им. С. П. Боткина в 2015–2018 гг. Из них мужчин было 611 (86,7 %), женщин – 93 (13,3 %). Средний возраст составил 53,2±18,7 лет. У 392 (65,1 %) больных (1-я группа) выполнялась пластика пахового канала по методике Liechtenstein, а у 311 (34,9 %) больных (2-я группа) выполнялась лапароскопическая герниопластика (TAPP). Для унификации полученных данных диагноз при сравнительном анализе формулировался в соответствии с классификацией NYHUS L.M. (1993). Сравнительные группы статистически значимо не отличались по полу, возрасту и типу сложности грыжи. Сравнительная оценка ближайших результатов в сравниваемых группах производилась на основании: длительности оперативного вмешательства, частоты осложнений; послеоперационной летальности; послеоперационного койко-дня; продолжительности стационарного лечения. Оценка отдаленных результатов лечения проводилась методом анкетирования. Исследование качества жизни оценивалось опросником MOS-SF 36.
Результаты. Периоперационная тактика при операциях по поводу паховой грыжи определялась рекомендациями международных обществ IEHS и EAES. При анализе ближайших результатов в двух сравниваемых группах статистически достоверно значимой разницы в показателях не выявлено ($p>0,05$). Продолжительность операции в сравниваемых группах составила 78,2±7,6 и 92,4±11,8 мин., послеоперационные осложнения – 3,7 и 3,1 %, длительность применения анальгетиков после операции – 3,2±0,6 и 1,4±0,2 сут., послеоперационный койко-день 3,2±1,4 и 2,1±0,6 сут. соответственно. Основными видами послеоперационных осложнений явились: серома раны – 1,9 и 2,8 %; гематома раны – 0,8 % и 0,4 %; нагноение раны – 0,8 % и 0,2 %; водянка оболочек яичка, орхоэпидидимит – 0,6 % и 0 соответственно. При анализе структуры послеоперационных осложнений наиболее часто осложнения развиваются после операций по поводу сложных (III–IV тип) паховых грыж, что связано с обширным выделением семенного канатика при мобилизации грыжевого мешка. Проводилось тестирование с использованием опросника MOS SF-36. Стабилизация показателей физического и психологического компонентов в группе больных после TAPP наблюдалась уже через 4–8 недель после операции, а после операции Liechtenstein – только после 4–6 мес. В течение второго года наблюдения существенных изменений в обеих группах не происходило. В отдаленном периоде рецидивы отмечены у 5 (0,9 %). Из них после пластики по Liechtenstein у 2 (0,5 %), а после лапароскопической герниопластики – у 3 (0,9 %) больных. После пластики по Liechtenstein рецидив грыжи в одном случае отмечен через 9 мес., а в другом случае – через 14 мес. после первой операции. После TAPP рецидивы наблюдались через 3, 11 и 18 мес.
Выводы. 1. Оба способа «ненатяжной» герниопластики одинаково эффективны при лечении больных паховыми грыжами и характеризуются

минимальным количеством послеоперационных осложнений и рецидивов. 2. Восстановление физического и психологического компонентов здоровья в послеоперационном периоде происходит раньше после ТАРР по сравнению с герниопластикой по Liechtenstein.

Эволюция хирургических технологий при лечении больных эхинококкозом печени в хирургической клинике Боткинской больницы

Шабунин А. В.[1, 2], Тавобилов М. М.[1, 2], Карпов А. А.[1], Лебедев С. С.[1, 2], Озерова Д. С.[2]
[1]*ГБУЗ «ГКБ им. С. П. Боткина ДЗМ», Москва*
[2]*ФГБОУ ДПО РМАНПО, Москва*

Введение. Эхинококкоз является одним из самых распространенных паразитарных заболеваний в Российской Федерации. Несмотря на значительные достижения в лечении эхинококкоза печени, вопрос персонифицированного подхода к лечению остается открытым.
Цель. Улучшение результатов лечения больных эхинококкозом печени путем персонификации подхода к выбору оптимального способа оперативного вмешательства.
Материалы и методы. Представлен анализ результатов лечения 157 больных эхинококкозом печени, проходивших лечение в хирургической клинике Боткинской больницы в период с 2009 по 2018 г.
Исследуемая группа состояла из 94 (58,6 %) женщин и 63 (41,4 %) мужчин в возрасте от 20 до 78 лет (45 ± 3,4 года).
Результаты. Консервативное лечение проведено 9 (5,7 %) больным, чрескожное пункционно-дренирующее вмешательство выполнено 13 (8,2 %) пациентам, открытая эхинококкэктомия осуществлена в 7 (4,5 %) случаях. 74 (47,1 %) пациента перенесли перицистэктомию. Анатомическая резекция печени выполнена 45 (28,7 %) больным. Лапароскопическая атипичная резекция печени выполнена 4 (2,5 %) пациентам. Робот-ассистированная резекция печени осуществлена в 5 (3,1 %) случаях.
Стратификация общих послеоперационных осложнений произведена в соответствии с критериями Clavien-Dindo. Согласно им, послеоперационный период у пациентов, перенесших открытую эхинококкэктомию, осложнился в 6 (85,7 %) случаях. В 13 (17,5 %) случаях после перицистэктомии также отмечено осложненное течение послеоперационного периода. После анатомической резекции печени общие осложнения выявлены в 12 (26,6 %) случаях. Специфические пострезекционные осложнения оценены с помощью критериев ISGLS. Согласно им, после перенесенной открытой эхинококкэктомии специфические осложнения выявлены у 6 (85,7 %) больных, после перицистэктомии – у 10 (13,5 %) пациентов, после анатомической резекции печени – у 16 (35,5 %) пациентов.
Вывод. Персонифицированный подход к лечению больных эхинококкозом печени способствует снижению числа обширных резекционных вмешательств в пользу органосберегающих, тем самым улучшая результаты лечения данной категории пациентов.

Дифференцированный подход к лечению проникающих колото-резаных ранений передней брюшной стенки

Шабунин А. В.[1, 2], Ярцев П. А.[3], Рогаль М. М.[3], Гуляев А. А.[2], Греков Д. Н.[1]
[1]*ГБУЗ «ГКБ им. С. П. Боткина ДЗМ», Москва*
[2]*ФГБОУ ДПО РМАНПО, Москва*
[3]*ГБУЗ «НИИ СП им. Н. В. Склифосовского ДЗМ», Москва*

Введение. Ранения живота – одна из актуальных проблем современной медицины, характеризующаяся высокой степенью инвалидизации (5–8 %) и высокой летальностью (13–29 %) пострадавших. С учетом преобладания среди пострадавших людей молодого трудоспособного возраста (36±10,5), скорейшая реабилитация является чрезвычайно важным аспектом. При анализе результатов лечения пациентов с проникающими колото-резаными ранениями живота выяснено, что примерно в 45 % случаев каких-либо повреждений внутренних органов, требующих лечебного пособия, не выявляется. Вместе с тем в настоящее время тактика ведения пациентов с колото-резаными ранениями живота предполагает выполнение в большинстве случаев травматичного оперативного лечения – лапаротомии.
Цель. Разработать и внедрить в практику новый лечебно-диагностический алгоритм ведения пострадавших с проникающими колото-резаными ранениями передней брюшной стенки.
Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 195 историй болезней пациентов с проникающими колото-резаными ранениями передней брюшной стенки за 2018–2019 годы. Средний возраст пациентов 27,9±5,5 года (24–33 лет), мужчин – 136 (70 %), женщин – 59 (30 %). На этапе приемного отделения больные осматривались дежурным хирургом, проводилась оценка общего состояния пострадавшего, локализации ранений, сопутствующих повреждений, показателей гемодинамики, перитонеальных симптомов. Выполнялось УЗИ органов брюшной полости с целью определения количества свободной жидкости, наличия ранений паренхиматозных органов, оценки перистальтики тонкой кишки. С целью определения свободного газа в брюшной полости выполнялась обзорная рентгенография брюшной полости.
Показания к лапаротомии: наличие перитонеальных симптомов, эвентрация внутренних органов, нестабильность показателей гемодинамики (систолическое АД < 90 мм рт. ст. при ЧСС > 120 ударов в минуту), наличие свободного газа при обзорной рентгенографии органов брюшной полости, нарастание свободной жидкости по данным УЗИ брюшной полости со скоростью более 500 мл/ч. Показаниями к выполнению экстренной лапароскопии являлись: сопутствующая черепно-мозговая или спинальная травма, не позволяющая проводить адекватную оценку состояния пациента, локализация раны в левом подреберье, нарастание свободной жидкости по данным УЗИ брюшной полости со скоростью более 200 мл/ч, но менее 500 мл/ч. В связи с операторозависимостью метода применение лимитировано.
При отсутствии показаний к экстренной лапароскопии или экстренной лапаротомии мы начали применять активно-выжидательную тактику: после первичной хирургической обработки раны, в течение первых двух часов от момента поступления, каждые 15–20 минут проводились пальпация живота для определения перитонеальных симптомов и контроль гемодинамических показателей; далее каждый час в течение следующих 6 часов, и после этого каждые 3 часа в течение первых суток. Динамический УЗ-мониторинг органов брюшной полости выполнялся при поступлении, через час, 3, 8 и 24 часа. Наркотические анальгетики пострадавшим не назначались.
Результаты. Результаты анализа показали, что только у 78 (40 %) больных оперативные вмешательства носили лечебный характер. Лапароскопическая ревизия органов брюшной полости выполнена 80 (41 %) пациентам, а 25 (12,8 %) – выставлены показания к лапаротомии. У 38 (47,5 %) пострадавших в ходе лапароскопической ревизии и у 14 (56 %) при лапаротомии – повреждений органов брюшной полости выявлено не было. Проведен анализ лечения 17 пациентов, которым применялась активно-выжидательная тактика; у 7 из них отмечалось наличие свободной жидкости в брюшной полости, которая исчезала в течение 3 суток (по данным динамического УЗ-мониторинга). У 4 из 17 пациентов свободной жидкости в брюшной полости не отмечалось; проведение активно-выжидательной тактики в подобных случаях возможно в диагностических палатах приемного отделения. У 15 из 17 пациентов раны зажили первичным натяжением. Нагноение раны отмечалось у 2 пациентов, поступивших более чем через 48 часов от момента ранения. Таким образом, в группе активно-выжидательной тактики летальных исходов не было, осложнения отмечены у 2 (11,8 %) больных, в группе лапароскопических вмешательств летальный исход – у 5 (6,25 %), осложнения – у 16 (20 %), в группе лапаротомии – 3 (12 %) и 8 (32 %) соответственно.
Вывод. В нашем исследовании при проведении активно-выжидательной тактики показаний к прекращению наблюдения для выполнения лапароскопии/лапаротомии не возникало. Использование нового лечебно-диагностического алгоритма у пострадавших с ранениями живота позволило избежать «напрасных» лапаротомий, уменьшить продолжительность лечения в стационаре, ускорить раннюю реабилитацию пациентов.

Современный взгляд на диагностику и лечение больных тяжелой черепно-мозговой травмой

Шагинян Г. Г.[1, 2], Любимов С. Н.[2], Мадзаев А. И.[2], Митичкин А. Е.[2], Муранова И. Л.[2], Горлова Н. В.[2], Покидкин А. В.[2]
[1]*ФГБОУ ДПО РМАНПО, Москва*
[2]*ГБУЗ «ГКБ им. Ф. И. Иноземцева ДЗМ», Москва*

В течение последних 25 лет в нейрохирургии травм мозга подход к разработке руководящих принципов развивался по мере развития науки и применения доказательной медицины. Современная нейротравматология требует привлечения и выбора наиболее совершенных и эффективных методов профилактики, диагностики и лечения. Эта задача сегодня решается при использовании принципов доказательной медицины.
В 2007 году было опубликовано третье издание «Руководства». В четвертом издании «Рекомендаций по ведению пациентов с тяжелой черепно-мозговой травмой» в качестве доказательства для поддержки 28 рекомендаций по 18 темам было включено 189 публикаций (август, 2016 год). Публикация сообщает о 5 исследованиях класса 1, 46 исследованиях класса 2, 136 исследованиях класса 3 и 2 метаанализах. 14 из 28 рекомендаций являются новыми или изменены с предыдущего издания, а 14 не изменились.
Доказательная медицина позволила сформулировать ряд рекомендаций и стандартов по вопросам организации нейротравматологической помощи, определить показания для применения инвазивных и неинвазивных методов диагностики и мониторинга, сформулировать ограничения применения агрессивных методов лечения, отказаться от необоснованного использования ряда лекарственных препаратов, определить критические уровни показателей жизненно важных функций организма, имеющих высокую прогностическую ценность.
На сегодняшний день принципы доказательной медицины привели к уменьшению неблагоприятных исходов и к рациональности применения новых подходов в ведении пострадавших с тяжелой ЧМТ.

Тяжелая сочетанная краниофациальная травма: герметизация твердой мозговой оболочки при базальной ликворее

Шагинян Г. Г.[1, 2], Любимов С. Н.[2], Митичкин А. Е.[2], Христофорова О. А.[2], Покидкин А. В.[2], Муранова И. Л.[2]
[1]*Кафедра нейрохирургии ФГБОУ ДПО РМАНПО, Москва*
[2]*ГБУЗ «ГКБ им. Ф. И. Иноземцева ДЗМ», Москва*

Введение. Краниофациальные травмы относятся к числу наиболее тяжелых.
Цель. Оценить ближайшие и отдаленные результаты оперативного лечения пациентов с краниофациальными повреждениями при использовании различных комбинаций пластических материалов.
Материалы и методы. В основу работы положен анализ данных 74 пациентов с тяжелой черепно-лицевой травмой, осложненной риноликвореей в возрасте от 20 до 63 лет. Все пациенты при поступлении в клинику по уровню сознания были разделены на группы по шкале FOUR (Full Outline of UnResponsiveness). Больные проходили обследование по стандартизированному протоколу.
Результаты. При краниофациальной травме, осложненной ликвореей, переломы основания черепа чаще всего встречались на уровне решетчатой пластины и крыши решетчатых ячеек (51,5 %), в 27 % случаев на уровне задних стенок лобных пазух, 19,5 % случаев – верхняя стенка орбиты, а на уровне клиновидной площадки – 2 %. В нашем исследовании в остром периоде были прооперированы 35 (26,9 %) пациентов. В отсроченном периоде 39 (30 %) пациентам была выполнена транскраниальная экстрадуральная пластика ТМО и основания черепа. Рецидив базальной ликвореи наблюдался у 6 (8,1 %) пациентов. Для герметизации ТМО использовали различные материалы (надкостничный лоскут, жировая ткань, Тисюпатч, ЭластоПОБ, Тахокомб, Биоглю, Дураформ и т. д.).
Вывод. Отечественная биодеградируемая мембрана из полиоксибутирата зарекомендовала себя как надежный материал для пластики дефектов ТМО. Она обладает высокой эластичностью и прочностью, достаточно гидрофильная и не требует дополнительной фиксации фибрин-тромбиновым клеем.

Подходы к формированию развивающей среды в семье ребенка-дошкольника с расстройствами аутистического спектра

Шапошникова А. Ф., Попова Е. С., Квартальнова А. В., Олешкевич О. Н.
ГБУЗ «НПЦПЗДП им. Г. Е. Сухаревой ДЗМ», Москва

В современном обществе вопросы, связанные с социальной адаптацией, лечебно-коррекционной помощью детям с расстройствами аутистического спектра, сохраняют актуальность. Современные эпидемиологические данные оценивают распространенность аутизма в 1–2 в 1000 детского населения и расстройств аутистического спектра – около 6 на 1000. По данным Организации объединенных наций, за последние 30–40 лет отмечается увеличение заболеваемости.
В настоящее время существует достаточно большой набор методик коррекционно-развивающей работы с детьми, страдающими расстройствами аутистического спектра. В структуру оказания помощи вовлечены как учреждения здравоохранения, так и органы образования. Однако невозможно недооценивать значение среды, в которой ребенок находится большую часть времени, – семьи. Семья может играть как деструктивную, так и созидательную роль в жизни любого ребенка, а особенное значение этот фактор приобретает для детей с ограниченными возможностями здоровья, в частности с расстройствами аутистического спектра. При исследовании катамнестических факторов, оказывающих влияние на прогноз развития детей с расстройствами спектра аутизма (Шапошникова А. Ф. 2014), было выявлено, что высокую значимость имеет готовность к сотрудничеству родителей со специалистами. Также положительное влияние оказывает активность родителей в отношении социализации детей, которая выражается в посещении общественных мероприятий с ребенком, участие в экскурсиях, помощи педагогу при адаптации ребенка к условиям группового обучения. В Центре им. Г. Е. Сухаревой формирование здорового семейного климата является одним из приоритетных направлений, что положительно влияет на эффективность лечебно-реабилитационной работы в целом. Проводится психосоциальная работа в родительском клубе, семьи активно вовлекаются в общественные мероприятия по проекту «Антистигма». На базе отделения острых состояний детей дошкольного возраста практикуется методологическое направление, нацеленное на формирование развивающей среды в семье ребенка. Работа проводится поэтапно и включает в себя не только семейное консультирование (семейными психологами), но и целенаправленное вовлечение специалистами (психологами-корректорами, логопедами) родителей в коррекционный процесс.

Достижение и передовые технологии в детской онкохирургии

Шароев Т. А., Притыко А. Г., Иванова Н. М.
ГБУЗ «НПЦ специализированной медицинской помощи детям им. В. Ф. Войно-Ясенецкого ДЗМ», Москва

Большие по объему оперативные вмешательства при удалении опухолей нередко сопровождаются массивными кровопотерями, требующими большой заместительной терапии. При этом увеличивается длительность операции, ухудшается течение послеоперационного периода. В ряде случаев большие кровопотери могут оказаться смертельно опасными для пациента. Еще более ситуация усугубляется, когда речь идет о новорожденных и детях возраста первого года жизни. Для более эффективной работы хирургов на рынке медицинских приборов появляются современные аппараты, позволяющие снизить частоту интра- и послеоперационных осложнений. В современной хирургии активно развиваются новые направления: водоструйная и плазменная хирургия, термоаблация.
Технологии, в которых используются энергии воды (водоструйная диссекция), плазмы (плазменная хирургия) и температуры (высокочастотная термоаблация), применяются в детской онкохирургии НПЦ с 2010 г., у 112 детей от новорожденных до 18 лет.
Метод водоструйной диссекции используется главным образом при операциях на почках и печени. Струя воды, рассекая паренхиму органа, отсасывает разрушенные клетки в зоне воздействия, обнажает все трубчатые структуры (нервы, сосуды), не повреждая последние.
Плазменный скальпель позволяет практически бескровно произвести любые разрезы кожи, жировой клетчатки, мышц, паренхимы. Сконцентрированная в одной рукоятке энергия плазмы способна выполнять резку и коагуляцию любой ткани, а при необходимости произвести выпаривание опухолей небольших размеров. Использование плазменного ножа не требует применения нейтрального электрода.
Высокочастотная термоаблация воздействует на клетку опухоли термически, вызывая ее гибель нагреванием иглы, введенной в толщу опухоли или в ее основание. Метод высокоэффективен при множественном поражении

печени и почек, позволяет минимизировать объем операции и интраоперационные осложнения. В случаях невозможности выполнения радикальной операции термоаблация может использоваться с паллиативной целью.
Вывод. Использование энергий водной струи, плазмы и температуры в детской онкохирургии улучшает качество операций, снижает интра- и послеоперационные осложнения и рекомендуется в практике детского хирурга-онколога.

Оценка наиболее значимых показателей состояния организма юниоров-легкоатлетов

Шашлов С. В.[1], Гозулов А. С.[1], Грузинцева Ю. П.[1], Глазков С. А.[1], Датий А. В.[2], Яковлев М. Ю.[2]
[1]*ГАУЗ «МНПЦ медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗМ», Москва*
[2]*ФГБУ НМИЦ РК МЗ РФ, Москва*

Введение. Исследование резервов человеческих возможностей – чрезвычайно интересная задача, стоящая перед специалистами спортивной медицины.
Цель. Определение наиболее значимых показателей состояния организма юниоров-легкоатлетов, обеспечивающих получение наивысших показателей физической работоспособности в челночном беге.
Материалы и методы. Проведены исследования 55 подростков спортивной школы (7-й класс). Состояние их физической подготовленности оценивали с помощью врачебно-контрольной карты диспансерного наблюдения, форма №062/у, утверждена МЗ СССР 04.10.80 г. № 1030. Определяли 17 параметров: рост в см (1), вес в кг (2), показатели дыхательной функции – вдох, мл (3), выдох, мл (4), САД до нагрузки пробы Мартинэ-Кушелевского (5), ДАД до нагрузки (6), САД на пике (7), ДАД на пике (8), САД после нагрузки (9), ДАД после нагрузки (10), динамометрия сгибательной силы правой кисти руки – силовой индекс, кг (11) и ЧСС уд/мин (16). В крови определяли количество лейкоцитов (12), уровень гемоглобина (13), СОЭ (14) и глюкозы (15). Зависимые переменные – время прохождения дистанций в челночном беге (17). Рассчитывали средние и стандартные ошибки средних для временных и скоростных показателей (нормальное распределение по критерию Колмогорова-Смирнова и Лилиефорса при $p>0,2$, Exell). Достоверными отличия между группами принимали при уровне вероятности нулевой гипотезы $p<0,05$. Полученные данные подвергали изучению парной корреляции и множественному регрессионному анализу с помощью программы Statistika-10 (StatSoft.Inc, США). Определяли коэффициенты линейной корреляции Пирсона между результатами спортсменов и их морфофункциональными особенностями, уравнения множественной регрессии связи результатов спортсменов и наиболее значимыми показателями состояния здоровья и конституции обследуемых – антропометрическими, функциональными и биохимическими.
Результаты. Согласно полученным данным, теснота связи со временем прохождения дистанций по шкале Чеддока для показателей 5, 7–9 (САД до нагр., САД на пике, ДАД на пике, САД после) оценивается как умеренная, для всех остальных – слабая или ниже чем слабая.
Вывод. Выявленные корреляционные связи могут быть использованы для подготовки спортсменов-легкоатлетов и разработки для них адресных оздоровительных программ.

Психотерапия раннего возраста

Шевченко Ю. С.
ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ, Москва

Среди концептуальных позиций современных исследований в области психолого-психотерапевтической помощи детям от новорожденных до 3 лет можно выделить следующие. Основной моделью изучения и воздействия для психотерапевтов остается диада «мать – дитя», хотя последнее время все больше внимания уделяется роли отца, возрастающей по мере взросления ребенка, а также взаимоотношениям активно социализирующегося малыша с прародителями, сибсами и другими значимыми лицами. Основной сферой исследования «систем индивидуального и семейного развития» является первичное формирование отношений и привязанностей ребенка как важной специфической задачи, имеющей значение для последующего эмоционального общения. Основным способом получения фактологического материала о разных аспектах «нахождения вместе» для большинства исследователей служит аудиовизуальный анализ поведения и терапии, позволяющий фиксировать невербальные проявления потребностей ребенка, эмоциональной отзывчивости и сопротивления проблемным ситуациям, которые пробуждают и регулируют поддерживающее поведение опекуна, включают его интуитивное руководство развитием у ребенка функций общения и интеграции. В качестве основного оценочного критерия в работе с детьми раннего возраста используются формализованные шкалы и опросники, данные регулярных /ежемесячных/ бесед с родителями, а также сравнительные наблюдения за контрольной /общеконсультативной/ группой и группой «улучшения чувственной отзывчивости».
Основной целью программ изучения развития младенца с первых дней жизни, а также в дородовом периоде является выделение групп риска и ранняя диагностика нервно-психических отклонений, что служит условием своевременного оказания помощи ребенку, его матери и семье. Организационным принципом профилактических и психотерапевтических проектов является их комплексный характер и смешанный состав бригад, осуществляющих индивидуальную, семейную и групповую терапию, дающих советы по уходу и воспитанию, оказывающих социальную помощь, а также активное перенесение места наблюдения и вмешательства на домашнюю территорию. В качестве мишеней специальной психотерапии детей раннего возраста могут фигурировать те или иные конкретные симптомы нервно-психических расстройств сомато-вегетативно-инстинктивного уровня, являющиеся преимущественными для данного контингента.
В других случаях терапевтическая тактика разрабатывается в отношении специфических нарушений развития. Так, в работе с аутистами психотерапевт действует в основном через родителей, корректируя их в той или иной степени лечебными и учебными мерами, либо всецело организовывает профессиональную помощь и индивидуальную терапию, еженедельно посещая детей на дому. Группу повышенного риска представляют недоношенные дети в течение первых 18 месяцев жизни. Близкие по содержанию терапевтические задачи несут с собой приемные дети и другие случаи, связанные с нарушением привязанности и затруднениями в общении и эмоциональности. Их вторичный характер может быть обусловлен вынужденной сепарацией или отказом от материнства. Необходимы специальные психотерапевтические программы для домов ребенка. В разработке специальных психотерапевтических подходов нуждаются семьи с безнадежно больными детьми, умирающими от рака, СПИДа, радиационной болезни, семьи детей-инвалидов. Наконец, особую проблему представляют дети матерей с постнатальной депрессией, которой страдают 10–15 % первородящих женщин, и послеродовым психозом.
Разрабатываемая нами концепция онтогенетически ориентированной (реконструктивно-кондуктивной) психотерапии (Шевченко Ю. С., 1994–1999) представляется достаточно перспективной в отношении детей раннего возраста, поскольку предполагает интеграцию собственно лечебных и исправляюще-развивающих (сопровождающих) воздействий на активно формирующуюся психику ребенка и его непосредственное окружение в соответствии с эволютивными закономерностями природно-, индивидуально- и социально-психических структур организма и личности. Нормализация и оптимизация функционирования, созревания и взаимодействия потребностно-мотивационной, когнитивно-мнестической, социально-коммуникативной и деятельностно-волевой сфер ребенка обеспечивается, согласно данной концепции, триединством пространственно-временных координат лечебно-воспитательных и социально-психологических воздействий.

Психопатологические расстройства экзаменационного стресса у подростков

Шмилович А. А.
ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова МЗ РФ, Москва

Психогенные расстройства подросткового возраста отличаются высокой распространенностью и остротой. Известно, что от 20 до 35 % подростков обнаруживают в период экзаменов тот или иной уровень невротических, аффективных и соматоформных расстройств. Очевидно, что эти нарушения существенным образом влияют на когнитивные функции, что в значительной мере снижает экзаменационные баллы. В группе невротизированных экзаменом подростков преобладают личности с ведущим психастеническим и сенситивно-шизоидным радикалами. Травматическими агентами для таких сомневающихся и рефлексирующих интровертов являются лимит времени, данного на написание теста, и однозначность (безотносительность) правильных ответов, предусмотренная авторами тестов, создающих их со стремлением к стандартизации, не допускающей исключения из правил. В результате подростки с преобладающим тормозимым радикалом, у которых, как известно, дизонтогенез формирует ускоренное интеллектуальное развитие при задержках аффективной сферы и коммуникативных функций (потенциальные ученые), не проходят через «сито» ЕГЭ, обнаруживая впоследствии серьезную и порой протрагированную невротическую и тревожно-депрессивную симптоматику. В итоге не поступившие в вуз не могут в течение последующего года эффективно подготовиться к пересдаче ЕГЭ, а поступившие обнаруживают на первых двух курсах серьезные трудности в учебном процессе, часто не справляясь с первыми сессиями.
Одним из подтверждений такого положения дел с психическим здоровьем подростков являются результаты социологического исследования среди студентов первых курсов московских вузов, проведенного с применением батареи тестов, валидизированных для ориентировочного экспресс-анализа наличия невротических и аффективных психопатологических расстройств. В большой когорте студентов (всего обследовано более 1000 человек) получены следующие результаты: депрессия (по шкале Голдберга) – 27 %, тяжелая безнадежность (по шкале Бека) – 19 %, критический уровень суицидального риска (по Колумбийской шкале) – 13 %, невроз (по шкале Хека и Хесса) – 32 %, очень высокий уровень тревоги (по шкале Бека) – 61 %.
Стратегические для страны показатели психического здоровья подростков можно улучшить только двумя путями: 1) повышением финансово-организационной активности государства в отношении психогигиенических и психопрофилактических программ для подростков; 2) глобальной реорганизацией системы ЕГЭ с обязательным привлечением к методической работе специалистов в области подростковой психологии и психиатрии.

Использование импульсной магнитотерапии в предоперационной подготовке больных пролапсом тазовых органов

Шнайдерман М. С., Кайтукова Е. Р., Вартанян С. Л., Кузнецова Л. П., Симонова Т. В., Смирнова С. О.
[1]*ГБУЗ «ГВВ № 2 ДЗМ», Москва*
[2]*ФГБОУ ВО МГМСУ им А. И. Евдокимова МЗ РФ, Москва*

Введение. Неоспорима социальная значимость такого заболевания, как пролапс гениталий у пожилых больных. Магнитная стимуляция активирует крупные сакральные моторные нервные волокна, которые иннервируют поперечно-полосатую мускулатуру наружного сфинктера прямой кишки и мышц тазового дна. При воздействии импульсного магнитного поля происходит повышение тонуса и сократительной способности этих мышц. Таким образом, комплекс лечебных мероприятий является оптимальным методом консервативного лечения с эффективными функциональными результатами, что приводит к существенному повышению качества жизни и улучшает критерии отбора пациенток для оперативного лечения.
Цель. Улучшить результаты лечения больных пролапсом тазовых органов путем применения импульсной магнитотерапии на стадии предоперационной подготовки.
Материалы и методы. Для достижения поставленной цели были сформулированы задачи: 1. Реализовать индивидуальный подход и дифференцировать выбор оптимального способа лечения пациентов с пролапсом гениталий на этапе дооперационного обследования. 2. Оценить данные обследования запирательного аппарата прямой кишки и на основании полученных результатов выделить наиболее значимые методы диагностики.
В исследовании участвовали пациентки с пролапсом тазовых органов, имеющие нарушения не только со стороны мочеиспускания, но и дефекации. Для подтверждения диагноза проводилось физиологическое обследование, включающее комплексное уродинамическое обследование (КУДИ) и профилометрию, трансвагинальное и ректальное УЗИ. Пациентки были разделены случайным образом на две группы (А и В). Группа А занималась только физическими упражнениями для укрепления мышц тазового дна. Группа В проходила курс магнитной стимуляции с помощью аппарата «Алимп-1» в дополнение к физическим упражнениям, направленным на укрепление мышц тазового дна.
Областью магнитной стимуляции была выбрана промежность, анальное отверстие находилось по центру магнитного индуктора. Каждая процедура длилась 20 минут через день. Общая продолжительность терапии – 4 недели.
Результаты. Всем пациенткам для объективной оценки состояния мышц тазового дна проводили исследование вагинального давления. После прохождения полного курса терапии практически у всех испытуемых в группе В наблюдалось максимальное улучшение средних значений всех измеряемых показателей.
Выводы. 1. Для подготовки к оперативному лечению пролапса гениталий необходимо комплексное обследование специалистами различных профилей: уролог, колопроктолог, гинеколог. 2. Включение физиотерапевтического лечения является неотъемлемой частью комплексной терапии для улучшения качества жизни и снижения операционных агрессий.

Роль виртопсии в перинатологии

Щеголев А. И., Туманова У. Н.
ФГБУ НМИЦ акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В. И. Кулакова МЗ РФ, Москва

Введение. «Виртопсия», или «виртуальная аутопсия», – это неинвазивное посмертное исследование тел при использовании лучевых методов.
Цель. Изучить возможность применения посмертных КТ и МРТ исследований при патологоанатомическом исследовании погибших плодов и новорожденных.
Материалы и методы. В основу работы положен анализ результатов комплексного посмертного лучевого исследования и данных патолого-анатомического вскрытия плодов, погибших на сроках гестации 15–21 недели (n=110), мертворожденных (n=94) и умерших новорожденных (n=157) с 2012 по 2018 г. Через 6–35 ч после констатации смерти до аутопсии проводили комплексное лучевое (КТ и МРТ) исследование тел. Посмертная КТ была выполнена на компьютерном томографе Toshiba Aquilion 320. В 36 случаях при КТ проведено внутрисосудистое контрастирование. МРТ выполнена на аппарате 3T Siemens Magnetom Verio в стандартных T1 и T2 импульсных последовательностях. Анализ данных и трехмерная обработка изображений выполнены с использованием специализированного программного обеспечения Myrian Expert, Intrasense, Франция. Верификацию основного заболевания, его осложнений и непосредственной причины смерти осуществляли во время патолого-анатомического вскрытия и последующего микроскопического изучения гистологических препаратов.
Результаты. Установлено, что КТ является высокоинформативным методом для детальной оценки костного скелета плодов и новорожденных, позволяющим провести оценку как скелета в целом, так и отдельной области интереса. Достоинством посмертной КТ является также возможность определения точной локализации и топографии зондов и катетеров в трупе. В отличие от аутопсии, проведение посмертной КТ позволяет визуализировать локализацию и определить объем свободного газа в полостях, тканях и просвете сосудов. Использование контрастирования сосудов при КТ позволяет моделировать как трехмерные их изображения, так и изучать их артериальную и венозную составляющие.
К основным достоинствам посмертной МРТ в перинатологии следует отнести визуализацию внутренних органов и мягких тканей с возможностью оценки их топографии, размеров и выявления патологических изменений, а также возможность автоматического измерения как линейных характеристик, так и объема областей интереса. Выполнение посмертной МРТ тел умерших новорожденных позволяет провести объективную количественную оценку объемов легких и верифицировать наличие гипоплазии, а также проводить количественную оценку скоплений свободной жидкости и степени анасарки. Полученные посмертные МР-томограммы позволяют выполнять не только визуальный анализ состояния отдельных органов и систем, но и количественную оценку интенсивности сигнала, что существенным образом повышает диагностику посмертных изменений и патологических процессов. На основании объективной оценки изменения интенсивности сигнала нам удалось определить дифференциально-диагностические признаки мертворожденного и умершего новорожденного, изучены МРТ-особенности развития мацерации, разработан способ определения давности внутриутробной гибели плода, а также установлены МРТ-критерии врожденной пневмонии у погибших новорожденных.
Вывод. Для полноценного анализа тел погибших плодов и новорожденных необходимо комбинированное использование КТ и МРТ. При этом лучевые методы следует использовать как часть комплексного патологоанатомического исследования для улучшения качества и уменьшения времени

при аутопсии, а также в ряде случаев они могут служить необходимой ее альтернативой.

Особенности фиксации акромиально-ключичного сочленения при его повреждениях с использованием направителя для транскутанного проведения спиц

Якимов Л. А.[1], Калинский Б. М.[2], Кащеев Г. А.[1], Кащеев А. А.[2], Калинский Е. Б.[1]
[1]ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова, Москва
[2]ГБУЗ «ГКБ им. С. П. Боткина ДЗМ», Москва

Вывихи акромиального конца ключицы (АКК) являются актуальной проблемой современной хирургии, травматологии и ортопедии. В структуре повреждений опорно-двигательного аппарата частота вывихов АКК составляет от 7 до 26,1 % среди всех вывихов других локализаций и стоит на третьем месте после вывиха плеча и предплечья. Так как вывихи АКК встречаются преимущественно у молодых, социально активных лиц, занимающихся физическим трудом и спортом, медицинское и социальное значение этих повреждений велико (Столяров А. А. с соавт., 2011).
Для осуществления фиксации акромиально-ключичного сочленения (АКС) разработано множество способов и методик, наиболее распространенной в настоящее время считается операция с использованием крючковидной пластины. Фиксация АКС крючковидной пластиной надежна и стабильна, однако имеет ряд недостатков. Для выполнения этой операции требуется достаточно большой разрез (~10 см). Крючок пластины, который заводят под акромиальный отросток, располагается в непосредственной близости и даже в контакте с сухожилиями ротаторной манжеты, которые травмируются о пластину при движениях в плечевом суставе. В результате этого может возникать тенопатия сухожилий ротаторной манжеты, в связи с чем рекомендовано удаление импланта через несколько месяцев, что означает еще одно оперативное вмешательство.
Нами разработан способ корректной фиксации АКС малоинвазивным транскутанным способом, удобным в использовании при проведении направленного пучка спиц. Направитель для спиц состоит из опорного элемента, на котором на шарнирах с возможностью перемещения в одной плоскости установлены 2 стопорных винта диаметром 5 мм. К опорному элементу на втулке фиксирована рама, на которой располагается направитель с отверстием для проводимой спицы, шарнирно прикрепленный к раме таким образом, что плоскость проводимой спицы располагается в плоскости стопорных винтов, а ось проходит на 0,5 см ниже оси, проходящей через нижние точки стопорных винтов. Технический результат достигается следующим образом. Стопорные винты устанавливаются на край кортикальной пластинки АКК и акромиона из разреза L = 4 см, выполненного для малоинвазивной пластики ключично-клювовидной связки пуговичным фиксатором. По направителю через латеральную поверхность акромиона трансартикулярно в АКК заводятся спицы, проходящие в плоскости опорной рамы и стопорных винтов на 0,5 см ниже оси, проходящей через нижние точки стопорных винтов. Таким образом, благодаря использованию направителя обеспечивается корректное и точное позиционирование спиц в АКС, позволяющее достигать стабильной фиксации.

Оценка метеопатических реакций у пациентов с болезнями системы кровообращения

Яковлев М. Ю.[1], Шашлов С. В.[2]
[1]ФГБУ НМИЦ РК МЗ РФ, Москва
[2]ГАУЗ «МНПЦ медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗМ», Москва

Проведен анализ данных обследования 168 пациентов с болезнями системы кровообращения, проходивших санаторно-курортное лечение, включая физиотерапевтические процедуры, в санатории «Аксаковские Зори», Московская область, и оценка диагностических возможностей влияния погодных факторов (атмосферное давление, температура воздуха, влажность, скорость ветра, облачность), а также гелиогеомагнитного фона в их комплексном воздействии на организм человека. У 160 (95 %) из 168 человек было отмечено влияние погодных факторов на психофизиологическое состояние. В большинстве случаев [129 человек (76,8 %)] метеозависимость проявлялась в виде общего ухудшения самочувствия пациентов. Влияние погодных условий на активность и настроение пациентов отмечалось достоверно реже: в 98 (58,3 %) и в 97 (57,7 %) наблюдениях ($p<0,05$; по Z-критерию). При клиническом обследовании наиболее частыми признаками проявления метеочувствительности были: повышение АД – у 114 (67,8 %) человек, головная боль – у 70 (41,6 %) человек, нарушение сна – у 79 (47 %), боли в суставах и мышцах – у 73 (43,4 %) человек). Проведен корреляционный анализ метеорологических и функциональных показателей. Повышенное АД имело достоверную корреляционную связь с увеличением атмосферного давления ($r=0,412$, $p<0,05$; анализ производили с расчетом коэффициента корреляции по Спирмену, т. к. выборка не подчиняется нормальному закону распределения ($p<0,05$, по критерию Колмогорова-Смирнова). Используя медико-метеорологический прогноз погоды, можно не только предвидеть увеличение количества метеопатических реакций, которые отрицательно влияют на течение заболевания, снижают эффективность лечебных мероприятий и в целом сказываются на качестве жизни больного и здорового человека, но и предсказать характер этих реакций.
Вывод. Все это может быть использовано при разработке прогнозных математических моделей оценки метеопатических реакций организма, информационных систем оповещения населения и служб социального обеспечения и здравоохранения о неблагоприятном прогнозе погоды, а также персонализированных программ профилактики метеочувствительности.

Суставосохраняющие методы лечения пациентов с деформирующим остеоартрозом в современной гериатрической практике

Якушин А. А., Савицкий Е. М, Карпухин А. О., Ватаго Э. С.
ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн № 3 ДЗМ», Москва

В последние годы в ортопедической практике лечения больных деформирующим остеоартрозом (ДОА) наряду с операциями по тотальному замещению суставов все чаще применяются суставосохраняющие методы лечения. К подобным методам традиционно относят консервативные – терапия плазмой, обогащенной тромбоцитами (PRP-терапия), и оперативные – корригирующие остеотомии, хондропластики и т. п. Использование суставосохраняющих методов лечения позволяет существенно улучшить качество жизни пациентов и надолго, иногда на годы, отсрочить потребность в эндопротезировании суставов. Однако в ортопедической среде бытует стойкое мнение о неприменимости суставосохраняющих методов в гериатрической практике. Проведенный нами литературный анализ показал, что достоверных данных о низкой эффективности суставосохраняющих методов у пожилых пациентов нет и все рассуждения об этом носят умозрительный характер.
В практике работы ортопедического отделения ГВВ № 3 суставосохраняющие методы лечения больных ДОА применяются длительное время, и накопленный нами опыт позволяет сделать выводы об их эффективности у пациентов старших возрастных групп. Под нашим наблюдением находится значительное количество пациентов, для которых выполнение эндопротезирования невозможно либо крайне рискованно в силу наличия сопутствующих заболеваний. Для этих пациентов использование суставосохраняющих методов лечения является единственным способом сохранения двигательной активности. За последние два года в отделении выполнено 1456 процедур PRP-терапии 479 пациентам. В течение года стойкий терапевтический эффект в виде уменьшения болевого симптома и улучшения качества жизни отмечен у 76 % пациентов. При этом практически не наблюдалось осложнений, типичных для терапии ДОА кортикостероидами.
Среди суставосохраняющих операций мы отдаем предпочтение различным вариантам хондропластик, как артроскопических, так и открытых, ввиду малой травматичности и достаточной эффективности этих методов. На ранних этапах работы активно использовались хондроаутопластики, однако последнее время нами все чаще используются синтетические мембранные материалы. Так, за последние два года пациентам старших возрастных групп выполнено 56 открытых хондропластик синтетическими материалами. Хороший результат отмечен в 72 % случаев.
Наш опыт показывает, что суставосохраняющие подходы к лечению ДОА вполне возможно использовать у пациентов старших возрастных групп как дополнительные методы в тех случаях, когда в силу ряда причин эндопротезирование невозможно или крайне рискованно.